

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

行動・心理症状等が増悪した
認知症の人の在宅支援のあり方に関する
調査研究事業

2014 年 3 月

株式会社 富士通総研

目 次

本編

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 調査研究の背景と狙い	1
2. 調査研究のねらい	2
3. 事業内容	3
4. 実施経過	6
5. 研究体制	7
第2章 実施結果	9
1. 研究会・作業部会	9
2. アンケート調査	10
第3章 まとめ	14
1. 議論の前提・問題意識	14
2. 精神科病院への入院治療が必要な状態とは	16
3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは	22
4. まとめ	28

資料編

1. 第1回(2013/9/9) 研究会資料
2. 第2回(2013/10/18) 研究会資料
3. 第3回(2013/12/6) 研究会資料
4. 第4回(2014/12/25) 研究会資料

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景と狙い

世界に類を見ない高齢化が進む我が国において、認知症の人にどの様に対応し、どの様に支援していくかは極めて重要な課題である。

認知症の人は増加してきただけでなく将来的には更なる増加が見込まれており、それに伴い精神科病院に入院する認知症の人も増えているが、入院する認知症の人の中には、居宅や通所・施設での介護サービス等の支援環境があれば、必ずしも入院しなくても地域社会で生活できる人が少なからず含まれているのではないかと考えられている。

厚生労働省では「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現」*を目指しており、こうした「条件さえ整えば入院をしなくてもよい人」は、できる限り地域で暮らせることが望まれる。このような人々が入院することなく地域で生活することができれば、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、住み慣れた環境で過ごすことは認知症の治療上も有益とされ、さらには限りある医療資源の有効活用にもつながるものと考えられる。

厚生労働省の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、平成25～29年度の計画として、「1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及」「2. 早期診断・早期対応」「3. 地域での生活を支える医療サービスの構築」「4. 地域での生活を支える介護サービスの構築」「5. 地域での日常生活・家族の支援の強化」「6. 若年性認知症施策の強化」「7. 医療・介護サービスを担う人材の育成」という7つの取組の柱を立て、それぞれに具体的な数値目標等を掲げて、推進することとしている。このうち「3. 地域での生活を支える医療サービスの構築」では、「精神科病院に入院が必要な状態像の明確化」として、平成24年度以降、調査研究を実施することとなっており、平成24年度より老人保健健康増進等事業にて調査研究に着手した。

平成24年度からの調査研究事業では、医療関係者と介護関係者との間で認識を共有できるような「認知症の人のうち精神科病院への入院が必要な状態像」及び「認知症の人の地域・在宅生活継続を可能とするための支援条件および家庭環境状況」の明確化に向け、関係の有識者や医療・介護従事者等から成る研究会を立ち上げ、議論を深めた。研究会における積極的な議論を通じ、まずは問題意識や目指すべきゴール（精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像の明確化）を共有した上で、ゴールに向けて今後検討・整理していくべき点（取り纏めの道筋）が明確化された。

平成25年度は、平成24年度の研究成果（論点整理）を踏まえつつ、新たに各論点について研究会等にて議論・検討し、医療関係者と介護関係者で認識を共有できるような「認知症の人のうち精神科病院への入院が必要な状態像」及び「認知症の人の地域・在宅生活継続を可能とするための支援条件および家庭環境状況」のとりまとめを目指すこととなった。

* 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について（平成24年6月18日）」p.2【今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－】

2. 調査研究のねらい

2.1. 問題意識

認知症の人のうちどのような人に精神科病院への入院が必要（あるいは不要）なのか、また退院可能（もしくは不可能）かという判断は、入院せずに（あるいは退院後に）受けられる支援等を含めた社会的要素も含め、現在は精神科医が判断しているものと想定される。

地域で暮らせる状況かどうかを考慮し、入退院の判断を行うためには、介護側や家族等との連携・情報共有が望まれる。

そのためには、どのような状態であれば入院が必要（あるいは不要）なのかという、医療関係者と介護関係者の双方が認識を共有できるものさしが必要となる。

2.2. 問題意識に基づく、本調査研究のねらい

1 に示したように、「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」において調査研究の実施が計画されていたことから、老人保健健康増進等事業の公募テーマとなった。

2.1 に示した問題意識を踏まえ、本調査研究では認知症の人が、できる限り地域での生活を継続していけるようにするため、認知症の人の精神科病院への入院の実態について把握すると共に、これら実態等を踏まえ医療関係者と介護関係者で認識を共有できるような「精神科病院への入院治療が必要な状態」及び「できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件」を明確化することを主なねらいとした。

3. 事業内容

3.1. 研究会

(1) 研究会による検討の推進

「精神科病院に入院が必要な認知症の人の判断基準（＝どのような状態の人は入院が必要なのか）」の明確化には、純粋な医学的判断だけではなく、地域で受け止められる環境・状態等の社会環境要因にも左右されることから、精神科医だけではなく訪問診療を行う一般の医師等の医療関係者に加え、介護関係者との認識の共有が不可欠である。

このため、医療関係者や医学系学会の代表者等のみならず、介護側の関係者、患者や家族の関係者、有識者等を含めた多様なメンバーが一堂に会する場を設け、問題意識や目指すべきゴール（精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態の明確化）の共有と、それらを踏まえた積極的な議論により検討・整理を進める方法が最適かつ必要であると考え、各界を代表する関係者を委員とする研究会での議論・検討を通じ成果をとりまとめる方法を採用することとした。

(2) 研究会の設置準備

(1)を踏まえ、研究会の趣旨・委員構成等を設計し、各委員との日程調整等の設置準備を進めた。

会場や設備等の手配にあたっては、本調査研究が多くの国民の関心事でもあり、オープンな場で議論し整理していくことが望ましい姿であることから、研究会を傍聴可とし、報道関係者や本調査研究テーマに関心を持つ一般の方においても討議に触れられるよう図った。このため、研究会の開催については弊社ホームページや厚生労働省内の記者クラブへの投げ込み等により広く告知し、傍聴受付手続を弊社ホームページにて実施した。

(3) 研究会の検討内容設計

設計にあたっては、今年度議論すべき点及び議論のゴールの想定、そして調査研究事業の期間内での研究会の開催可能回数、等を総合的に勘案した。

各委員による報告を通じた委員間の知見共有に加え、研究会の場に参考人を招請し、認知症の人に対する外来・入院医療や訪問医療、専門性を備えた看護や専門的看護人材の育成等、現場の最新の情報の共有も図った。

(4) 資料準備

(3)の設計に基づき、当日用いる資料構成を設計し、各委員や参考人への資料作成依頼を含めて配布資料を準備した。情報や知見を共有し議論を行うための材料という観点から、資料は可能な限り簡潔にまとめることを前提とし、委員や参考人からの報告についても同様の要領で依頼した。

(5) 研究会の開催

(3)に示した設計に沿って研究会を開催し、座長・副座長の的確な進行により、多くの委員から活発なご意見・ご指摘・ご提案等が挙がった。

また、委員や参考人からの報告にはいずれも貴重で有用な情報や知見に富んでおり、報告に対して多くの質疑や意見交換が行われた。

3.2. 作業部会

(1) 作業部会設置による検討の推進

研究会は、各界の関係者を網羅した結果、委員数が 18 名と多数になり、「どのような人は精神科病院への入院が必要なのか」という入院が必要な状態の明確化というテーマを、大人数の研究会では議論・整理が難しいと考えられたこと、またテーマの性格上、まずは医学的・専門的見地からの検討をベースとして、研究会にて各委員の知見・経験等からの意見を反映していく進め方が、時間が限られる中では最も適切と考えられたことから、研究会委員のうち専門性を有する委員等を中心とした少人数メンバーで議論し案をまとめる作業部会を別途設置した。

(2) 作業部会の開催

作業部会では主に、以下に示すアンケート調査の実施方法の検討（調査票の設計、調査要領の検討 等）、アンケート調査結果のとりまとめ方法と調査結果を踏まえた「精神科病院への入院が必要な人の状態」について討議や個別の意見収集等を行った。

3.3. アンケート調査

(1) アンケート調査の趣旨・目的

精神科病院への入院医療が必要な認知症の人の状態の明確化にあたっては、医学的な観点（自傷他害の恐れ・重い BPSD 等）に加え、送り出す側（家族・地域・介護施設等）がどこまでなら（入院ではなく）対応できるのかの観点も必要とされた。

そのため、受入側（精神科病院）と送り出す側双方の観点から、作業部会で議論・整理するための基礎データとして、精神科病院への入院患者の入院時点の状態を双方の立場から把握し比較するために、アンケート調査を実施した。

(2) アンケートの概要

- 1) 調査名 精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査
- 2) 調査期間 平成 25 年 10 月 12 日（土）～平成 25 年 12 月 11 日（水）
- 3) 調査対象・方法 医療側・介護側それぞれに同じ質問を実施（回答を比較するため）
紙の調査票を郵送し、FAX・郵便等で返送頂く
介護側は、回答対象者の有無を確認する一次スクリーニングを行った上で、対象者の居る事業所のみに実査

	調査対象者	対象施設・事業所の数	発送・回収方法
医療側	● 全国の認知症治療病棟を有する精神科病院に入院する患者(過去3ヶ月:平成25年7～9月の間の入院)	● 406	● 事務局より対象病院へ依頼、事務局へ調査票を返送
介護側	● 介護施設(特別養護老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設・小規模多機能居宅介護事業者)から、精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	● 特別養護老人ホーム: 206 ● 介護老人保健施設: 782 ● グループホーム: 172 ● 小規模多機能型居宅介護事業者: 74	● 第1段階(各団体が対象者のいる事業所を把握):各団体より各事業所へ依頼、各団体へ結果を返送 ● 第2段階:事務局より対象者のいる事業所へ依頼、事務局へ調査票を返送
	● 自宅から精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	● ケアマネージャー: 108	

- 4) 調査内容 医療側（精神科病院）19 問 22 項目
介護側（施設・事業所）19 問 23 項目（医療側にはない入院回数の項目を含む）

- 5) 回答状況 合計 4,829 件の回答が得られた。内訳は次の通り。

	対象施設 (発送日順)	配布数(施設・事業所)		回収数		
			うち該当者無し (第2段階で判明)	施設・事業所	回収率(%)	患者
1	精神科病院	406	0	92	22.7	3,540
2	介護老人保健施設	782	2	381	48.8	811
3	グループホーム	172	5	115	68.9	154
4	小規模多機能型居宅介護事業者	74	3	34	47.9	45
5	特別養護老人ホーム	206	1	119	58.0	165
6	ケアマネジャー	108	4	93	89.4	114
合計		1,748	15	834	48.1	4,829

3.4. 結果のとりまとめ、情報公開

(1) 結果のとりまとめ

第1～4回の研究会や、作業部会での議論、アンケート調査結果等を踏まえ、研究会の成果としてとりまとめ案を事務局にて作成、研究会（第5、6回）での討議や、研究会の前後での各委員への意見照会を通じてブラッシュアップした（第3章参照）。

(2) 情報公開

3.1.(2)の考え方にに基づき、課題・論点・成果等を関係の方々、一般の方々と広く共有するため、傍聴できなかった方々向けに弊社ホームページにて会議資料を公開。

また、とりまとめた結果についても、弊社ホームページにて公開を予定。

4. 実施経過

3に示した内容を、次のスケジュールで実施した。

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
研究会	研究会委員への 依頼・日程調整 → 調査設計・関係者調整 →		●第1回	●第2回		●第3回 ●第4回		●第5回	●第6回
作業部会			●第1回			●第2回			
アンケート調査			設計・準備 ↔	↔	発送・回収 →		集計・分析 →	→	→
とりまとめ・ 報告書作成						とりまとめ・報告書作成・印刷 ←	→	→	→

5. 研究体制

5.1. 研究会

(1) 委員(五十音順 敬称略)

氏名	所属団体	備考
新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会	
石田 光広	(稲城市役所) ※	自治体関係有識者
大内 尉義	一般社団法人 日本老年医学会	
大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	座長
河崎 茂子	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会	
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	
齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	
高杉 敬久	公益社団法人 日本医師会	第3回より
高見 国生	公益社団法人 認知症の人と家族の会	
筒井 孝子	(国立保健医療科学院) ※	学識者
内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会	
新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会	
野澤 和弘	(株式会社 毎日新聞社) ※	報道関係有識者
松谷 有希雄	国立保健医療科学院	副座長
三上 裕司	公益社団法人 日本医師会	第2回まで
宮島 渡	全国小規模多機能居宅介護事業者連絡会	
森 啓	日本認知症学会	
山崎 學	公益社団法人 日本精神科病院協会	

(2) 参考人(五十音順 敬称略)

氏名	所属団体	備考
上野 秀樹	社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所	第4回
小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター東病院	第2回
加藤 滋代	学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院	第2回
島橋 誠	公益社団法人 日本看護協会看護研修学校	第2回
渕野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会	第2回

(3) オブザーバ

氏名	所属
原 勝則	厚生労働省老健局長
三浦 公嗣	厚生労働省認知症施策総合調整官・大臣官房技術総括審議官
北島 智子	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
勝又 浜子	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

※ 所属団体に()がついている方は、その団体からの代表としての委員ではなく、個人有識者として委員を委嘱

5.2. 作業部会(五十音順 敬称略)

氏名	所属団体	備考
新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会	
大内 尉義	一般社団法人 日本老年医学会	
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	
野澤 和弘	(株式会社 毎日新聞社)	
松谷 有希雄	国立保健医療科学院	部会長
森 啓	日本認知症学会	
渕野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会	

5.3. 事務局・調査研究実施機関

株式会社富士通総研

第2章 実施結果

1. 研究会・作業部会

研究会・作業部会は以下の日程で開催した。討議内容については資料編(研究会資料)を参照されたい。

(1) 研究会

回	開催日時	会場	議事
1	平成 25 年 9 月 9 日 18:00～20:00	アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間	1. これまでの整理と今後の進め方について 2. 議論の出発点となるデータ・実態の把握 3. 認知症の人の精神科病院への入院の実態について
2	平成 25 年 10 月 18 日 10:00～12:00	アルカディア市ヶ谷 大雪の間	1. 議論の出発点となるデータ・実態の把握(その2) 2. 認知症の人の受療環境 3. その他
3	平成 25 年 12 月 6 日 10:00～12:00	アルカディア市ヶ谷 穂高の間	1. 在宅生活を支える地域の体制の確立 2. その他
4	平成 25 年 12 月 25 日 10:00～12:00	アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間	1. 在宅生活を行う場合に必要な医療 2. 精神科病院への入院治療が必要な認知症の人の状態
5	平成 26 年 2 月 21 日 9:00～11:00	アルカディア市ヶ谷 阿蘇の間	1. これまでの議論の整理 2. その他
6	平成 26 年 3 月 12 日 16:00～18:00	全国町村会館 ホール A	1. 研究会報告書(案)

(2) 作業部会

回	開催日時	会場	議事
1	平成 25 年 9 月 25 日 17:00～19:00	富士通総研 中会議室	1. 作業部会の進め方等の確認 2. アンケート調査について(調査票・調査方法等)
2	平成 25 年 12 月 4 日 10:00～12:00	富士通総研 中会議室	1. アンケート調査結果(速報値)の確認 2. 入院が必要な認知症の人の状態について

2. アンケート調査

2.1. 調査概要

(1) アンケート調査の趣旨・目的（再掲）

精神科病院への入院医療が必要な認知症の人の状態の明確化にあたっては、医学的な見地からの基準設定（自傷他害の恐れ・重いBPSD等）に加え、送り出す側（家族・地域・介護施設等）がどこまでなら（入院ではなく）対応できるのかの観点も必要とされた。

そのため、作業部会で議論・整理するための基礎データとして、受入側（精神科病院）と送り出す側双方の観点から、精神科病院への入院患者の入院時点の状態を把握し比較するために、アンケート調査を実施した。

(2) アンケートの概要（再掲）

- 1) 調査名 精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査
- 2) 調査期間 平成25年10月12日（土）～平成25年12月11日（水）
- 3) 調査対象・方法 医療側・介護側それぞれに同じ質問を実施（回答を比較するため）
紙の調査票を郵送し、FAX・郵便等で返送頂く
介護側は、回答対象者の有無を確認する一次スクリーニングを行った上で、対象者の居る事業所のみに実査

	調査対象者	対象施設・事業所の数	発送・回収方法
医療側	● 全国の認知症治療病棟を有する精神科病院に入院する患者（過去3ヶ月：平成25年7～9月の間の入院）	● 406	● 事務局より対象病院へ依頼、事務局へ調査票を返送
介護側	● 介護施設（特別養護老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設・小規模多機能型居宅介護事業者）から、精神科病院に入院となっていた患者（過去1年：平成24年10月～平成25年9月の間の入院）	● 特別養護老人ホーム：206 ● 介護老人保健施設：782 ● グループホーム：172 ● 小規模多機能型居宅介護事業者：74	● 第1段階（各団体が対象者のいる事業所を把握）：各団体より各事業所へ依頼、各団体へ結果を返送 ● 第2段階：事務局より対象者のいる事業所へ依頼、事務局へ調査票を返送
	● 自宅から精神科病院に入院となっていた患者（過去1年：平成24年10月～平成25年9月の間の入院）	● ケアマネージャー：108	

4) 回答状況

合計 4,829 件の回答が得られた。内訳は次の通り。

	対象施設 (発送日順)	配布数(施設・事業所)		回収数		
			うち該当者無し (第2段階で判明)	施設・事業所	回収率(%)	患者
1	精神科病院	406	0	92	22.7	3,540
2	介護老人保健施設	782	2	381	48.8	811
3	グループホーム	172	5	115	68.9	154
4	小規模多機能型居宅介護事業者	74	3	34	47.9	45
5	特別養護老人ホーム	206	1	119	58.0	165
6	ケアマネジャー	108	4	93	89.4	114
合計		1,748	15	834	48.1	4,829

5) 調査内容 医療側（精神科病院）19 問 22 項目
 介護側（施設・事業所）19 問 23 項目（医療側がない入院回数の項目を含む）

Q	項目	回答方式	備考
-	記載者の職種	単一選択	
1	入院日・回数	数値回答	入院回数は介護側のみ
2	退院日	単一選択	「1.退院済」を選択時のみ、退院日を数値回答
3	性別		
4	年齢(入院時)		
5	市区町村(患者の居住地)	文字回答	都道府県／市区町村別に記入
6	認知症の診断名	単一選択	混合型の場合には複数回答
7	入院形態		
8	入院希望者	複数選択	
9	入院前の居所	単一選択	医療機関で一般病床の場合、選択した病床の入院期間を数値回答
10	認知症高齢者の日常生活自立度		
11	障害高齢者日常生活自立度		
12	要介護度		
13	入院前のかかりつけ医の有無		
14	入院前に利用していた主なサービス	複数選択	
15	入院理由	制限複数選択	上位 3 つまで順位づけ 身体合併症は該当傷病区分も選択
16	入院の必要性に関する本人の理解・同意能力	単一選択	
17	認知症の重症度(入院時)	数値回答	ステージ 6 か 7 の場合、該当する特徴を全て選択
18	認知症の周辺症状(入院時)	複数選択	
19	BPSD の程度(入院時)	単一選択	有無、重症度、負担度でそれぞれ選択

2.2. 集計

(1) 集計方針・内容

1) 項目の追加・自動計算

回答項目にない以下の項目をデータとして追加した。

- ① 施設種別
- ② 回答事業所 ID
- ③ 回答 ID
- ④ 回答受領日
- ⑤ アンケート調査票発送日（施設種別）
- ⑥ 入院日と退院日の差による入院日数の計算

（入院継続中の場合は⑤を基準日とし、⑤と入院日の差により算出）

2) 異常回答の点検・クリーニング

単一選択の設問における複数回答は無回答扱いとした。

3) 単純集計

議論による整理のベースとなるデータであること、短期間で結果を出す必要があることから、単純集計を基本とし、入院患者の状態に関する各項目（診断名・NPI・FAST 等）において、結果のバラつきの有無や程度を把握することを中心に実施。

Q	項目		単純集計内容
	回答 ID[※追加]		● 回答患者数
	施設種別		● 施設種別での回答患者数分布
	回答事業所 ID		● 回答施設数(種別) ● 施設種別での回収率
	回答受領日[※追加]		
	記載者の職種		● 職種別での記載者数分布
1	入院日・回数	入院日	● 年月別での回答患者数分布
		入院回数	● 回数別での回答患者数分布※介護側のみ調査
2	退院日	退院の有無	● 退院の有無別での回答患者数分布
		退院日	● 年月別での回答患者数分布
2-2	入院日数[※追加]		● 日数別での回答患者数分布 ※階層分け ● 平均入院日数
3	性別		● 男女別での回答患者数分布
4	年齢(入院時)		● 年齢階層別での回答患者数分布
5	市区町村	都道府県	● 都道府県別での回答患者数分布
		市区町村	
6	認知症の診断名		● 診断名別での回答患者数分布 ※複数選択は混合型として分布を見る ● 混合型の内訳、組み合わせの内訳
7	入院形態		● 入院形態別での回答患者数分布
8	入院希望者		● 入院希望者数の分布(各入院希望者数の、全回答患者数に占める割合) ● 入院希望者の選択数の分布、平均選択数 ● 単一選択回答のみの、入院希望者数の分布

Q	項目		単純集計内容
9	入院前の 居所	居所	● 個々の居所の分布 ● 大カテゴリ(自宅・施設等・医療機関・その他)での居所の分布
		一般病床の診療科	● 診療科の分布
		入院期間	● 日数別での回答患者数分布 ※階層分け ● 平均入院期間
10	認知症高齢者の日常生活自立度		● 自立度別での回答患者数分布
11	障害高齢者日常生活自立度		● 自立度別での回答患者数分布
12	要介護度		● 要介護度別での回答患者数分布
13	入院前のかかりつけ医の有無		● かかりつけ医の有無別での回答患者数分布
14	入院前に利用していた主なサービス		● サービス数の分布(各サービス選択数の、全回答患者数に占める割合) ● サービスの選択数の分布、平均選択数 ● 医療保険のみ、介護保険のみ、両方利用の分布
15	入院理由		● 1～3 位をまとめた、理由の分布(各理由の選択数の、全回答患者数に占める割合) ● 順位別での、理由の分布(同上) ● 理由の選択数の分布、平均選択数 ● 選択肢 11(身体合併症)の枝間 a～d の分布
16	入院の理解・同意能力		● 能力の有無別での回答患者数分布
17	認知症の 重症度(入院時)	ステージ	● ステージ別での回答患者数分布
		FAST における特徴	● 特徴別での回答患者数分布 ● 特徴の選択数の分布、平均選択数
18	認知症の周辺症状(入院時)		● 症状別での回答患者数分布 ● 症状の選択数の分布、平均選択数
19	BPSD の程度(入院時)		● 項目別での「あり」の発生率 ● 各項目の、なし/重症度/負担度の分布(全回答患者数に占める割合・構成比)
19-1	総重症度[※追加]		● 総重症度別での回答患者数分布(※階層分け)
19-2	総負担度[※追加]		● 総負担度別での回答患者数分布(※階層分け)

4) クロス集計

実態把握において重要と考えられる、以下の3種類の群間比較を中心に実施。

医療側-介護側	病院回答⇔病院以外の回答
入院理由別	医療的要因による入院群⇔非医療的要因による入院群
入院期間別	短期入院群⇔長期入院群

(2) 結果データの活用

集計結果は、「精神科病院への入院が必要な状態」を検討する際の議論の参考としての利用や、具体的な状態の例示に向けた案文作成の参考とした。

また、集計結果から、入院の実態が明らかになったことから、研究会の報告書（第3章）に活用した。

第3章 まとめ

1. 議論の前提・問題意識

平成 24 年版の高齢社会白書によると、我が国の高齢化率は 23.3%で世界一となっており、平成 35 年には 30%を超えると予想されている。認知症の危険因子として加齢の影響は強いと考えられ、認知症は今後増加し続けることが想定される。世界で類を見ないペースで高齢化が進む我が国において、認知症の人にとのように対応し、どのように支援していくかは極めて重要な課題である。

介護保険データをもとに平成 22 年の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を推計すると約 280 万人となり、平成 37 年にはこれが約 470 万人になると予想されている^{*1}。一方、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅰ以下を含め、我が国の認知症高齢者数を把握するために厚生労働科学研究費によって平成 21 年度から 24 年まで行われた調査によると、我が国の高齢者の認知症有病率は 15%、平成 22 年時点で約 439 万人と推計された^{*2}。また、正常でも認知症でもない軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）の人は 13%、約 380 万人と推計された。MCI の人は必ずしも全ての人が認知症になるわけではないが、認知症に移行する人の存在を考慮すれば、今後認知症の人は更に増加すると予想される。

認知症の人の増加に伴い、精神科病院に入院する認知症の人も増加が予想される。認知症の人の入院に関して、平成 23 年に「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第 2 ラウンド：認知症と精神科医療）」のとりまとめ（以下「第 2 ラウンドのとりまとめ」という）の公表が行われ、その中では、認知症治療病棟に入院中の患者の 50%が退院できるまでの期間を、平成 32 年度までに、現状の約 6 ヶ月から 2 ヶ月とするという目標が定められている。また、精神科医療の役割を明確化するとともに、退院可能と判断される認知症の人が住み慣れた地域の生活の場で暮らせるようにするための取組等が示されている。これらを踏まえ、平成 24 年に「認知症施策推進 5 か年計画（いわゆる「オレンジプラン」）」が公表され、平成 25 年度以降このプランに沿った施策が進められている。

第 2 ラウンドのとりまとめに示されたデータによれば、認知症の人の入院に関して、主治医に対するアンケートでは「居住先・支援が整えば、退院可能性がある」との回答は 6 割であり、在宅や通所、施設での介護サービスや医療サービス等の支援があれば、必ずしも入院をしなくても地域社会で生活できる人がいると示されている。このような「条件さえ整えば精神科への入院をしなくても良い人」が長期に入院することなく地域で生活することができれば、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、入院に伴うリロケーションダメージの軽減、さらには限りある医療資源の有効活用にもつながるものと考えられる。

そのためには、①認知症の人のうち、どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、また②できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどのような支援環境等が必要なのか、が明確化されることが重要であり、かつそれらは医療関係者と介護関係者との間で認識を共有できるものでなければならない。

本研究会では、①②の明確化に向け、認知症に関係する、医療・介護に係わる関係団体

^{*1} 厚生労働省平成 24 年 8 月公表「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

^{*2} 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成 25 年報告

の代表者や有識者等が一堂に会し、認知症の人の精神科病院への入院という点を主要な論点として、6回にわたり、精力的に議論・検討を進めた。

2. 精神科病院への入院治療が必要な状態とは

2.1. 入院の実態

(1) 入院に関する規定

認知症を含む精神科医療においては、患者本人が病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要があることから、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という）に基づき、人権に配慮して処遇することが定められている。

そのため、精神保健福祉法に基づく医療保護入院、措置入院、応急入院では、精神症状等の入院の要件を満たし、かつ、精神保健指定医による診察が必須となっている。

(2) 入院の現状

本研究会における検討の中では、認知症の人について、精神症状の強い処遇困難事例があり、居宅や介護施設等から精神科病院に入院する事例のうち、家族の介護が限界に達した場合や、精神科救急への搬送患者といった重症の人も増えているとの意見があった。

また、身体合併症を診ることが期待される地域の基幹的な総合病院や一般病院において、治療すべき身体疾患があったとしても、認知症があるということを理由に精神科病院に認知症の人を転院させるようなことも起こっているとの意見があった。

一方、入院しなくても、生活の場において生活支援等により適切に対応していくことで行動・心理症状も治まり「住み慣れた地域で最期まで暮らせる」ことを成功させている地域についての報告もあり、こうしたことから、精神科病院に入院している認知症の人の状態は、家族・事業所・施設・地域の介護スキルや、周囲の環境等、複数の要因によって大きく異なると考えられた。

精神科病院への入院が必要な認知症の人の状態、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援環境、双方がいかなるものであるかについて、医療関係者と介護関係者との間で認識の共有を図るために、本研究会では、認知症治療病棟を有する精神科病院を主な対象とする、「精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査^{*3}（以下「アンケート調査」という）」を行った。

この調査の結果、入院した認知症の人（n=4,829）に関して、医療側（全国の認知症治療病棟を有する精神科病院からの回答：n=3,540）と介護側（精神科病院に入院した人がいる特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員それぞれの各事業所からの回答：n=1,289）との比較をした結果、認知症の診断名、入院形態、入院希望者、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度、要介護度、入院前のかかりつけ医の有無、入院理由、入院の理解・同意能力、FAST^{*4}を用いた認知症の重症度、認知症の周辺症状、行動・心理症状の程度（NPI-Q）^{*5}において、有意な差が示された（表 1）。このアンケート調査は、医療側と介

^{*3} 精神科病院に入院している（いた）認知症の人の、入院時点の状態等について、全国の認知症治療病棟を有する精神科病院（これを医療側とする）や、精神科病院に入院した人がいる介護施設・事業所（これを介護側とする）（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能、居宅介護支援事業所）に調査票を郵送。入院した認知症の人 4,829 件分の回答が平成 24 年 10～12 月に集まった。回答のうち 3,540 件が精神科病院からの回答となった。詳細は後方に掲載の資料にある「アンケートの概要」を参照のこと。

^{*4} Functional Assessment Staging Test（アルツハイマー病の代表的な重症度に関するアセスメントツール）

^{*5} Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form（家族介護者の介護負担の程度に関する評価尺度）

護側が同一の認知症の人に対して行った調査ではないため、その解釈には慎重が必要であり、一概に結論づけることはできないことに留意が必要であるが、介護側が、入院前には、より重症の人に対応している可能性が示された（図 1、2）。また、医療側と介護側の間で、認知症の人の様々な面において、認識や捉え方に差がある可能性が考えられた。

また、入院理由が、「行動・心理症状の増悪」「薬剤の調整」「診断を確定するため」「中核症状の進行」「身体合併症の治療のため」といった医療的な要因のみに限られていた人は 27.8%、これらの理由がひとつも挙げられていない人が 4.4%であった（図 3）。前者を医療的な要因により入院となった「医療的入院群」、後者を非医療的な要因により入院となった「非医療的入院群」と便宜上定義し、両群の比較を行った（医療的な必要性があつて入院した人が 27.8%である、という意味ではないことに注意が必要である。ここでの定義は、議論を明確にし、統計的な処理を行うための便宜上の概念であり、実際のところアンケート調査では、66.9%と大半の人が両方の理由が複合して入院となっている）。

どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、という問題に対して医学的にはどのように判断されているかという点を明らかにするため、特に医療側からの回答（n=3,540）に着目して、両群（医療的入院：n=774、非医療的入院：n=189）を比較した結果をみたところ、入院前の居所、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度、入院前に利用していた主なサービス、入院の理解・同意能力、行動・心理症状のいくつかの項目において、有意な違いが認められた（表 2）。

非医療的入院群では、入院前の居所に関して、自宅で、かつ、独居の人が 14.3%と医療的入院群の 10.2%と比して高く、また施設等の人は 16.4%と医療的入院群の 26.9%と比して低い割合を示していた（図 4）。日常生活自立度、要介護度に関しては、いずれも非医療的入院群では医療的入院群と比較すると軽度な傾向を示していた（図 5、6）。加えて、非医療的入院群では重度認知症デイケアや精神科訪問看護等の精神医療に関するサービスや介護保険サービスを利用していない人の割合が 47.6%と医療的入院群の 30.6%と比して高く（図 7）、入院の必要性を理解し同意する能力を有する人の割合も 31.2%と医療的入院群の 15.8%に比して高かった（図 8）。

行動・心理症状の程度（NPI-Q）に関しては次段(3)入院理由、において改めて記載するが、多くの項目において症状がない、もしくは重度でないとする人の割合が非医療的入院群において高いことが示された（表 3、表 4、図 9、図 10）。

(3) 入院理由

アンケート調査からは、入院に至った理由（複数回答可）の一つとして、「行動・心理症状の増悪」は約 8 割において挙げられていたが、「介護者の事情（家庭・地域・施設で対応困難）」や「家族の疲弊」もそれぞれ約 4 割、約 3 割で挙げられていた（図 11）。

「医療的入院群」「非医療的入院群」の両群を比較すると、行動・心理症状の有無に着目した場合、両群の間で興奮、易怒性、妄想、無関心、脱抑制、幻覚、異常行動、うつ、不安の項目で有意な差が認められた（表 3）。すなわち、「医療的入院群」に比較すると、「非医療的入院群」においては、これらの症状が発症していた割合は、興奮では 78.0%対 55.6%、易怒性では 69.0%対 42.9%、妄想では 57.6%対 31.7%、無関心では 55.3%対 36.5%、脱抑制は 50.6%対 25.4%、幻覚では 44.8%対 18.5%、異常行動で 44.7%対 21.2%、うつで 34.5%対 24.9%、不安で 32.9%対 24.9%となり、医療的

入院群が非医療的入院群よりも有意に高かった（図 9）。またこれらの症状の中で、妄想と幻覚、興奮と脱抑制・易怒性、うつと不安、それぞれにおいて相関が認められた（表 5）。

(4) 入院日数

精神科病院には、認知症治療病棟の他にも様々な機能を有する病棟があるが、我が国の患者調査では、これらを分類した調査が実施されておらず、また、それぞれの国によって認知症の人の受け入れ機関等の概念が異なること、我が国で行われている患者調査では、OECD^{*6} が定めた平均在院日数の定義に即してデータを収集していないことなどから、入院日数に関する国際比較は困難である。

平成 23 年の患者調査では、精神病床に入院するアルツハイマー病の人のうち、地域での受け入れ条件が整えば退院可能と考えられる人の平均在院日数は 782.5 日であり、精神病床に入院するアルツハイマー病の人全体の平均在院日数（290 日）の約 2.7 倍であった（図 12）。

アンケート調査からは、入院日数 90 日以内の認知症の人が 26.3%、120 日以内が 32.6%を占める一方、361 日以上の人が 29.2%を占めており、短期間で退院している群と、長期に入院をしている群との、二峰性があることが示された（図 13）。入院期間に影響を与える要因を探索するため、医療側の回答から、入院期間が 31 日から 90 日である短期入院群（n=666）と 361 日から 730 日である長期入院群（n=490）の 2 群を抽出し、比較を行った。なお、ここで、短期入院群から 30 日未満を除いた理由は、入院直後の群は最終的に短期となるか長期となるかが不明な例が含まれること、また長期入院群から 731 日以上を除いた理由は、そのうちの一部に入院期間が 10 年を越える例があり、この場合には、該当する方が、入院以前に受給可能であった医療・介護サービスが短期入院群とは異なる可能性があるためである。

両群を比較した結果、性別、認知症の診断名、入院希望者、入院前の居所、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度、要介護度、入院前のかかりつけ医の有無、入院前に利用していた主なサービス、FAST による認知症の重症度（入院時）、認知症の周辺症状の一部において有意な差が認められた（表 6）。

長期入院群は、短期入院群に比して、女性の比率が 59.6%対 50.8%と高く（図 14）、認知症の診断名については、「血管性認知症」が 15.5%対 9.3%と多く（図 15）、入院希望者については、「介護職」が 8.4%対 16.8%と少なく（図 16）、入院前の居所については、「施設等」が 18.6%対 29.1%と少なく（図 17）、入院前のかかりつけ医の有無については、「なし」が 18.2%対 13.5%と多かった（図 18）。入院前に利用していた主なサービスについては、「医療保険・介護保険両方なし」が 41.0%対 24.6%と多かった（図 19）。FAST による認知症の重症度に関しては、長期入院群が短期入院群に比してステージ 7 で 18.4%対 13.1%と多かった（図 20）。入院期間と認知症の程度との関係を調べるため、全例に対して、FAST による重症度、行動・心理症状の程度（NPI-Q）による総重症度・総負担度と入院期間に関して相関の検定を行ったが（全体（n=4,829）、医療側（n=3,540）、介護側（n=1,289））、いずれも相関係数が 0.1 以下であるなど、有意な相関は認めなかった（表 7）。図 17 において、長期入院群では、入院前の居所が「施設」

^{*6} 経済協力開発機構（Organization for Economic Co-operation and Development）先進国間の自由な意見交換・情報交換を通じて、1)経済成長、2)貿易自由化、3)途上国支援に貢献することを目的としている。

である割合が短期入院群に比して低かったことから、医療側全例において、入院前の居所別に入院期間を検討すると、結果、入院前の居所が施設である場合、その他の居所である場合に比較して有意に入院期間が短かった（図 21）。

以上のアンケート調査を総合すると、まず、医療側と介護側の間において、認識や捉え方に差がある可能性が考えられ、今後は認識を共有していくことが望ましいと考えられた。また、介護側の回答において、行動・心理症状の程度（NPI-Q）による重症度と負担度が、医療側の回答に比較して、総得点が高いことから、介護関連施設は、より症状の重い認知症の人に対応していると考えられるもの、症状に対する両者の評価に違いがある可能性も考えられた。

本アンケート調査において、医療的な理由ではなく入院となったと考えられる群の特徴として、認知症の状態や介護の状態は比較的軽く、自宅に独りで暮らし、医療や介護のサービスを利用していない、というようなことが示されていた。また、入院期間に関して、一般に認知症治療病棟では、概ね速やかに退院に結びついているのではないかと考えられるが、29.2%の入院が 361 日以上にわたり、退院できない群があることが示された。また、入院期間の長短と認知症の重症度（FAST）、行動・心理症状の程度（NPI-Q）の総重症度・総負担度には相関はないものの、認知症の重症度（FAST）におけるステージ 7（非常に高度の認知機能低下）の方が長期入院群に多かった。また、かかりつけ医がない場合、あるいは、医療・介護などのサービスに結びついていない場合には、長期の入院となっている可能性が示された（図 18、19、20）。

長期入院となる場合に影響を与える因子は、医学的な認知症の程度だけではなく、医療・介護サービスの利用や、かかりつけ医の有無などといった地域の生活環境にもある可能性が示されていると考えられる。認知症の人の入院に関しては、医療的な支援も重要であるが、住環境や介護による生活支援等の果たす役割は大きく、適切な介護サービス等の支援により、医療的な理由ではない入院や長期の入院を回避できる可能性が示されていると考えられた。

平成 24 年に策定された「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」^{*7}において、地域で精神医療が実施される体制を構築するための目標として、「認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成 32 年度までに 2 ヶ月（現在は 6 ヶ月）とできるよう体制を整備すること」としている。本指針に沿って、都道府県は、認知症の退院患者平均在院日数や、認知症新規入院患者 2 ヶ月目以内退院率等の現状を把握・分析し、地域の実情に応じて圏域や数値目標の設定を行い、施策・事業について医療計画に記載し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、医療計画をより一層有効に機能させていくことが求められている。

なお、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画については、今後一体的に進める必要があるとされていることから、今後は認知症の人の入院と退院に際しては、地域における支援体制の整備を積極的に推進していくこと等が必要である。

^{*7} 医政指発 1009 第 1 号、障精発 1009 第 1 号、老高発 1009 第 2 号

2.2. 入院が必要な状態

(1) 入院のあり方

本研究会では、認知症の人の入院においては、行動・心理症状が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲弊してから認知症の人を入院させることがあるため、入院し、行動・心理症状が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化する負の連鎖があることが議論された。これに関して、オレンジプランにおいては、標準的な認知症ケアパスの作成・普及を取組の筆頭にあげている。このケアパスの考え方が普及することによって、認知症の人やその家族は、認知症と疑われる症状が発生した時から生活機能障害が進行していく中で、その進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのように医療や介護サービスへアクセスし、どのような支援を受けることができるのかを、早めに理解することが可能になると考えられている。このようなパスが地域に浸透していくことによって、認知症の人が、安全・安心な生活が送れるようになることが期待されると同時に、早期・事前的な対応を行うことで、危機の発生を防ぎ、入院が必要な状態に至らなくなると考えられる。

行動・心理症状への対応に関しては、必ずしも入院治療が必要なわけではなく、研究会においても、まず薬物治療でなく、家族や環境といった点に関する包括的なアプローチを試みることが望ましいが、行動・心理症状の大変な時期等には、入院が必要となるとの意見があった。但し、入院が必要な時期は一時的であることから、入院した場合でも早期かつ円滑に退院できることが重要であるとの意見があった。

従って、精神科病院における認知症の人の入院に関しては、その必要性を見極めた上で、標準化された高度な専門的医療サービスを短期的・集中的に提供する場とし、長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割分担がなされることが望まれる。

(2) 入院が必要な状態の整理の考え方

これまで述べたように、認知症の人が精神科病院に入院する際には、多くの場合、行動・心理症状に対する緊急的・短期的な治療がその目的となり、そのような場合の入院に関しては精神保健福祉法に基づき、医学的な判断により行われている。しかし、行動・心理症状については、必ずしも入院が必要というのではなく、家族や環境といった面の整備を行うことで、住み慣れた地域での生活が継続可能となる、という本研究会の議論を踏まえれば、将来的には地域環境や介護体制の整備によって、入院しなくてもよい認知症の人の割合は増加すると考えられる。

また、今回のアンケート調査で、精神科病院への入院の理由の多くに、行動・心理症状の増悪が認められた一方、家族や介護者の事情等も少なからず理由に挙げられていた。後者の理由は、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等を解決していき、今後、地域での生活を実現できるような条件を整えることで、入院には結びつかなくなると考えられる。

従って、入院が必要な状態については、必須となる地域での基盤づくり等の整備を前提として、将来に向けては、行動・心理症状の増悪等の医療的な理由に収斂し、医療的な理由の場合にも、家族支援や環境の整備を進めていくことで、その対象はより収斂していくものと考えられる。

とはいえ、現行では、介護力、サービス支援、受け皿等は地域による差異が大きく、

入院が必要な状態を一律に明確化することは困難である。だが将来に向けて、医療関係者・介護関係者等の間で、認識を共有することが重要であることから、次に示すような整理を行った。

(3) 入院が必要な状態

(2)に示したように、認知症の人の精神科病院への入院は、医学的な治療を目的としたものへと収斂していくと考えられる。

その上で、本研究会における整理としては、アンケート調査による入院理由に関する結果（上述 2.1. (3)）をもとに、認知症の人の精神科病院への入院が必要な状態とは、精神保健福祉法に則って、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる場合に加えて、

- (Ⅰ) 妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ
- (Ⅱ) 些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動につながる
- (Ⅲ) 落ち込みや不安・苛立ちが目立つ

上記のいずれか一つもしくは複数に該当することにより、本人および家族など介護者の生活（睡眠・摂食・就労など）等が阻害され、認知症を専門とする医師による入院医療が必要とされる場合、例えば、非薬物的療法では改善がみられない、拒薬や治療拒否がある、薬剤調整が必要である、などの場合であると考えた。

また、精神症状と身体疾患を合併し、入院治療を必要とする場合においては、より緊急性の高い症状に対する治療を優先するべきであるが、そうした場合においても、各々の専門科による連携の下で、その判断がなされることが望まれる。

なお、将来的には地域環境や介護体制の整備によって、入院はいつそう収斂していくものと考えられることから、今後も引き続き、検討を重ねていくべきである。

3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは

認知症の人が、精神科病院への入院が必要な状態になったとしても、一定の入院期間の後に、退院し、退院後にもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域において、次のような環境を整える必要がある。

- 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制
- 身体合併症に対する医療体制
- 地域での生活を支える介護体制

3.1. 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制

(1) 診断・相談等への対応

介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を広げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護事業所等への後方支援が不可欠である。

具体的には、精神科病院等が介護事業所等と連携する、あるいは地域のネットワークに加わり、介護職員や家族、認知症の専門科ではない一般診療科の医師等からの相談に専門的な助言を行ったり、通院や往診（通院困難な場合）等により適切な診断・治療を行ったりすることが必要である。このためにも、精神科医療は、機能や体制が、具体的に「見える化」され、地域から見て、一層身近で気軽に頼れるような存在となっていくことが求められる。

また、一般的には認知症を専門としない精神科医が多いことから、介護事業所等への後方支援体制の整備に向けては、認知症を専門とする精神科医を増やすことも必要となる。

(2) 標準的な認知症の治療内容の広報・普及

研究会で議論を進める中で、精神科病院において、認知症の人にどのような治療を行っているのかを明らかにする必要があるという指摘があったことから、委員から、急性期認知症入院クリニカルパス^{*8}が紹介され、入院日数の短縮や医療費の適正化といった導入効果があることが示された。また、「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^{*9}」も出され、認知症の治療の標準化の試みがなされている。

しかしながら、このような精神科病院における認知症の人への標準的な治療内容（クリニカルパスやガイドライン）は、患者・家族や認知症を専門としない医療関係者にはあまり知られておらず、今後は、全国の精神科病院への普及や、精神科の入院治療内容が一般の人から見て、具体的に理解され易くするような取組を進めていく必要がある。

^{*8} クリニカルパスとは、患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法（日本クリニカルパス学会 HP より）、クリティカルパスともいう。

^{*9} 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」

(3) 早期診断・早期対応の体制への積極的関与

オレンジプランでは、「早期からの適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる」認知症の人について言及しており、早期の適切な診断や、その後の適切な対応のために、「認知症初期集中支援チーム」「認知症地域支援推進員」を設置する等、地域における認知症施策の体制構築を目指している。このため、平成 27 年度から介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業にこれらを位置づけ、平成 30 年度には全ての市町村で実施することを内容とする改正法案が、平成 26 年度通常国会に提出されている。また、基幹型・地域型・診療所型の各認知症疾患医療センターを整備していくこととされている。

これらを実現していくためには、各地域のかかりつけ医、認知症サポート医等と共に、精神科・老年科等の認知症を専門とする医師も、それら体制の整備に積極的に関わっていく必要がある。

(4) 退院支援

一時的に入院が必要となった場合でも、症状が緩和され次第、できる限り早期に退院し、地域にスムーズに戻ることを望まれる。平成 26 年度の診療報酬改定においても、早期回復を図るため、認知症患者リハビリテーション料が新設され、重度認知症加算についても、算定期間を 3 か月から 1 か月に短縮した上で、100 点から 300 点へと、評価の充実がなされている。

また、精神科病院に入院している患者の地域生活への移行を促進するため、平成 26 年 4 月施行の改正精神保健福祉法では、精神科病院の管理者に、

- ア 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員を設置すること
- イ 医療保護入院者本人又はその家族等に対して、これらの者からの相談に応じ必要な情報提供等を行う地域援助事業者を紹介すること
- ウ 医療保護入院者の入院の必要性等について審議する医療保護入院者退院支援委員会を設置すること

を義務付けることとしており、認知症の人の一層の退院促進が期待される（イの措置については努力義務）。

加えて、入院時から介護支援専門員等と連携し退院計画の作成や退院調整等を進め、退院支援・地域連携クリティカルパス^{*10}等を活用することにより、入院時から退院を見越した支援を組み入れることや、精神科病院と自宅では療養環境に大きなギャップがあり、症状が落ち着いたままで維持できるように、直接自宅に戻るだけでなく、試験外泊や退院当日に訪問看護を利用する等、病院と地域のギャップを埋めるような支援体制も必要である。

^{*10} 退院支援・地域連携クリティカルパス：入院初期の段階から予め、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。

(5) アウトリーチ（訪問）の拡大

研究会において、居宅や施設への精神科医のアウトリーチは、入院によるリロケーションダメージを最小化できることから、精神症状の発現をかなり抑えられるという報告があった。また、精神症状が落ち着けば、通常の外来受診が可能になるだけでなく、医療関係者が地域に出ることで民生委員・行政・老人クラブ等といった地域の関係者とのネットワークが作り易くなるというメリットもあることから、精神科医のアウトリーチの拡大が望まれる^{*11}。

なお、平成 26 年度診療報酬改定において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進するために、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す、病状が不安定な患者に対する多職種チームによる在宅医療を評価するとともに、精神疾患患者の在宅医療の特性を勘案し、長時間の在宅診療の評価を充実させる等の観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料が新設される等の見直しが行われている。研究会では、今後は実効性をさらに高めていく必要があるのではないか、との意見もあった。

また、研究会において、認知症の診断・治療を専門的に行える精神科医はかなり少数であり、アウトリーチを行う精神科医は更に少ないという意見があった。アウトリーチのスキルは必ずしも特殊・複雑なものではないという意見もあり、今後、全国でアウトリーチを行う精神科医を増やしていくためにも、支援・促進策の更なる検討が必要である。

3.2. 身体合併症に対する医療体制

(1) 現状・課題

身体合併症の悪化は、認知症の症状も悪化させうることから、適切な医学的管理が必要である。しかしながら、認知症を専門とはしていない医師による薬剤の利用に起因して認知症の症状が悪化する場合があること、身体拘束が行われる場合があること、認知症に不慣れなため対応が困難となり、認知症があるだけで身体疾患の治療を行わず、精神科病院に送ってしまうこと等、によって、身体合併症がさらに悪化する等の課題があることが議論された。

(2) 精神科リエゾン

身体合併症を伴う認知症への対応には、身体疾患の治療と並行・連携して、認知症の専門科による認知症への対応が必要となる。

研究会において、内科等の一般診療科と精神科を併せ持つ医療機関では院内で治療を完結できる環境があるにもかかわらず、診療科間の連携が課題となっているケースが少なくないことや、この解決策として、精神科医が院内他科へのリエゾンを行ったり、看護師等も含む多職種での連携等により、認知症の早期診断と適切な対応を可能とする仕組みについて報告があった。一方、精神科を持たない医療機関においては、精神科を標榜する医療機関と連携することで、上記と同様に、同機関の精神科医（サポート医）に

^{*11} 例えば、平成 23～25 年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施要綱においては、支援対象者に認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者があげられており、またアウトリーチチーム体制の整備に関して、地域生活を定着させるために支援対象者の状態に応じた医療面・生活面の支援等必要な支援が適切に提供される体制として、精神科医 1 名と、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員が 1 名以上、臨床心理技術者、相談支援専門員等の専門職等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備すること、保健所や精神保健福祉センターはアウトリーチを実施する事業者等に対し、支援のために必要となる情報の提供等必要な協力を積極的に行うこと、とされている。

よる相談・支援体制の整備を可能とする仕組み^{*12}があるため、今後これらの体制の更なる整備等によって、身体合併症を伴う認知症への対応が適切になされることが望まれる。

こういった体制の整備により、身体合併症を持つ認知症の人に対する医療体制が、一般診療科、老年科や精神科等といった専門科、看護、介護を含めた包括的なアプローチとなっていくことが望まれる。

(3) 医師や看護師等への研修

研究会において、一般の医療機関の職員やかかりつけ医等、認知症を専門としない医療従事者の一部において、認知症に対する知識の不足や、認知症の人への対応に不慣れなために、早期診断・早期対応が十分になされていない可能性が指摘された。

例えば、日本看護協会の認知症看護認定看護師の養成・配置は僅かであり^{*13}、一般の医療機関の看護師は認知症の人への対応は十分とはいえず、対応困難となった場合に、精神科病院への転院を余儀なくされているケースもあることが報告された。

認知症の人が、一般の医療機関やかかりつけ医等で適切に受療できる体制をつくっていくためには、医療従事者に対する研修や認知症対応マニュアルの作成・配布等を通じ、地域での対応能力の底上げを図っていく必要がある。なお、オレンジプランにおいては、平成 29 年度末までに「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、「認知症サポート医養成研修」、「一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」の受講者数をそれぞれ、50,000 人、4,000 人、87,000 人とすることを具体的な目標に掲げている。

3.3. 地域での生活を支える介護体制

(1) 介護の専門性・質の向上

精神科病院への入院の主要因は行動・心理症状の増悪のためであるが、それは介護の不十分さに起因することも少なくない。オレンジプランにおいても、「これまで認知症の人に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた」と問題点として挙げている。認知症の人の介護を行うことが、その介護者にとって負担となり認知症の人と家族や介護者等との関係性に悪影響を与えることもある。よって、適切な介護サービスを利用することにより、介護者の負担が軽減されることで、結果として、地域での生活の継続が可能となると考えられる。

また、行動・心理症状が出現していても、基本的には、まずは、生活環境を考慮し、地域の社会資源による（介護の専門性を発揮した）環境調整を行うことや、日常生活支援等を行い、また、認知症短期集中リハビリテーション等の認知症の専門医や認知症看護認定看護師等による適切な支援がなされることで、非薬物療法による症状の緩和が可能となることもある。

このようなことから、介護事業所等（施設・居宅）の職員は、行動・心理症状について、その特徴や機序等の知識を獲得するとともに、適切な対応に関する知識や技能を高め、介護の専門性・質を向上させていくことが必要である。具体的には、精神科等専門科の支援を受け、介護職員への研修（チーム研修等）や行動・心理症状への適切な対応の実践等を積み重ねていくことが求められる。また介護の専門性・質は、入院前や退院

^{*12} 精神科救急医療体制整備事業における縦列モデル

^{*13} 2013 年 1 月末日現在 343 名（日本看護協会ホームページより）

後に限るものではなく、入院中においても求められるところであり、専門性を活かした介護から医療に対する積極的な連携等も望まれるところである。

その上で、専門性の高い介護と、一般診療科、老年科や精神科といった専門科等による、包括的アプローチを行い、それぞれの間で認識を共有することが望ましい。

(2) 早期対応が可能な体制

オレンジプランに述べられているように、認知症の人が、重症化し対応困難にならないためには早期診断・早期対応が重要なことから、介護の場（居宅、施設等）における、かかりつけ医や施設職員等の医療従事者による早期診断・早期対応が可能な体制づくりが必要である。行動・心理症状に対して、全てを介護の現場で対応するのは困難であり、また必要な治療の遅延をきたす場合もあるため、地域での生活を支える介護体制には、精神科医療等専門科の後方支援や連携が不可欠である。

また、認知症の症状のうち、家族や介護側は行動として表面に現れる症状に着目しがちであるが、認知症の専門科においては、行動には現れにくいような中核症状にも注目し判断していることもあり、早期対応のためには、両者が適宜情報を共有できるような環境が重要である。

(3) 地域移行・居宅復帰の支援

精神科病院へ一時的に入院しても早期に退院し、地域や居宅に戻るためには、入院時から退院時を見据え、医療モデルから生活支援モデルへの転換を行っていくことが必要と考えられる。このためには、介護支援専門員等が精神科病院と連携し十分な情報共有、調整、ケアプランの提案等を行うとともに、行動・心理症状の憎悪によって入院した場合に、具体的にどこまで症状が緩和すれば生活支援モデルに移行できるのか、社会的な問題をどのように明確化していくのか、といった点に関して医療・介護全体で取り組む必要がある。

また、先に「地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制」で述べたように、精神科病院と在宅とのギャップを埋めるような支援体制等も地域で用意する必要がある。

(4) 家族への支援

精神科病院への入院に至った理由の一つとして、本研究会のアンケート調査結果では、「家族の疲弊」は約3割で挙げられており、本人を支える家族が疲弊しないよう、家族そのものに着目した支援も地域に必要である。

具体的な支援体制として、レスパイトのためのショートステイが可能な介護施設等の確保、家族教育等による症状への対処法等のノウハウの提供、医療や介護の専門家による様々な相談への対応（出張相談会等）、同じ悩みを持つ人たちが話し合える機会づくり等が考えられる。

(5) 地域づくり

研究会において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスのような介護サービスと地域の力がかみ合い、居宅生活を可能とした例の紹介があった。認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療、介護といった各々の面だけではなく、「地域づくり」といった視点が重要であるという意見が多く出された。オレンジプランでは「認知症施策の推進にあたっては、住民にとって最も身近な基礎的

自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。高齢者の数や地域ごとの特性等に応じて各地域で、認知症の人への支援体制が構築されることが重要である。その積極的な取組と国や都道府県からの支援が必要である。」としており、各自治体等行政機関の重要性について述べられている。また、地域住民が認知症を理解し、対応する力をつけることにより、認知症の人を地域全体で支える体制づくりも必要である。認知症の人への地域づくりは「まちづくり」であるとともに、住民や自治体、事業者等における「ひとづくり」でもあり、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供され、住民主体のサービスやボランティア活動など、家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いである「互助」の取組を積極的に進め、「地域包括ケアシステム」を構築していくことが必要である。

研究会では、地域は均一ではなく、地方と都市部で大きく差がある中、また世帯構造が変化している中、それぞれの地域の限界には差が大きく、どのように地域での介護力をつけていくか、地域格差を出さないようにするか、ということを考える必要がある、という意見があった。また、「地域とは何か」ということについて、未だ十分に認識が共有されていないのではないか、また、認知症の人が地域で暮らし続けることには限界点があるのではないか、という指摘もあった。

今後、実務的な問題点を認識した上で、地域包括ケアシステムの観点から、地域のニーズに合わせて、必要な資源を把握し、かかりつけ医、認知症サポート医、精神科や老年科等の専門医、看護、介護、地域の民生委員、行政、住民等のネットワーク作りがなされ、地域の限界点を高め、社会全体で認知症の人を支えるための地域づくりを進めていかなければならない。

4. まとめ

本研究会では、認知症の人のうち、どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、入院せずにできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどのような支援環境等が必要なのかといった点に関し、医療・介護従事者や関係の有識者等が一堂に会して、活発な議論・検討が行われ、認識の共有がなされた。

研究会が実施したアンケート調査からは、認知症治療病棟の入院期間は、3割が4か月以内である一方、1年以上も3割程度であり、短期間で退院している群と長期に入院している群との二峰性があることが示された。入院期間とNPI-Qによる認知症の重症度等との関係に関する分析や、入院理由に基づいて群間で比較した分析の結果からは、居住環境や在宅や通所、施設での介護サービス・医療サービス等の支援が十分ではない等のために、現状では必ずしも医学的に精神科病院に入院が必要とはいえない人も、精神科病院に入院していることが示された。

研究会を進める中で、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることを考えるにあたって、現状の医療・介護が抱える問題が明らかになり、その解決手段として、クリニカルパスのような入院医療の短期化・標準化を目指す試みや、精神科医療によるリエゾンやアウトリーチといった、地域生活への移行を促進するような取り組み等が紹介された。また、介護の専門性や質の向上、介護と医療との連携による早期対応、地域移行や在宅復帰支援、それらを包含した地域づくりといった点に関して検討を行った。その中で、それぞれの地域には差が大きく、例えば入院期間に関しても、先に述べた「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に示された「認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヵ月（現在は6ヵ月）とできるよう体制を整備すること」とした目標の達成のためには、都道府県が、現状を把握・分析し、それぞれの地域の実情に応じた支援体制の整備を推進していくこと等が必要であろう。今後、本報告書で示した、さまざまな提言が、地域での認知症に対する取り組みに積極的に活用され、地域づくりがなされていくことを期待したい。

これらの議論・検討を通じて、本研究会が目的とした、①認知症の人のうち、どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、また②できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどのような支援環境等が必要なのかを明確化する、という目的に対して、一つの基準を提示できたものと考えらる。

今後は、オレンジプランを推進し、家族支援や環境の整備等を行うことで、少なくとも医学的に必要とはいえない入院は減少し、将来的には、さらに、認知症の人を地域全体で支える体制づくりによって、介護・医療・生活支援が一体的に提供されることで、長期入院の解消や、さらに行動・心理症状のために入院する人も減少することを期待し、結論としたい。

本文中の図表

アンケート調査の概要

■趣旨・目的

- ・本文中記載につき省略

■調査対象・方法

- ・紙の調査票を郵送し、FAX・郵便等で返送頂く(平成25年10月12日～12月11日)
- ・介護側は第1段階で該当者調査後に第2段階調査(実査)を実施
(団体に依頼し、当該対象者の有無について1次調査を行っていただき、該当者の有無の調査結果を事務局に連絡していただいてから、事務局と事業所間で調査票の送付、返送を行った。)

	調査対象者	対象施設・事業所の数	発送・回収方法
医療側	● 全国の認知症治療病棟を有する精神科病院に入院する患者(過去3ヶ月:平成25年7～9月の間の入院)	● 406	● 事務局より対象病院へ依頼、事務局へ調査票を返送
介護側	● 介護施設(特別養護老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設・小規模多機能型居宅介護事業者)から、精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	● 特別養護老人ホーム: 206 ● 介護老人保健施設: 782 ● グループホーム: 172 ● 小規模多機能型居宅介護事業者: 74	● 第1段階(各団体が対象者のいる事業所を把握):各団体より各事業所へ依頼、各団体へ結果を返送 ● 第2段階:事務局より対象者のいる事業所へ依頼、事務局へ調査票を返送
	● 自宅から精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	● ケアマネジャー: 108	

■回収状況

	対象施設 (発送日順)	配布数(施設・事業所)		回収数		
			うち該当者無し (第2段階で判明)	施設・事業所	回収率(%)	患者数(人)
1	精神科病院	406	0	92	22.7	3,540
2	介護老人保健施設	782	2	381	48.8	811
3	グループホーム	172	5	115	68.9	154
4	小規模多機能型居宅介護事業者	74	3	34	47.9	45
5	特別養護老人ホーム	206	1	119	58.0	165
6	ケアマネジャー	108	4	93	89.4	114
合計		1,748	15	834	48.1	4,829

※事業所ベース回収率の分母からは、該当者無しの連絡があった事業所を除く

表1 医療側 (n=3,540) と介護側 (n=1,289) での回答

設問		医療側(医)・介護側(介)の回答の主な特徴
6	認知症の診断名	(医)アルツハイマー型が6割、(介)アルツハイマー型は半数弱、混合型が5%となっている。
7	入院形態	(医)医療保護入院が3/4超、(介)任意入院が半数弱、措置入院等もある状況となっている。
8	入院希望者	(医)家族が8割超、(介)家族は7割、介護職・その他の希望・事情等が各3割となっている。
10	認知症高齢者の日常生活自立度	(医)Mが1/4を占めている。(介)特養・GHは比較的重度者が多い。
11	障害高齢者日常生活自立度	(介)が(医)に比べやや重度。GH・小規模多機能・ケアマネはAが、特養・老健はBが、それぞれ多い
12	要介護度	(介)が(医)に比べ要介護度が高く、在宅支援系(小規模多機能・ケアマネ)は比較的要介護度が低い傾向にある。
13	入院前のかかりつけ医の有無	(医)(介)共に、8割前後は有、4割前後は精神科医。(医)無が16%、(介)両方が5%(特養・GHに多い)となっている。
15	入院理由	(医)(介)行動・心理症状の増悪が8割、介護者の事情が4割、中核症状の進行が3割と共通している。(医)「家族の疲弊」が1/3、(介)「薬剤の調整」が6割と多く、在宅支援系は「家族の疲弊」「介護者の事情」が4～5割となっている。
16	入院の理解・同意能力	(医)(介)共に、7割前後は能力なし。(介)は不明がやや多い。
17	認知症の重症度(FAST)	(介)が(医)に比べやや高い。
18	認知症の周辺症状	(医)(介)共に、「妄想」「介護への抵抗」は多い。(介)はより多くの症状。特に「介護への抵抗」「暴言」が多い傾向にある。
19	行動・心理症状の程度(NPI-Q)	(医)(介)共に、「興奮」「易怒性」は多い。(介)はより多くの症状が示されている。(介)「無関心」「脱抑制」が比較的多い(6割前後)となっている。
	総重症度・総負担度	(介)が(医)に比べ高い。

(参考) Q18を除くいずれの項目でも χ^2 二乗検定によるp値は0.001以下であった。

Q6～Q19BPSDの程度： χ^2 二乗検定(うち複数回答のQ8、Q15は多重比較) Q19総重症度・総負担度：t検定。
 検定対象には「その他」「わからない」「不明」「希望者不明(Q8)」「未認定もしくは申請中(Q12。選択肢には設けなかったが余白への記載が多く見られたため、集計結果では選択肢と同様に扱った)」「いずれも含めた」。
 無回答はすべて除外した。

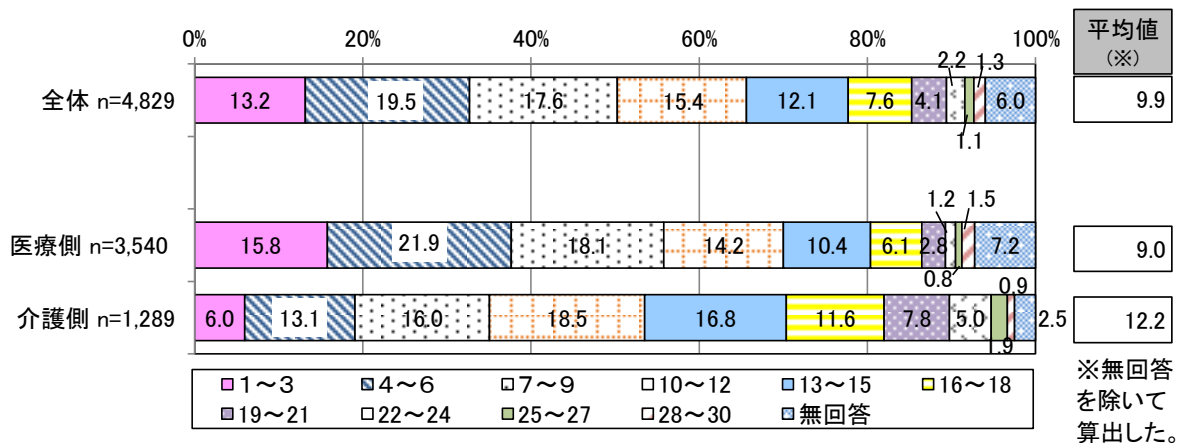


図1 Q19 行動・心理症状の程度 (NPI-Q) 総重症度

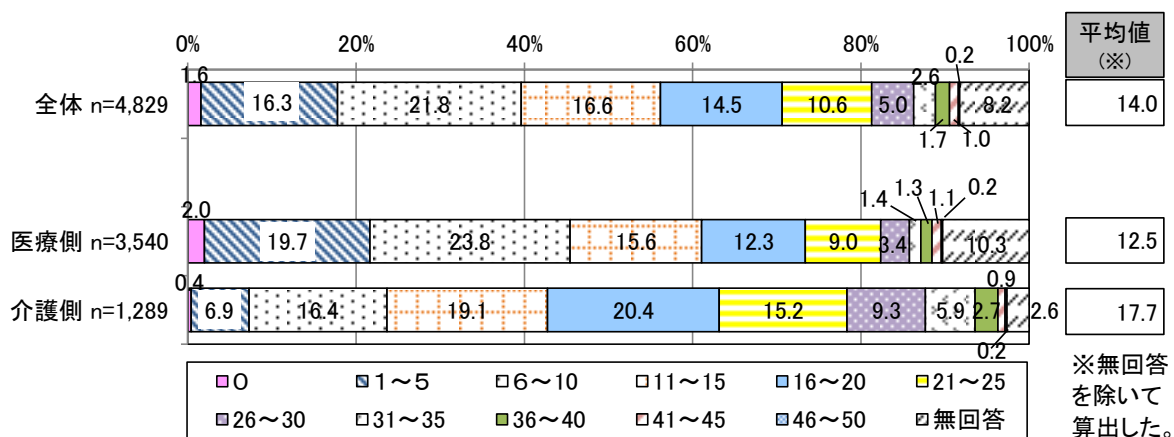
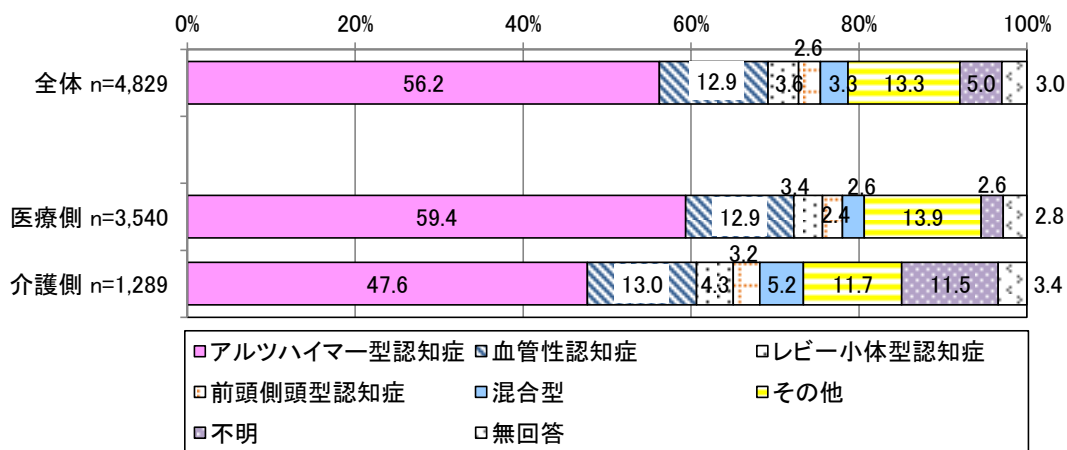
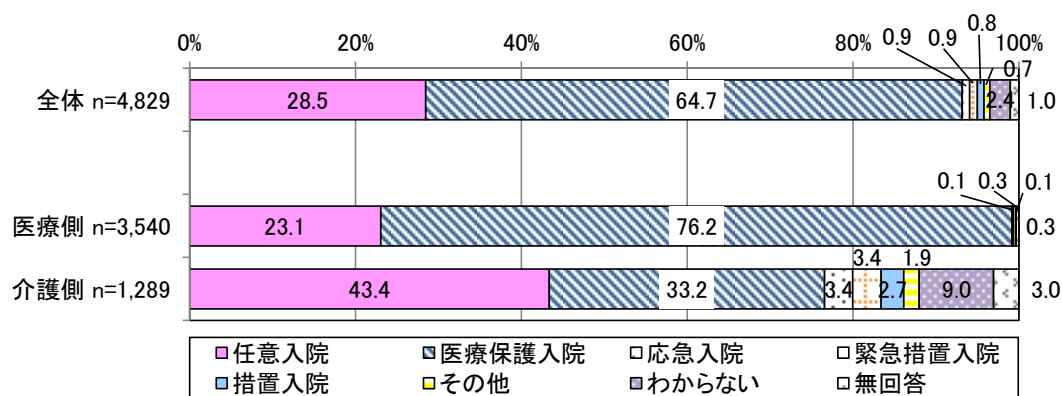


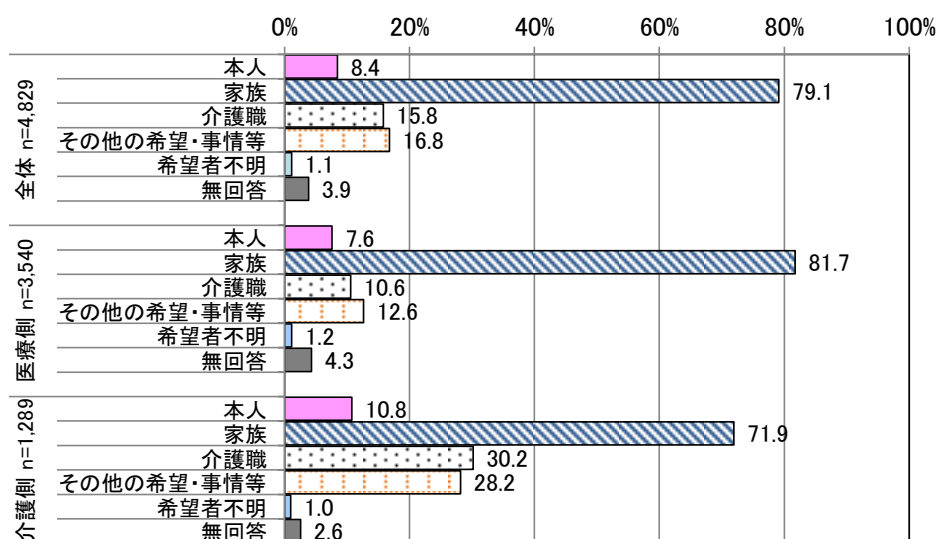
図2 Q19行動・心理症状の程度 (NPI-Q) 総負担度



補足図 表1-Q6認知症の診断名

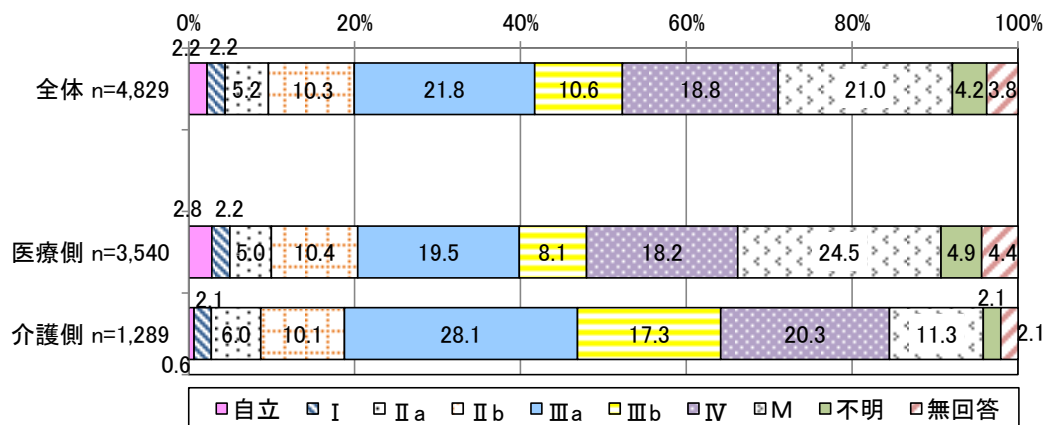


補足図 表1-Q7入院形態

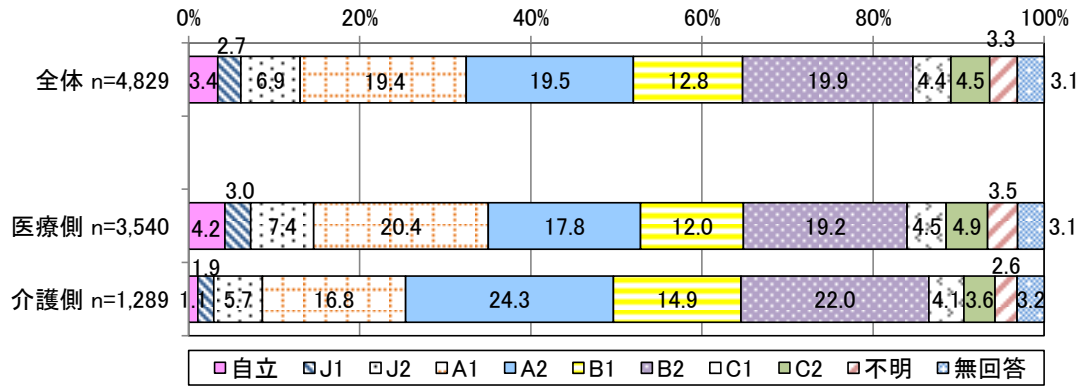


グラフ中の値は、医療側および介護側各回答者数に占める当該回答の割合

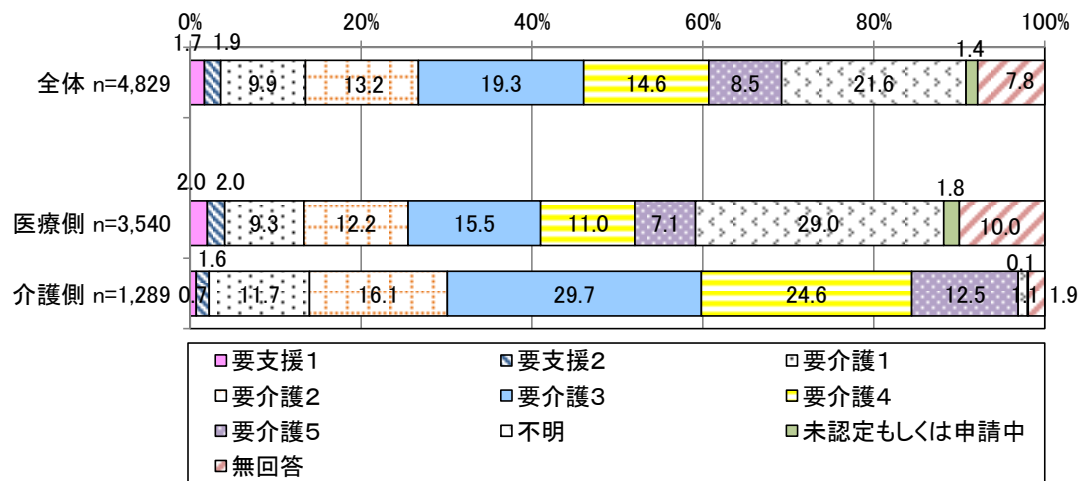
補足図 表1-Q8入院希望者(複数回答)



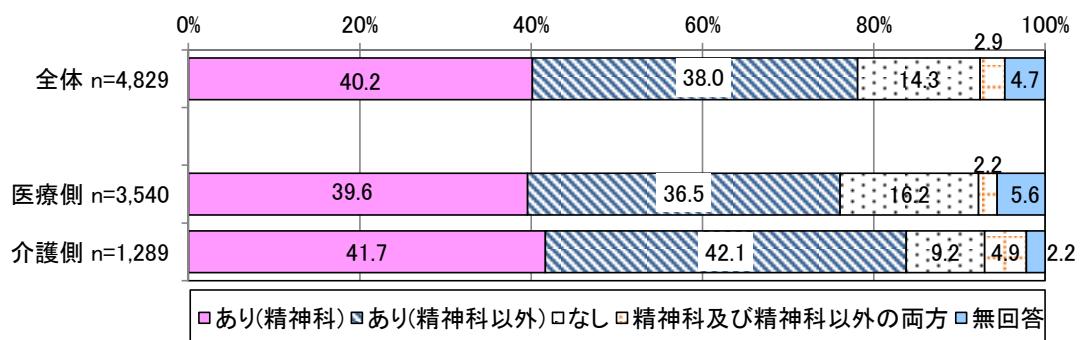
補足図 表1-Q10認知症高齢者の日常生活自立度



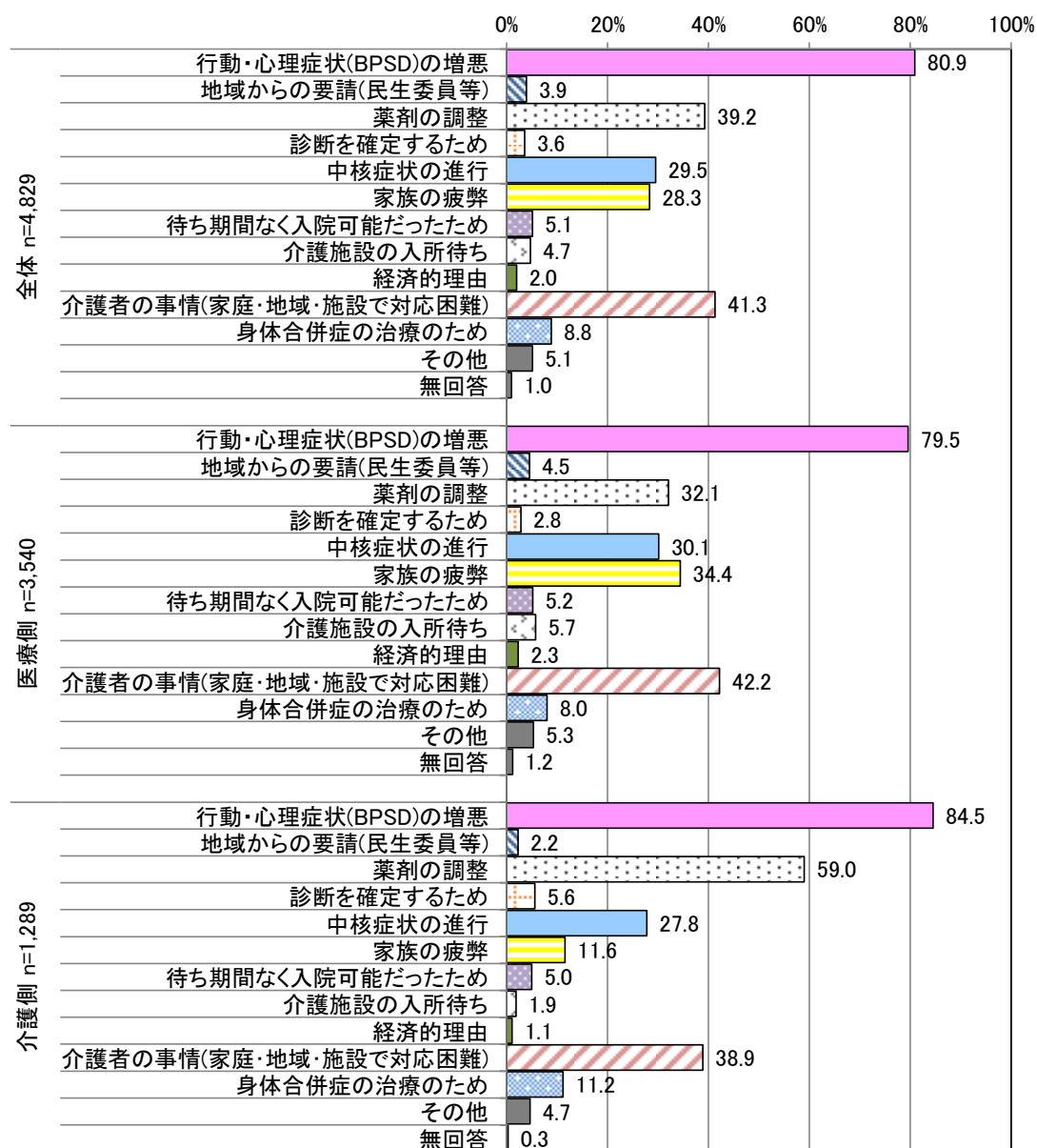
補足図 表1-Q11障害高齢者日常生活自立度



補足図 表1-Q12要介護度

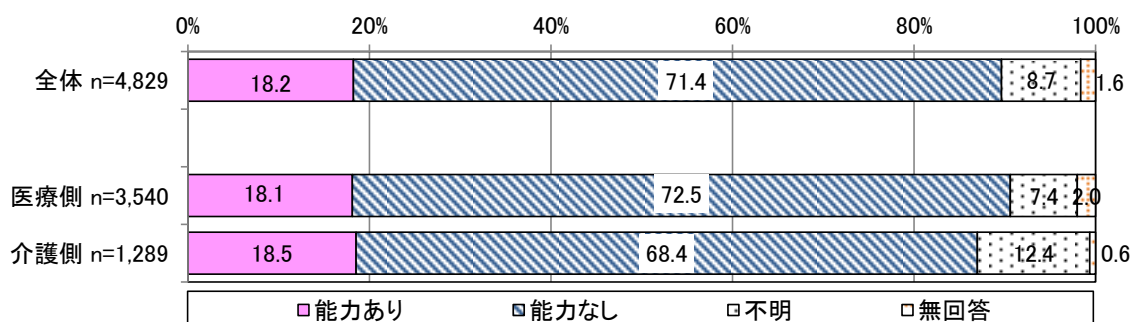


補足図 表1-Q13入院前のかかりつけ医の有無

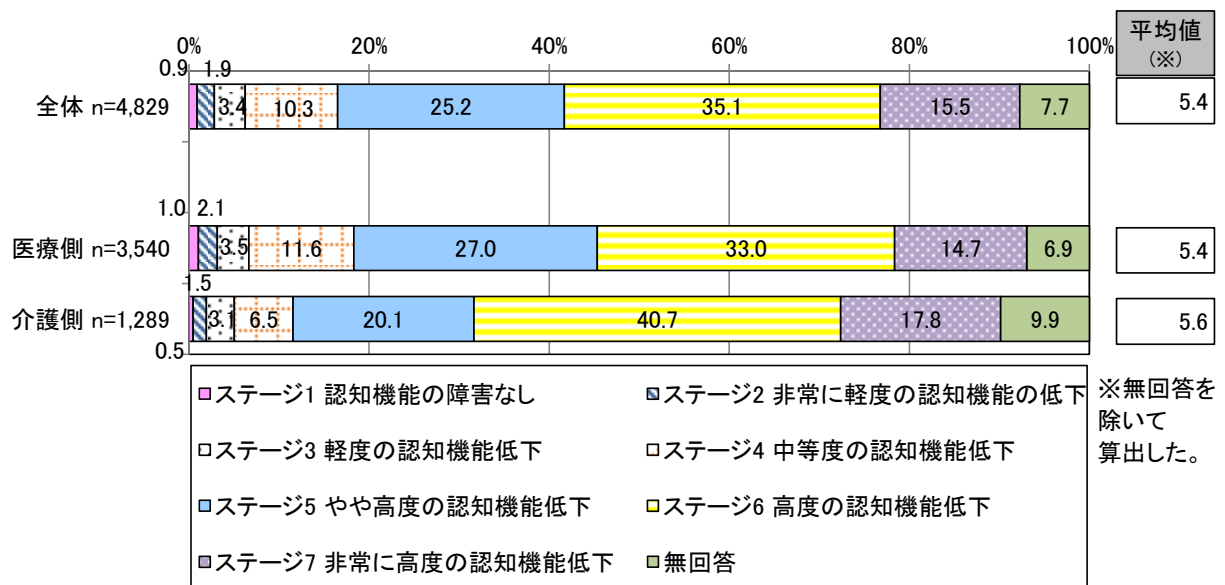


グラフ中の値は、医療側および介護側各回答者数に占める当該回答の割合

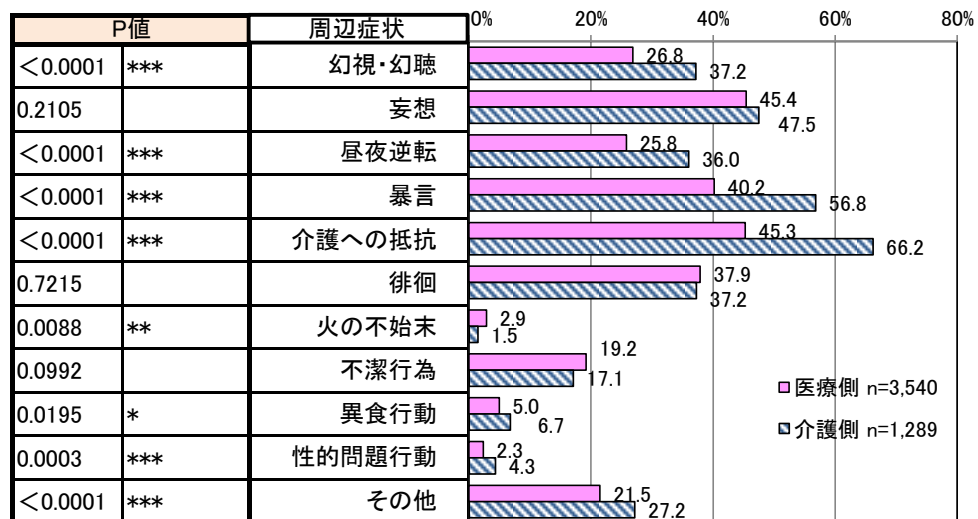
補足図 表1-Q15入院理由(複数回答)



補足図 表1-Q16入院の理解・同意能力



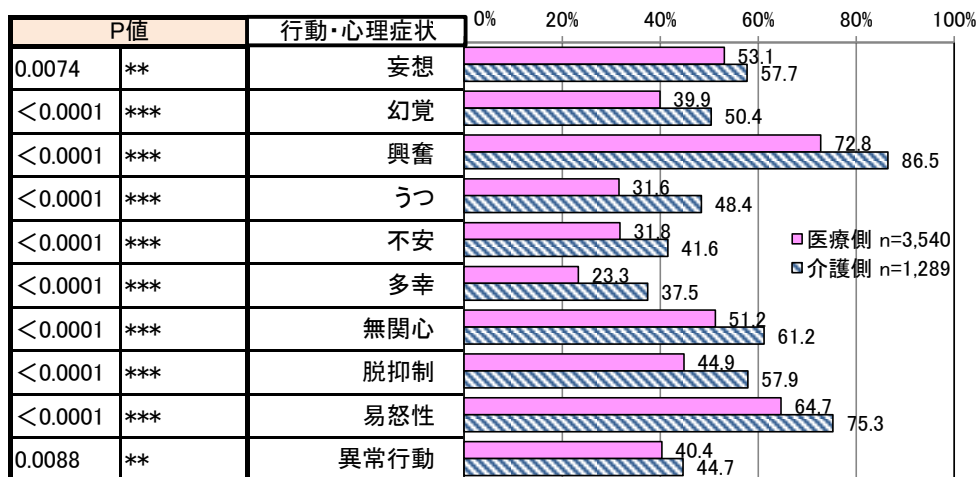
補足図 表1-Q17認知症の重症度 (FAST)



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05
χ² 二乗検定
無回答は除外した。

グラフ中の値は、医療側および介護側
各回答者に占める当該回答の割合

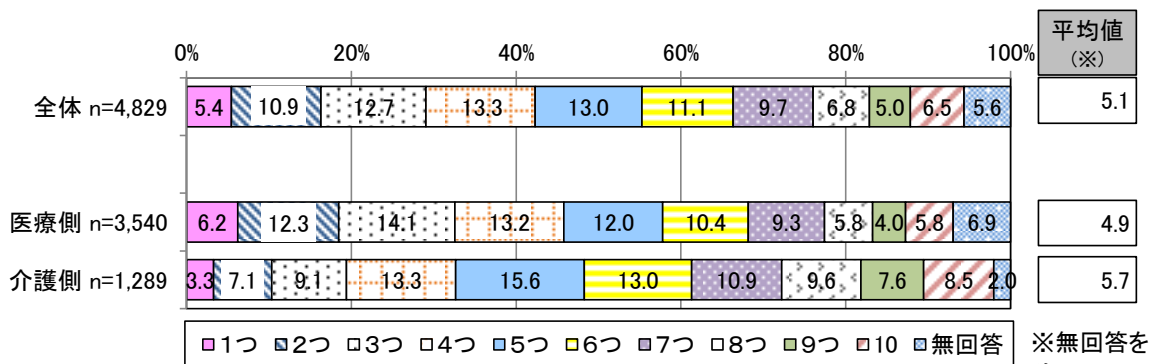
補足図 表1-Q18医療側及び介護側における認知症の周辺症状「有り」の割合 (複数回答)



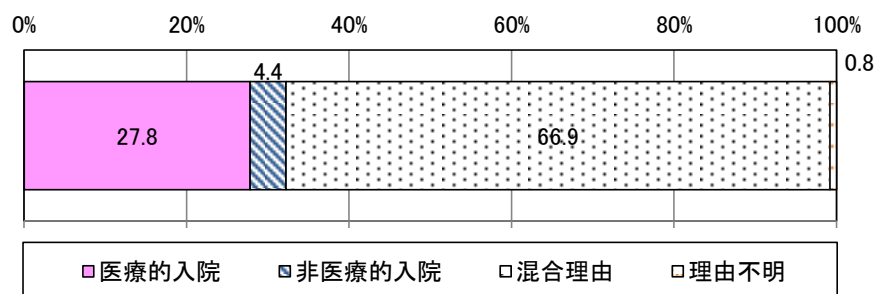
χ² 二乗検定
無回答は除外した。

グラフ中の値は、医療側および介護側
各回答者に占める当該回答の割合

補足図 表1-Q19医療側及び介護側における行動・心理症状の程度(NPI-Q)「有り」の割合



補足図 表1-Q19 行動・心理症状の程度(NPI-Q)「有り」の選択個数



n=4,829

図3 Q15入院理由
(選択肢のうち上位3つまで複数選択した回答結果を下記の群の定義で分類)

医療的入院	Q15-入院理由で、選択肢1(行動・心理症状の増悪)・3(薬剤の調整)・4(診断の確定)・5(中核症状の進行)・11(身体合併症の治療)のみ選択
非医療的入院	Q15-入院理由で、選択肢2(地域からの要請(民生委員等))、選択肢6(家族の疲弊)、選択肢7(待ち期間なく入院可能だったため)、選択肢8(介護施設の入所待ち)、選択肢9(経済的理由)、選択肢10(介護者の事情(家庭・地域・施設で対応困難))のみ選択
混合理由	上記の医療的入院に予備費医療的入院理由から各一つ以上が選択。
理由不明	Q15-入院理由で、理由不明が選択。

表2 医療的入院群と非医療的入院群との比較(医療側回答のみ)

設問		P値	
3	性別	0.5565	
4	年齢	0.7650	
6	認知症の診断名	0.2181	
7	入院形態	0.6687	
8	入院希望者	0.6380	
9	入院前の居所	0.0327	*
10	認知症高齢者の日常生活自立度	<0.0001	***
11	障害高齢者日常生活自立度	0.1976	
12	要介護度	0.0049	**
13	入院前のかかりつけ医の有無	0.7991	
14	入院前に利用していた主なサービス	<0.0001	***
16	入院の理解・同意能力	<0.0001	***
17	認知症の重症度(入院時)	<0.0001	
18	認知症の周辺症状		
18-1	幻視・幻聴口	<0.0001	***
18-2	妄想	<0.0001	***
18-3	昼夜逆転	<0.0001	***
18-4	暴言	<0.0001	***
18-5	介護への抵抗	<0.0001	***
18-6	徘徊	0.0583	
18-7	火の不始末	0.6845	
18-8	不潔行為	1.0000	
18-9	異食行動	0.1608	
18-10	性的問題行動	0.4438	
18-11	その他	0.7121	
19	行動・心理症状の程度		
19-1	NPI-Q総重症度	<0.0001	***
19-2	NPI-Q総負担度	<0.0001	***

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

Q3~18:χ² 二乗検定(うち複数回答のQ8は多重比較) Q19:ウィルコクソンの順位和検定。
 検定対象には「その他」「わからない」「不明」「希望者不明(Q8)」「未認定もしくは申請中(Q12。選択肢には設けなかったが余白への記載が多く見られたため、集計結果では選択肢と同様に扱った)」はいずれも含めた。
 無回答はすべて除外した。

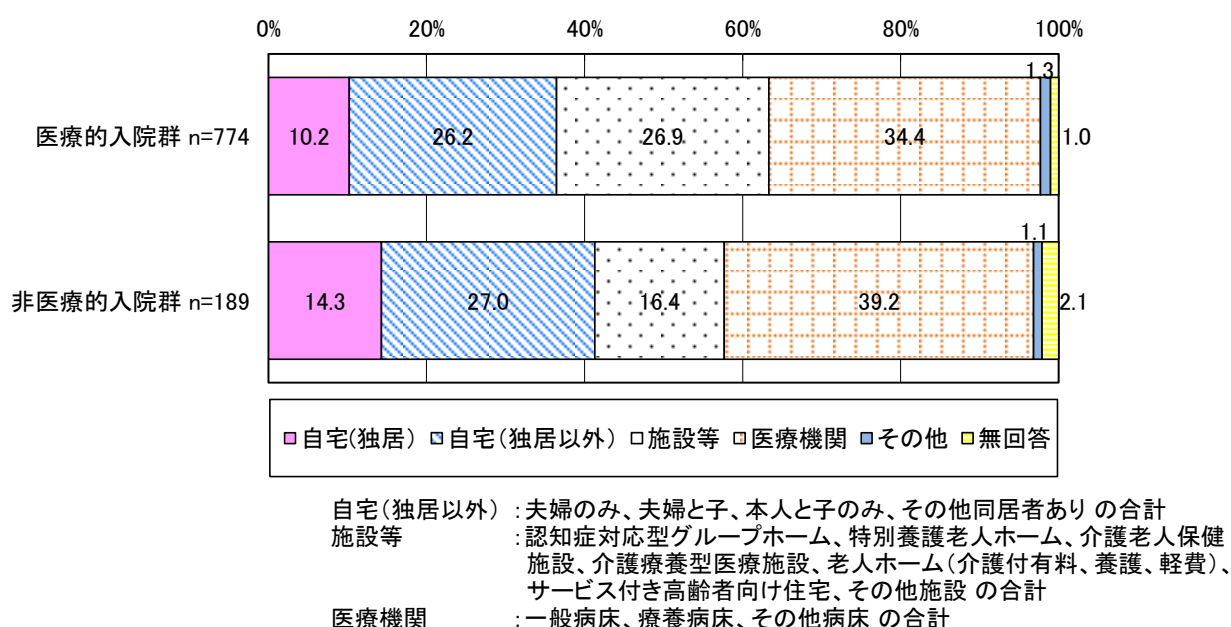


図4 Q9入院前の居所(入院理由2群別、医療側回答のみ)

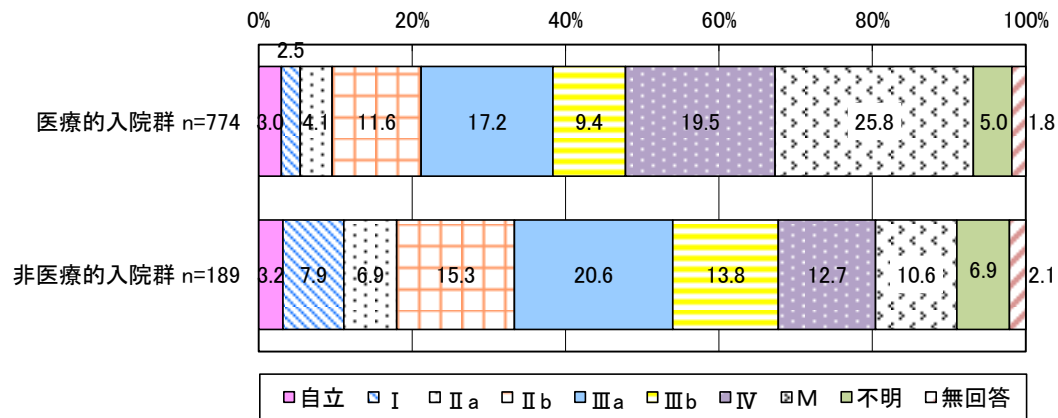


図5 Q10認知症高齢者の日常生活自立度(入院理由2群別、医療側回答のみ)

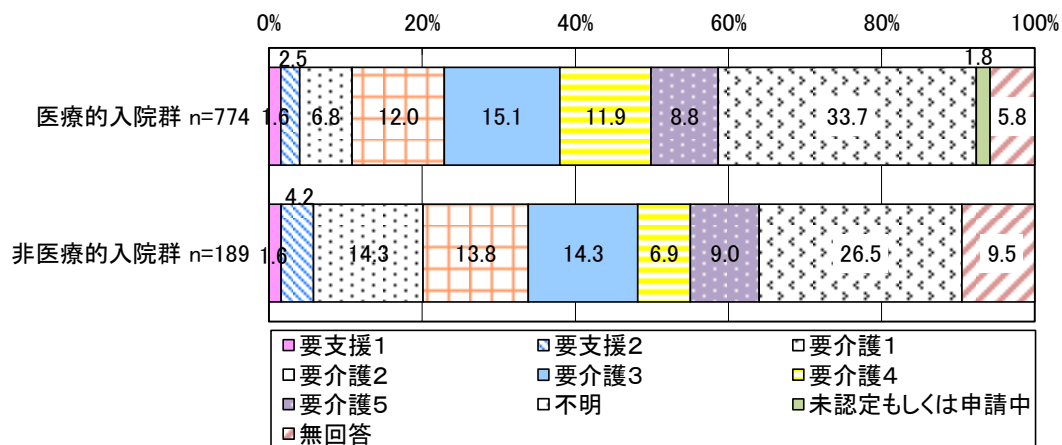


図6 Q12要介護度(入院理由2群別、医療側回答のみ)

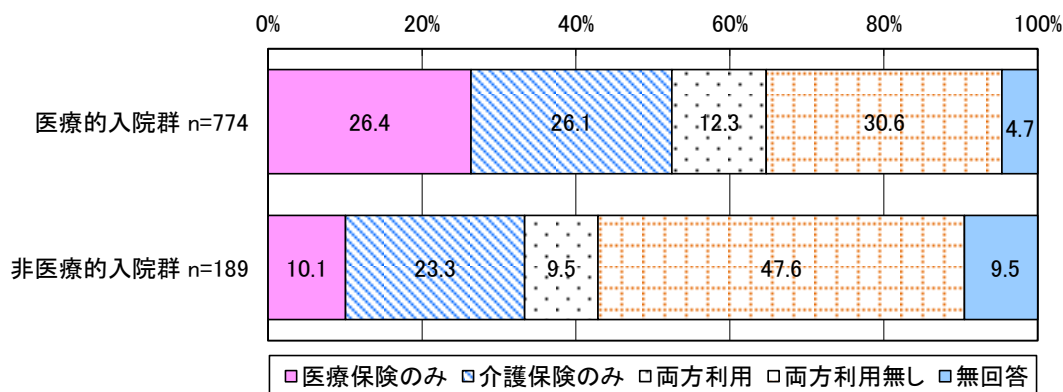


図7 Q14入院前に利用していた主なサービス(入院理由2群別、医療側回答のみ)

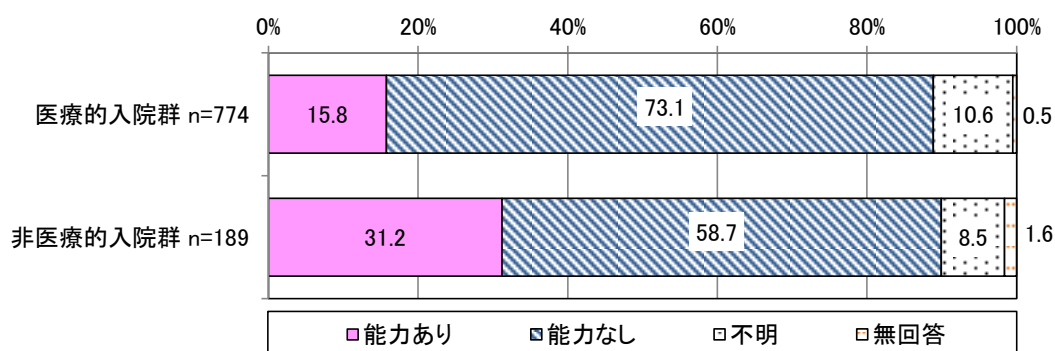
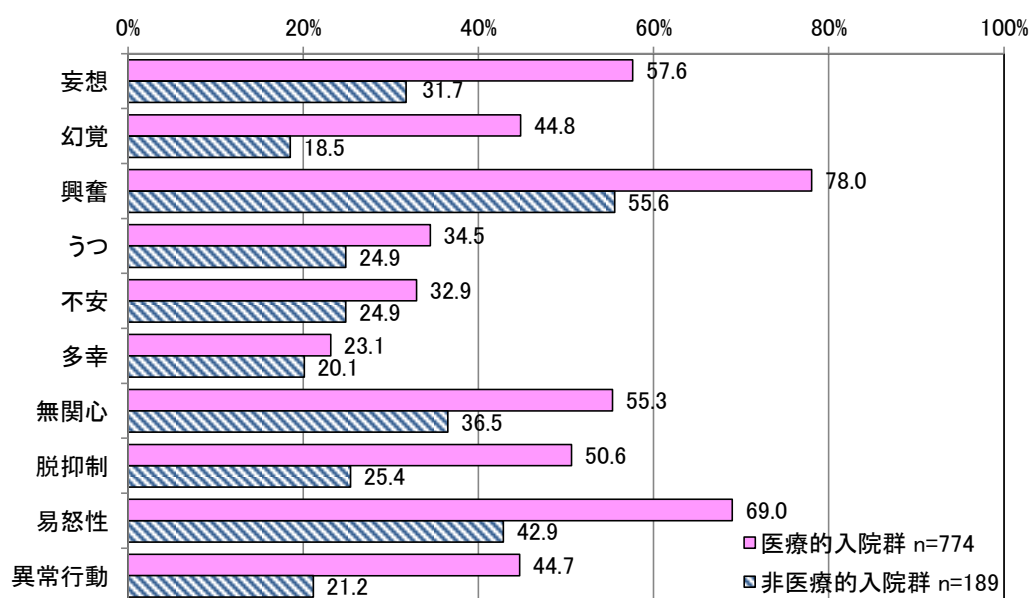
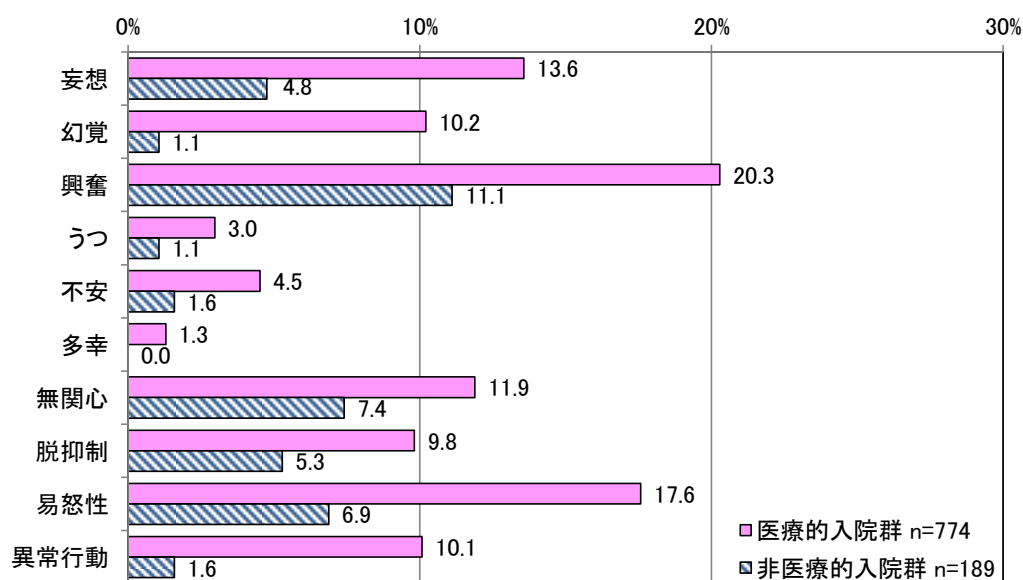


図8 Q16入院の理解・同意能力(入院理由2群別、医療側回答のみ)



グラフ中の値は回答者数(n数)に占める当該回答の割合

図9 Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q)の各症状「有り」の割合(複数回答)(入院理由2群別、医療側回答のみ)



グラフ中の値は回答者数(n数)に占める当該回答の割合

図10 Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q)の各症状が重度の割合(入院理由2群別、医療側回答のみ)

表3 Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q)の各症状「有り」の割合(入院理由2群別、医療側回答のみ)

(医療的入院群で「有り」とされた
症状の割合降順)

選択肢番号	行動・心理症状	P値	
3	興奮	<0.0001	***
9	易怒性	<0.0001	***
1	妄想	<0.0001	***
7	無関心	<0.0001	***
8	脱抑制	<0.0001	***
2	幻覚	<0.0001	***
10	異常行動	<0.0001	***
4	うつ	0.0222	*
5	不安	0.0484	*
6	多幸	0.6115	

χ² 二乗検定
無回答は除外した。

***P<0.001, *P<0.05

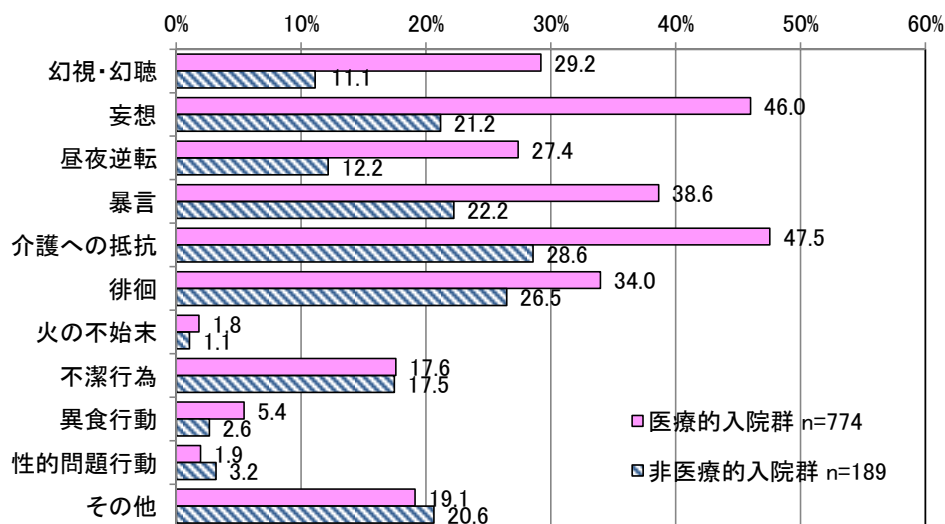
表4 Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q)の各症状が重度の割合(入院理由2群別、医療側回答のみ)

(医療的入院群で重度の割合が
多かった症状の降順)

選択肢番号	行動・心理症状	P値	
3	興奮	0.0027	**
9	易怒性	0.0163	*
1	妄想	0.0009	***
7	無関心	0.4853	
2	幻覚	0.0069	**
10	異常行動	0.0400	*
8	脱抑制	0.3898	
5	不安	0.0603	
4	うつ	0.0578	
6	多幸	0.0162	*

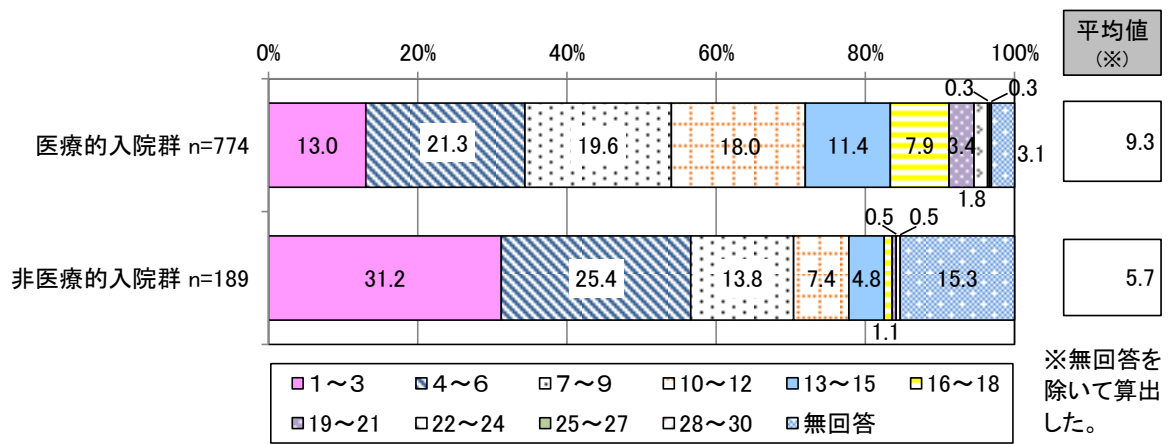
ウィルコクソン検定
無回答は除外した。

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

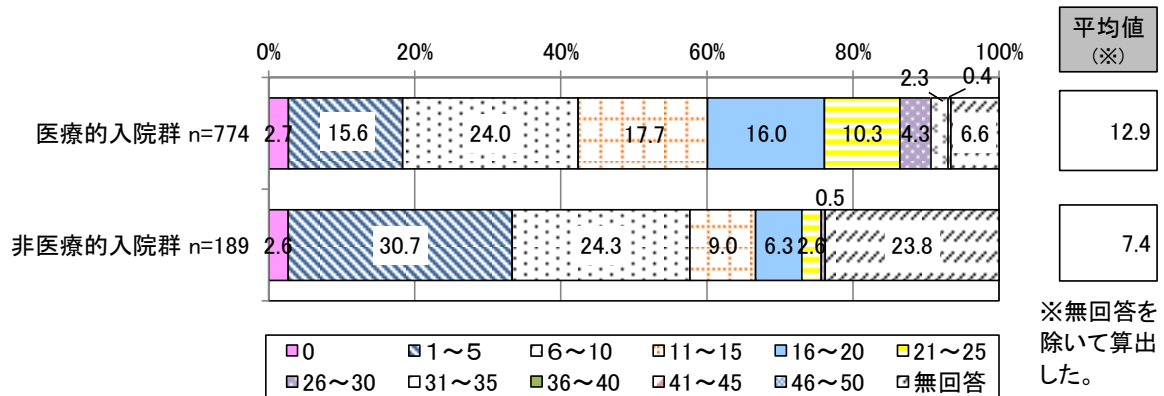


グラフ中の値は回答者数(n数)に占める当該回答の割合

補足図 表2-Q18認知症の周辺症状「有り」の割合(複数回答)(入院理由2群別、医療側回答のみ)



補足図 表2-Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q) 総重症度(入院理由2群別、医療側回答のみ)



補足図 表2-Q19行動・心理症状の程度(NPI-Q) 総負担度(入院理由2群別、医療側回答のみ)

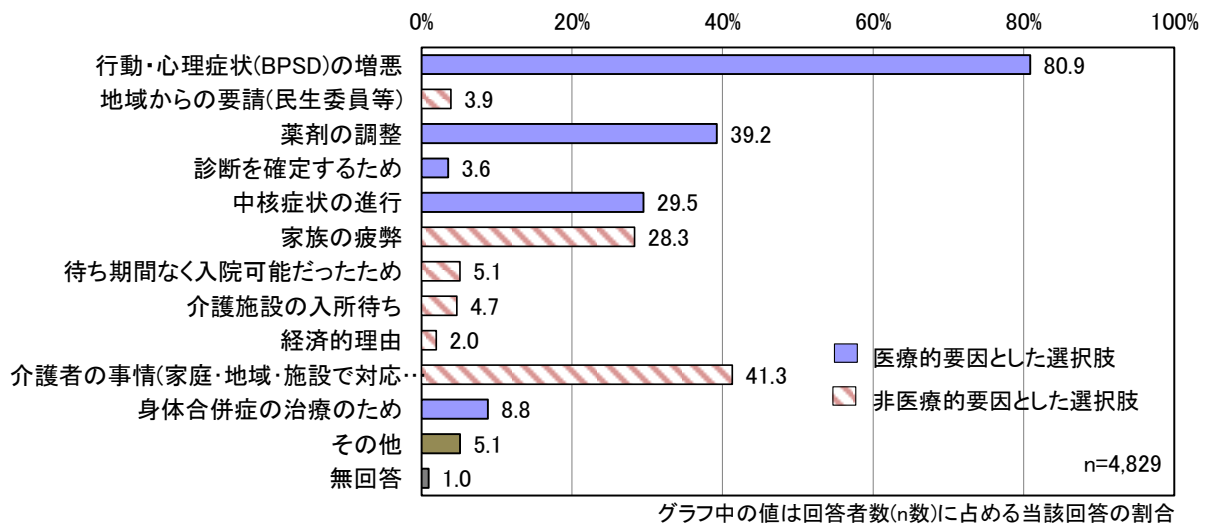


図11 入院理由における医療的要因/非医療的要因(複数回答)

表5 行動・心理症状の程度(NPI-Q)10項目における項目間の相関

(相関分析)

		1. 妄想	2. 幻覚	3. 興奮	4. うつ	5. 不安	6. 多幸	7. 無関心	8. 脱抑制	9. 易怒性	10. 異常行動
1. 妄想	相関係数										
	人数										
2. 幻覚	相関係数	0.54 **									
	人数	952									
3. 興奮	相関係数	0.28 **	0.23 **								
	人数	953	953								
4. うつ	相関係数	0.22 **	0.23 **	0.15 **							
	人数	953	952	953							
5. 不安	相関係数	0.16 **	0.13 **	0.11 **	0.52 **						
	人数	951	951	953	951						
6. 多幸	相関係数	0.24 **	0.28 **	0.19 **	0.34 **	0.20 **					
	人数	951	951	953	951	952					
7. 無関心	相関係数	0.09 **	0.20 **	0.14 **	0.20 **	0.07 *	0.28 **				
	人数	949	949	951	949	949	950				
8. 脱抑制	相関係数	0.33 **	0.26 **	0.41 **	0.20 **	0.17 **	0.28 **	0.23 **			
	人数	951	951	953	951	951	952	950			
9. 易怒性	相関係数	0.23 **	0.21 **	0.62 **	0.12 **	0.10 **	0.17 **	0.12 **	0.50 **		
	人数	953	953	955	953	953	954	952	954		
10. 異常行動	相関係数	0.25 **	0.23 **	0.26 **	0.12 **	0.15 **	0.11 **	0.22 **	0.38 **	0.24 **	
	人数	950	950	952	950	950	950	948	951	952	

注)ここでの人数とは相関を見ようとしている両方の項目で欠損がない人数をいう。

**P<0.01, *P<0.05

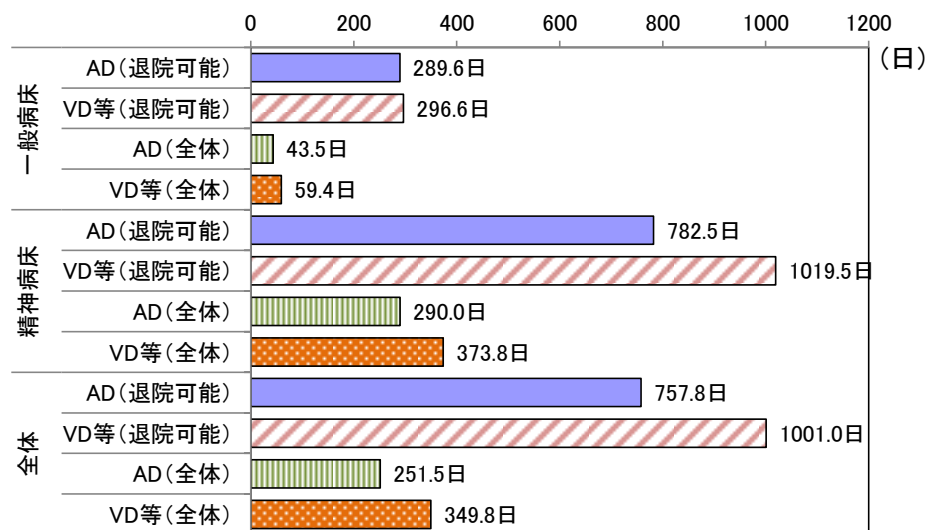
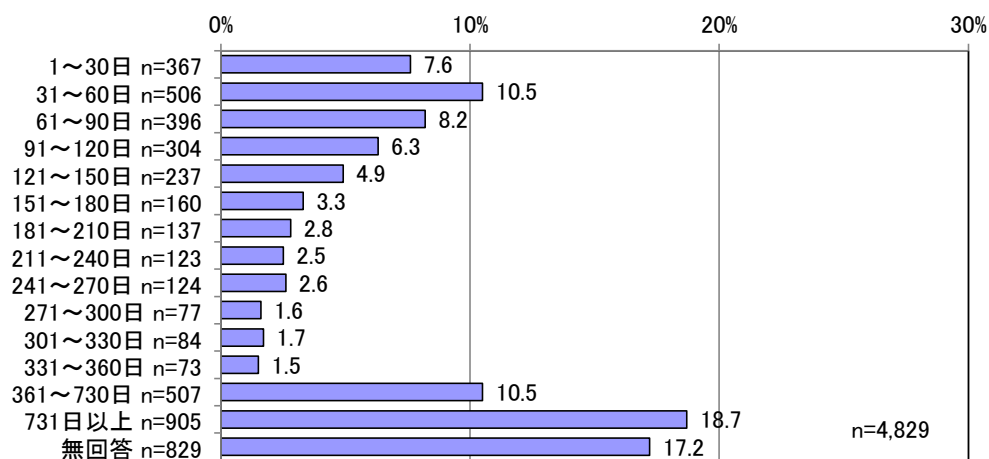


図12 認知症の入院患者のうち、地域での受け入れ条件が整えば退院可能と考えられる入院患者の在院日数 (平成23年患者調査)



退院済みの場合にはQ2(退院日)とQ1(入院日)の差を、現在入院中の場合にはアンケート発送日とQ1(入院日)の差を計算し、入院期間とした。

図13 入院日数

表6 短期入院群と長期入院群との比較(医療側回答のみ)

設問		P値	
3	性別	0.0055	**
4	年齢	0.1555	
6	認知症の診断名	0.0001	***
7	入院形態	0.2029	
8	入院希望者	0.0002	***
9	入院前の居所	<0.0001	***
10	認知症高齢者の日常生活自立度	0.0001	***
11	障害高齢者日常生活自立度	0.0260	*
12	要介護度	<0.0001	***
13	入院前のかかりつけ医の有無	0.0089	**
14	入院前に利用していた主なサービス	<0.0001	***
16	本人の入院同意能力	0.5663	
17	認知症の重症度(入院時)	0.0206	*
18	認知症の周辺症状		
18-1	幻視・幻聴口	0.6916	
18-2	妄想	0.0011	**
18-3	昼夜逆転	1.0000	
18-4	暴言	0.2467	
18-5	介護への抵抗	0.1768	
18-6	徘徊	0.1112	
18-7	火の不始末	0.4008	
18-8	不潔行為	<0.0001	***
18-9	異食行動	0.7746	
18-10	性的問題行動	0.7489	
18-11	その他	0.0003	***
19	行動・心理症状の程度		
19-1	NPI-Q総重症度	0.2838	
19-2	NPI-Q総負担度	0.3785	

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

Q3~Q18:χ² 二乗検定(うちQ8は多重比較) Q19:ウィルコクソンの順位和検定。

検定対象には「その他」「わからない」「不明」「希望者不明(Q8)」「未認定もしくは申請中(Q12。選択肢には設けなかったが余白への記載が多く見られたため、集計結果では選択肢と同様に扱った)」はいずれも含めた。

無回答はすべて除外した。

短期入院群	入院期間が31日から90日である者(n=666)
長期入院群	入院期間が361日から730日である者(n=490)

(詳細は本文参照)

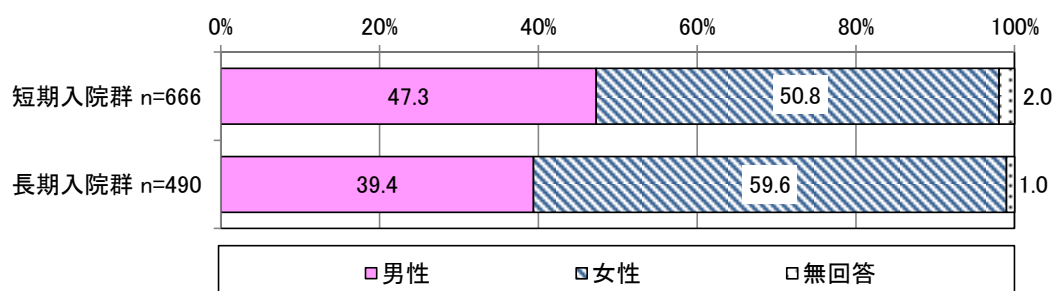


図14 Q3性別(入院期間2群別、医療側回答のみ)

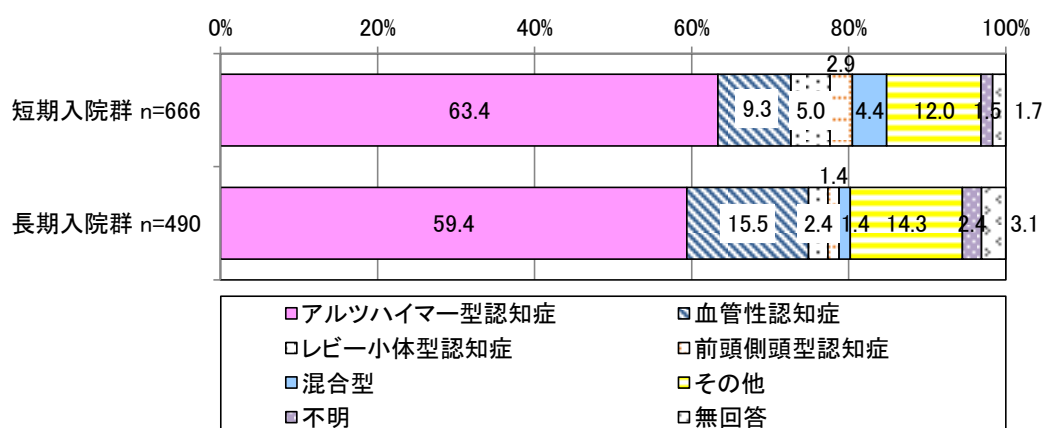
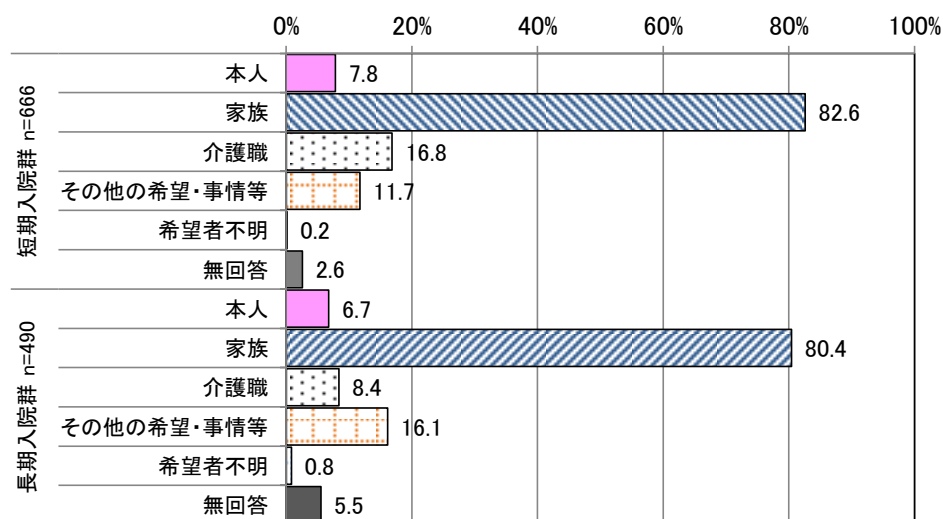
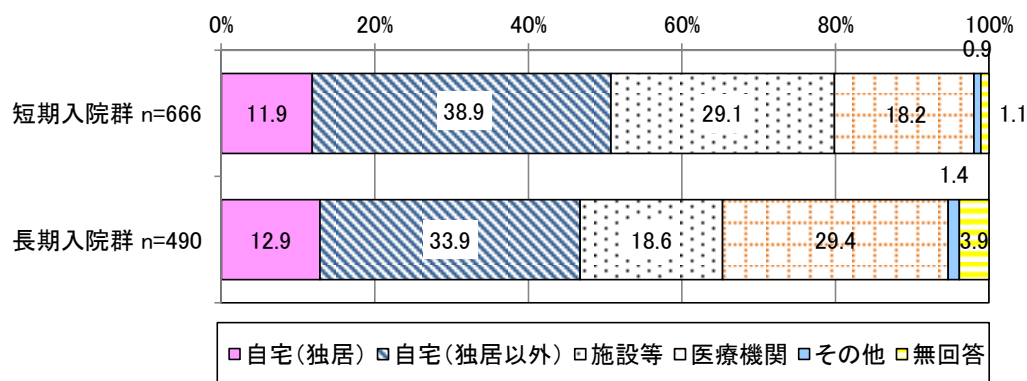


図15 Q6認知症の診断名(入院期間2群別、医療側回答のみ)



グラフ中の値は回答者数(n数)に占める当該回答の割合

図16 Q8入院希望者(複数回答)(入院期間2群別、医療側回答のみ)



自宅(独居以外) : 夫婦のみ、夫婦と子、本人と子のみ、その他同居者ありの合計
 施設等 : 認知症対応型グループホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、老人ホーム(介護付有料、養護、軽費)、サービス付き高齢者向け住宅、その他施設の合計
 医療機関 : 一般病床、療養病床、その他病床の合計

図17 Q9入院前の居所(入院期間2群別、医療側回答のみ)

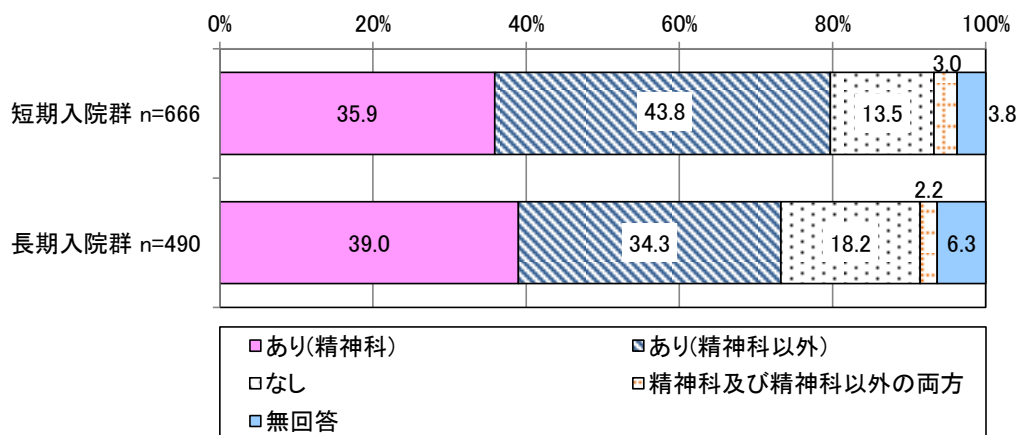


図18 Q13入院前のかかりつけ医の有無(入院期間2群別、医療側回答のみ)

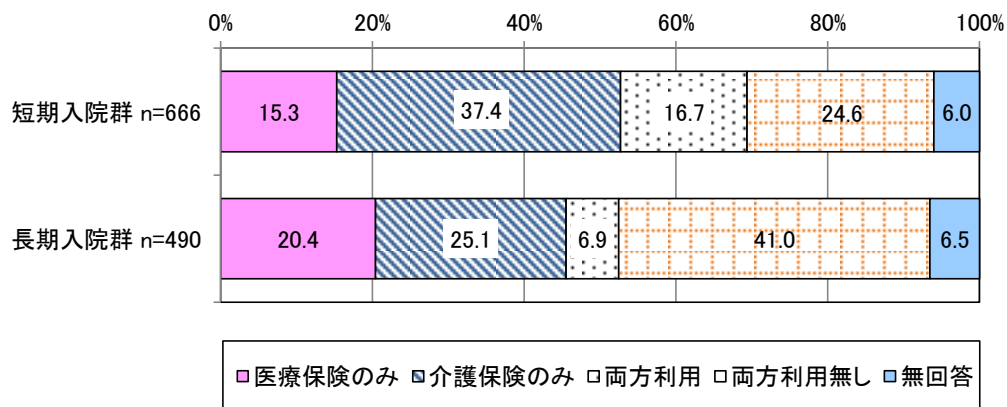


図19 Q14入院前に利用していた主なサービス(入院期間2群別、医療側回答のみ)

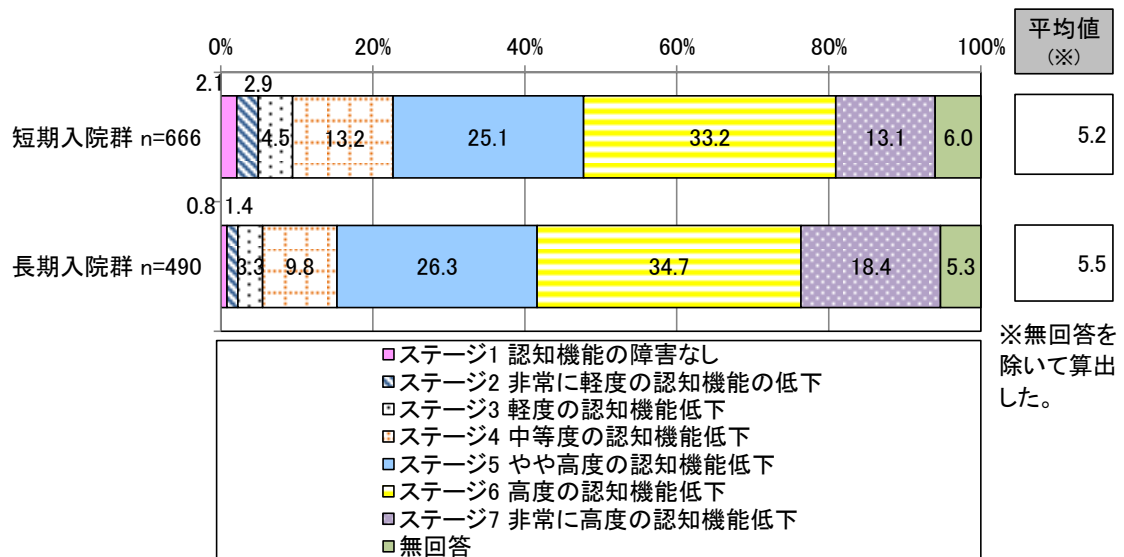
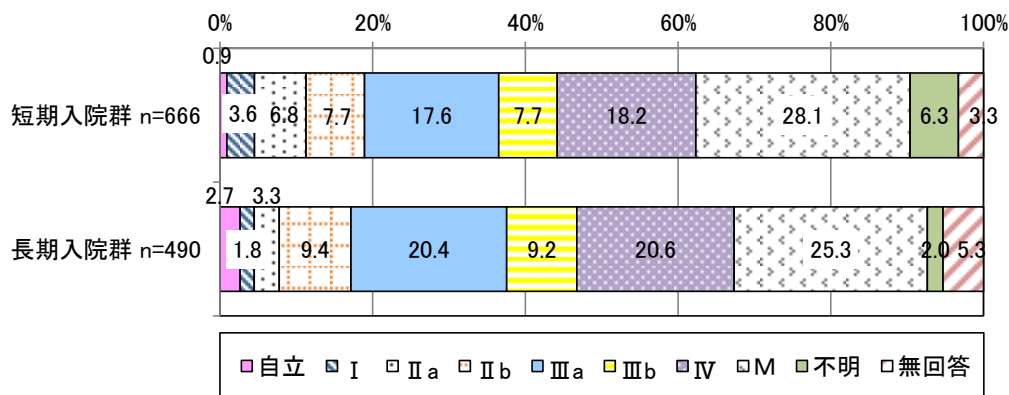
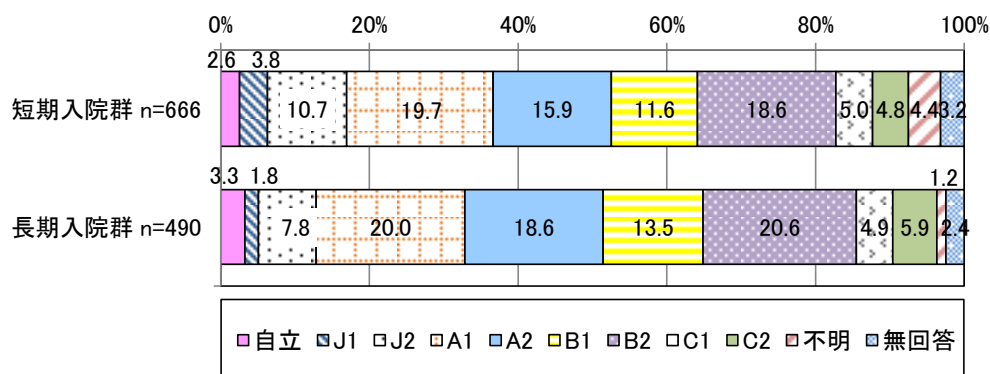


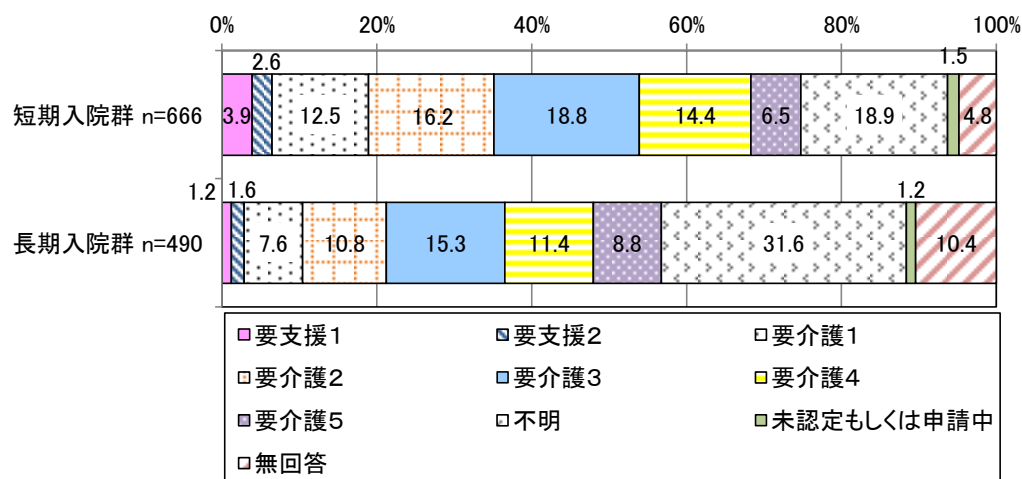
図20 Q17認知症の重症度 (入院期間2群別、医療側回答のみ)



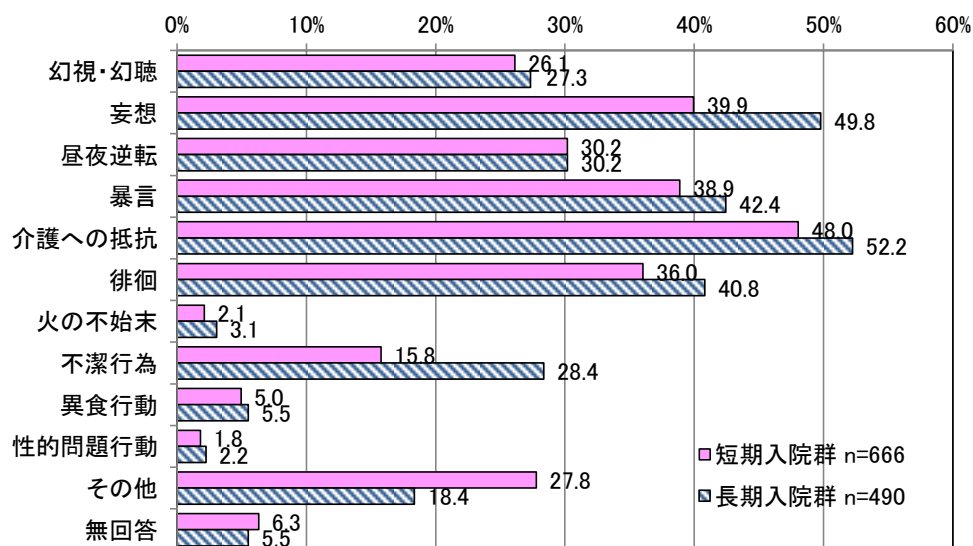
補足図 表5-Q10認知症高齢者の日常生活自立度 (入院期間2群別、医療側回答のみ)



補足図 表5-Q11障害高齢者日常生活自立度 (入院期間2群別、医療側回答のみ)



補足図 表5-Q12要介護度(入院期間2群別、医療側回答のみ)



グラフ中の値は回答者数(n数)に占める当該回答の割合

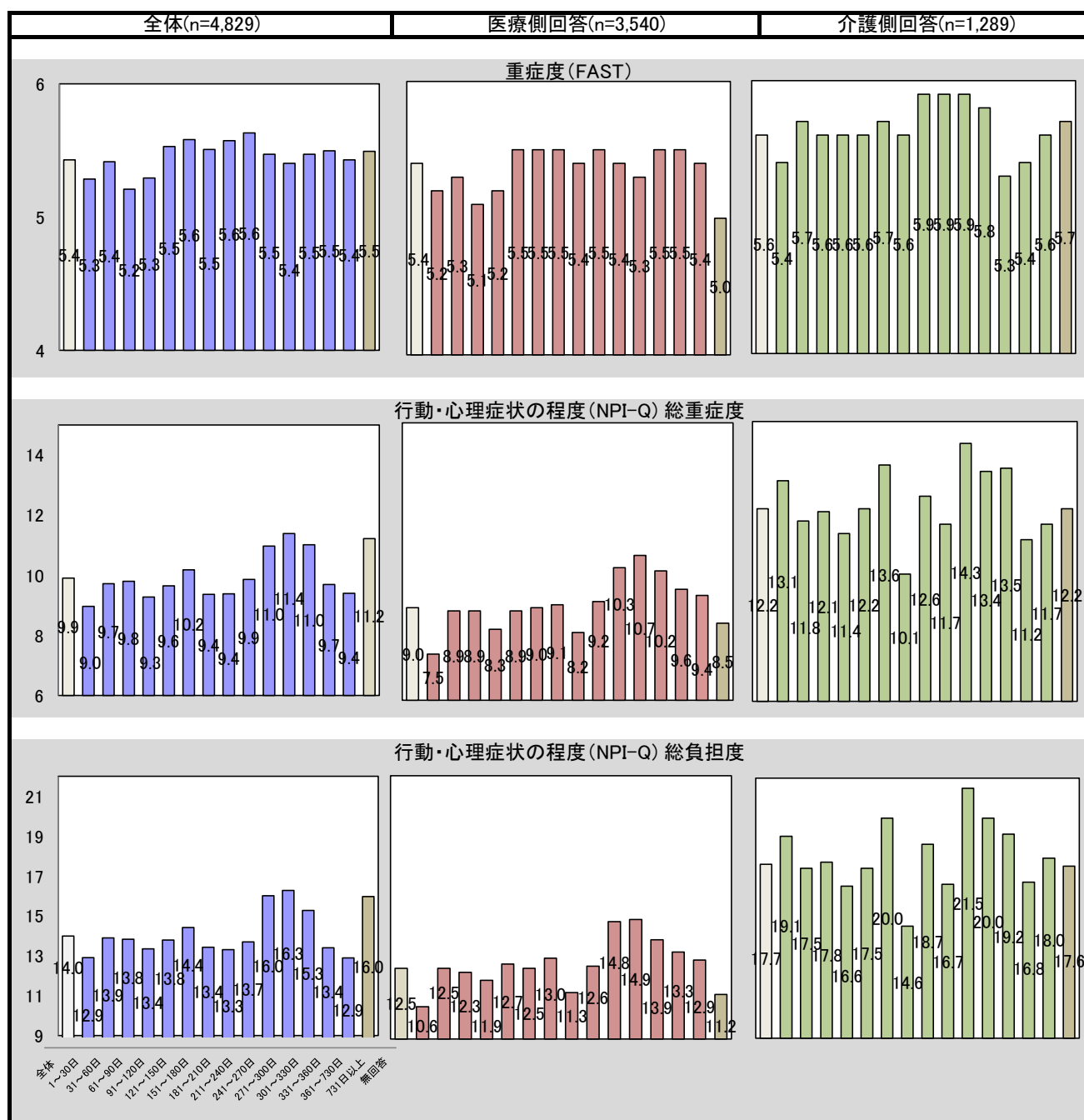
補足図 表5-Q18認知症の周辺症状「有り」の割合(複数回答)(入院期間2群別、医療側回答のみ)

表7 入院日数と認知症の重症度 (FAST)、NPI-Q 症状の総重症度・総負担度の相関

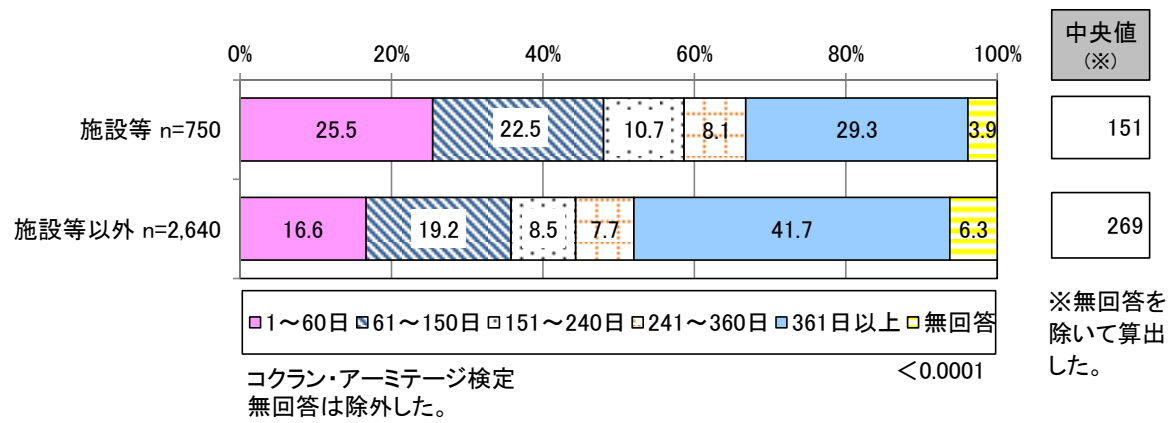
	P値		相関係数
重症度 (FAST).(全体)	0.0057	**	0.05
重症度 (FAST).医療側回答	0.0001	***	0.07
重症度 (FAST).介護側回答	0.3210		0.04
総重症度(全体)	0.5733		0.01
総重症度.医療側回答	<0.0001	***	0.08
総重症度.介護側回答	0.7796		0.01
総負担度.(全体)	0.3977		-0.01
総負担度.医療側回答	0.0022	**	0.06
総負担度.介護側回答	0.9282		0.00

相関分析
無回答は除外した。

***P<0.001, **P<0.01



補足図 表7に関するグラフ



自宅(独居以外) : 夫婦のみ、夫婦と子、本人と子のみ、その他同居者ありの合計
 施設等 : 認知症対応型グループホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、老人ホーム(介護付有料、養護、軽費)、サービス付き高齢者向け住宅、その他施設の合計
 医療機関 : 一般病床、療養病床、その他病床の合計

図21 Q9入院前の居所と入院日数(医療側回答のみ)

資料編

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成25年度 第1回)

— 議事次第 —

日時：平成25年9月9日（月）
18:00～20:00
場所：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間

- 1. 開会
- 2. 挨拶
- 3. 議事
- (1) これまでの整理と今後の進め方について
- (2) 議論の出発点となるデータ・実態の把握
- (3) 認知症の人の精神科病院への入院の実態について
- 3. 閉会

【資料1】
【資料2】
【資料3】

<配布資料>

- 議事次第
- 委員名簿・座席表
- 資料1 研究会の開催予定
- 資料2 精神科病院に係る各種統計データ
- 資料3-1 河崎委員提出資料
- 資料3-2 鴻江委員提出資料
- 資料3-3 助川委員提出資料
- 資料3-4 内藤委員提出資料
- 資料3-5 宮島委員提出資料
- 参考資料 精神科病院へ入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業 報告書

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

<五十音順、敬称略>

委員		
座長	大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長
副座長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長
委員	新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会 理事長
	石田 光広	稲城市役所 福祉部長
	大内 尉義	一般社団法人日本老年医学会 理事長
	河崎 茂子	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 代表理事
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長 (理事)
	齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
	助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
	高見 国生	公益社団法人 認知症のひと家族の会 代表理事
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
	新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
	野澤 和弘	株式会社 毎日新聞社 論説委員
	三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
	宮島 渡	全国小規模多機能居宅介護事業業者連絡会 副代表
	森 啓	日本認知症学会 理事長
	山崎 學	公益社団法人 日本精神科病院協会 会長

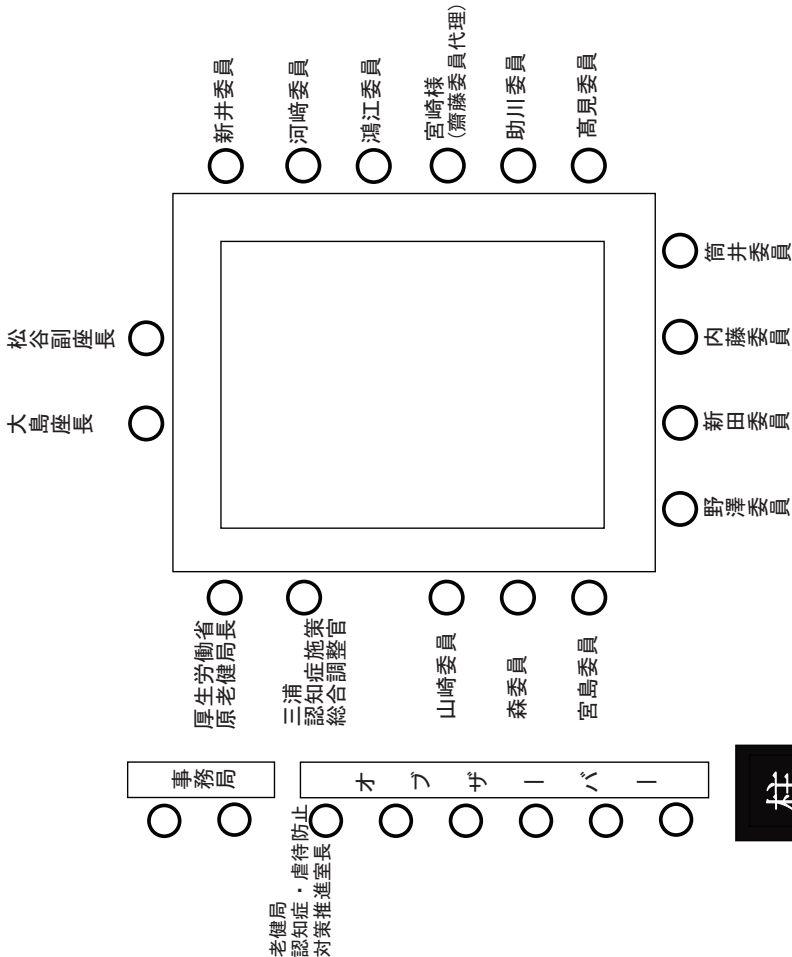
オブザーバー	
原 勝則	厚生労働省老健局長
三浦 公嗣	厚生労働省認知症施策総合調整官・大臣官房技術総括審議官
北島 智子	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
勝又 浜子	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

日時：平成25年9月9日（月）

18:00～20:00

場所：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間



出入口

随行者席

報道・一般傍聴席

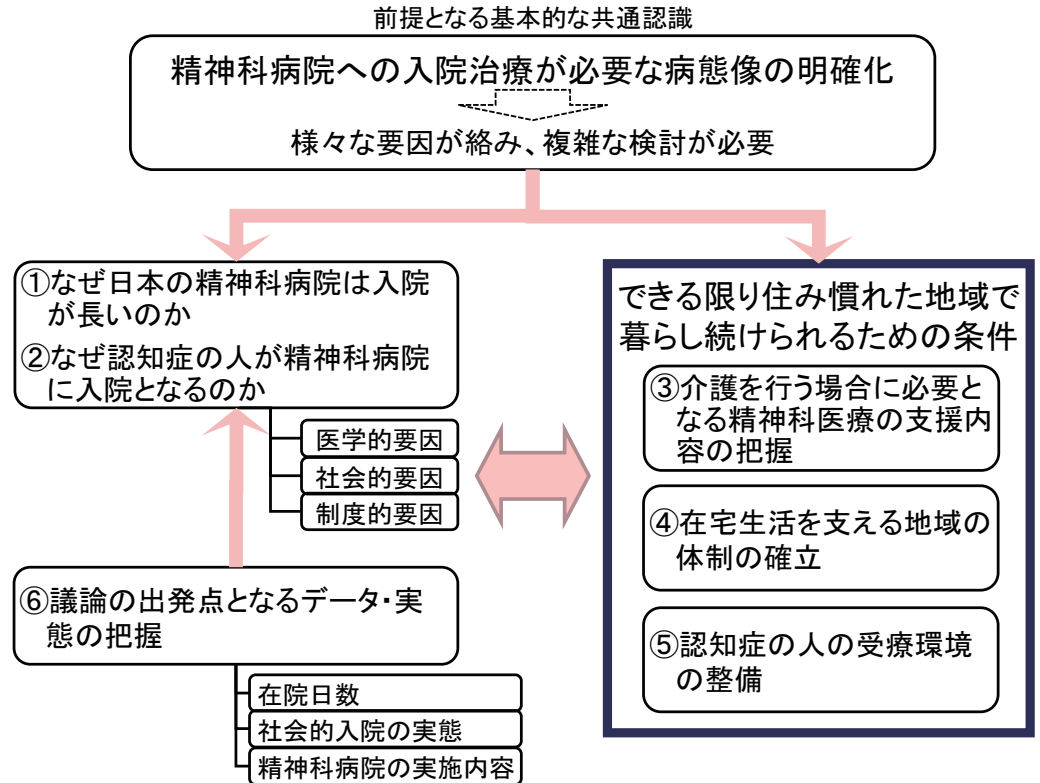
資料1

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
平成25年度 第1回

研究会の開催予定

1. これまでの整理

- 昨年度は「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方」について自由に議論
- 議論の結果、主な論点は、概ね右図の様に整理された
- 今年度は、これらをテーマとし、5回に分けて順に議論・意見集約



1

2. なぜ入院が長いのか（昨年度の主な議論の整理）

- 次の①～③の要因が複雑に絡み合っているものと考えられる。

①精神科病院に入院してくる患者の状態により治療に時間を要するという医学的要因があるのではない	●過剰な抗精神病薬投与が原因で入院してきた患者は、まずその薬を抜くことから治療が始まるため、日数を要する。 ●激しいBPSDの長期化、あるいは身体的な合併症があって摂食面での機能の衰退があると入院が長期化してしまう
②医学的要因に依らない、社会的要因も大きいのではない	●在宅生活を支える資源がない（不足している）。 ●家族負担、介護負担が大変なので在宅療養ができない。 ●都市部だけではなく地方でも老老介護の世帯や独居高齢世帯が増えている。 ●サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）や有料老人ホームで、増え続ける認知症の方々、特に重度の方を受け入れられる体制にあるかという点と難しい。 ●認知症状が出現し家族の負担が増えてきた時には、地域の介護と外来ではなく訪問診療のような精神医療があれば、地域の中で支えられるのではない。 ●精神科に入院している認知症の人は、いろんな事情で遠くから入院してきた方も結構含まれていて、退院支援が難しい状況もある。 ●入院して認知症の治療を受けている人はごく限られていて、あとは生活の場で、介護職だけでなく医療職も含め様々な人達がある中で生活できるのではない。
③制度的要因もあるのではない	●入院制限をつけている病院は平均入院日数が短く、精神科病床は3ヶ月で追い出さないので結果として入院期間が長くなる（長くなる人が精神科病院に集まりやすい）。 ●認知症の人の居る所が国によって異なるが、日本では薬物中毒・認知症・統合失調症等全て精神科病院で引き受けている。

2

3. 今年度の予定

- 限られた期間・回数で比較的テーマも幅広いことから、各テーマについてはその回にて極力完結（別の回で同じ議論は避ける）

回	時期(予定)	議事(予定)
1	9月9日	(1)これまでの整理と今後の進め方[テーマ①] 今年度のテーマ・スケジュール・進め方等の確認 (2)議論の出発点となるデータ・実態の把握[テーマ⑥]（その1） 委員・関係者からのデータ・事例等の紹介、確認 (3)認知症の人の精神科病院への入院の実態について[テーマ②] 委員・関係者からの事例等の紹介と、それらを受けての議論
2	10月中旬	(1)議論の出発点となるデータ・実態の把握[テーマ⑥]（その2） 委員・関係者から、精神科病院の標準的な治療内容等の紹介、確認 (2)認知症の人の受療環境（在宅生活を行う場合に必要な身体合併医療）とは[テーマ⑤] 委員・関係者からの実態報告・紹介と、それらを受けての議論
3	11月下旬	(1)精神科病院への入院治療が必要な病態像について (2)介護を行う場合に必要となる精神科医療の支援内容について[テーマ③]
4	12月上旬	(1)在宅生活を支える地域の体制の確立[テーマ④] 主に介護サービス側の関係委員による提案等 (2)各テーマでの議論等を踏まえたとりまとめ これまでの検討結果の整理（構成・骨子等）の確認
5	1月上旬	(1)検討・整理結果（成果）の確認 (2)今後に向けて ※意見があれば

4. 作業部会による集中検討

- 精神科病院への入院が必要な認知症の人の病態像は、大人数の研究会で取りまとめるのは難しいことから、学識の専門家を中心とした小人数の作業部会を別途設け、集中的に議論・整理
- 作業部会では、実態データや臨床的観点をベースとしつつ、介護関係者等の意見も参考にした整理を行い、その結果を研究会に報告
- 1回目の研究会(9/9)終了後、介護関係者等からの意見聴取、アンケート調査結果等に基づく集中討議を経て、3回目(11月下旬を予定)の研究会に報告

【メンバー】

部会長	松谷有希雄 副座長
部会員	日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本認知症学会、日本精神科病院協会、日本介護支援専門員協会、有識者（各1名）

回	時期(予定)	議事(予定)
1	9月中～下旬	作業の流れ・分担・スケジュール等の確認 介護関係者等からの意見聴取 病院向け、介護・福祉事業所向けアンケート調査票の設計
-	10月前半	アンケート調査の実施
-	10月後半	調査結果の入力・集計
2	11月上旬	調査結果の確認 調査結果データを踏まえた作業部会案の取り纏め（研究会への報告内容の確定）

前回の検討会で必要とされたデータ

I. 精神科病院での在院日数に関して

		資料番号
1	病棟別での在院日数	I-1
2	(前回研究会「参考資料1」)「『新たな地域精神医療の構築に向けた検討チーム2R』追加調査」データに関して)母集団の入院患者の病棟・病床	I-2
3	(前回研究会「参考資料1」)山崎委員要望のデータ	I-3
4	(前回研究会「参考資料1」)「認知症入院期間の国際比較」データに関して)OECDヘルスデータにおける日本のデータ欠損理由	I-4
5	(前回研究会「参考資料1」)「認知症入院期間の国際比較」データに関して)OECDヘルスデータの元の統計表、及び各国の定義	
6	認知症患者の居場所の分布(国際比較)	無

II. 精神科病院における社会的入院の実態

1	認知症の入院患者のうち、社会的入院とみられる患者の数や割合	II-1
2	認知症の入院患者の在院日数	II-2
3	認知症の入院患者のうち、社会的入院とみられる入院患者の在院日数	II-2
4	認知症の入院患者の主たる入院理由/退院できない理由	II-3

III. 精神科病院での治療内容

1	具体的な治療内容	無
2	主な治療内容ごとの、治療の密度・頻度	
3	主な治療内容ごとの、平均的所要日数	
4	主な治療内容ごとの、専門性・特性、精神科病院でしか提供不可能か否か、入院でしか提供不可能か否か	

IV. 精神科病院に入院する理由の実態

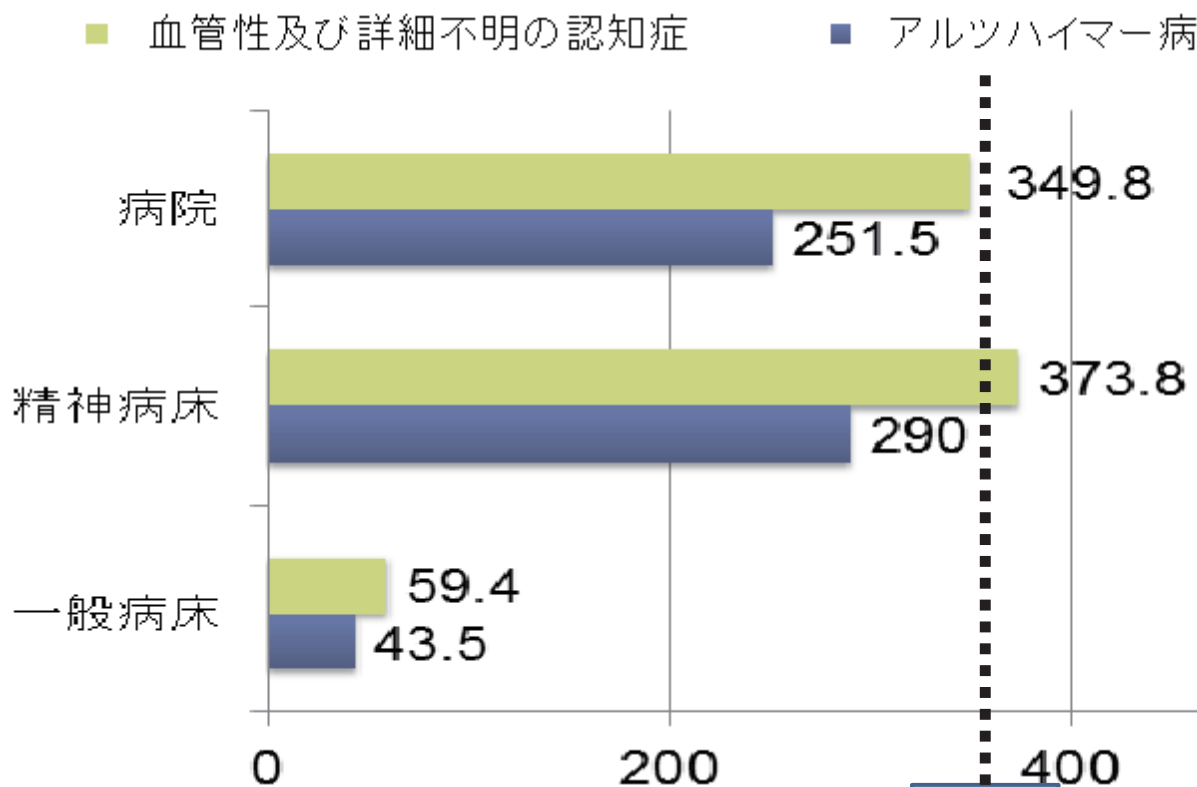
1	精神科病院に入院する認知症患者の、入院前の居所	IV-1,2
---	-------------------------	--------

1

資料番号 I-1

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
平成25年度 第1回

病床種類別の認知症入院患者の平均在院日数



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料:平成23年患者調査

2

資料5

精神病床における認知症入院患者に関する調査 概要

1 目的

精神科病院における認知症入院患者に対する医療の状況、患者の状態等について、既存の調査では把握されていない点について詳細に把握し、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおける検討資料とする。

2 調査対象

認知症治療病棟入院料1（6病棟）、認知症治療病棟入院料2（1病棟）
精神病棟入院基本料（1病棟）、精神療養病棟入院料（1病棟）、
老人性認知症疾患療養病棟（1病棟）の計10病棟（9病院）、計454人の認知症患者

3 調査方法

- (1)調査期間 平成22年9月27日～10月4日（調査日：平成22年9月15日現在）
- (2)調査方法 調査票によるアンケート方式
- (3)回答者 調査対象病棟の病棟師長（適宜、担当医や精神保健福祉士等と相談）

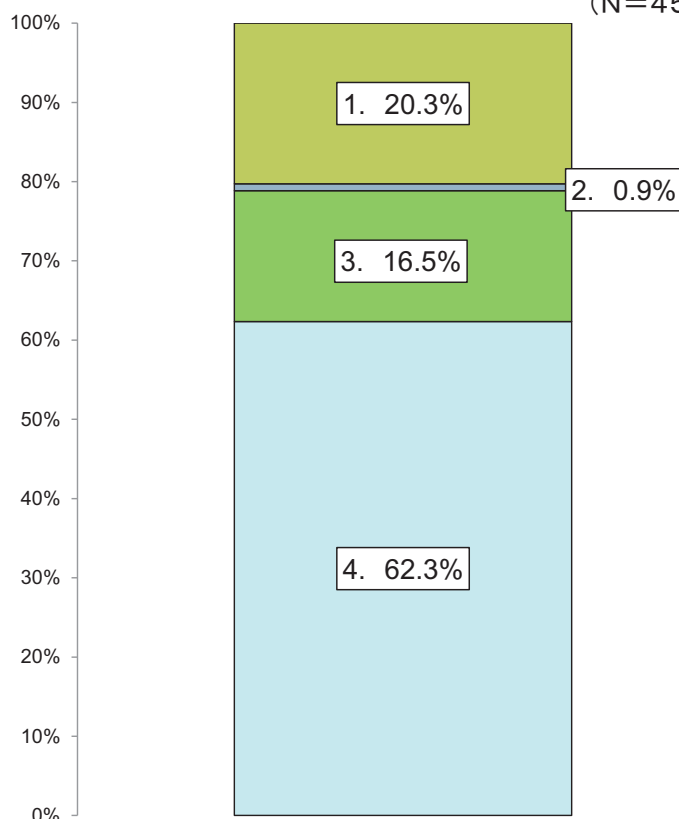
4 調査項目

病棟概要、精神症状等の状況、身体合併症の状況、必要となる居住先・支援等

居住先・支援が整った場合の退院の可能性

(N=454)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6ヶ月以内）には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来（6ヶ月以内）には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない



OECDデータに日本が入っていない理由等

- OECDの定義と一致するデータを取っていないため。
- 患者調査における平均在院日数とは調査期間中(H23/9/1~30)に退院した患者の在院日数の平均
- OECDの入院期間の定義: Average length of stay (ALOS) is calculated by dividing the number of bed-days by the number of discharges during the year (see definitions for bed-days and discharges).

A bed-day (or inpatient day) is a day during which a person admitted as an inpatient is confined to a bed and in which the patient stays overnight in a hospital.

Inclusion

- Bed-days in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2), and other specialised hospitals (HP.1.3)

- Bed-days of healthy newborns

Exclusion

- Day cases

Notes

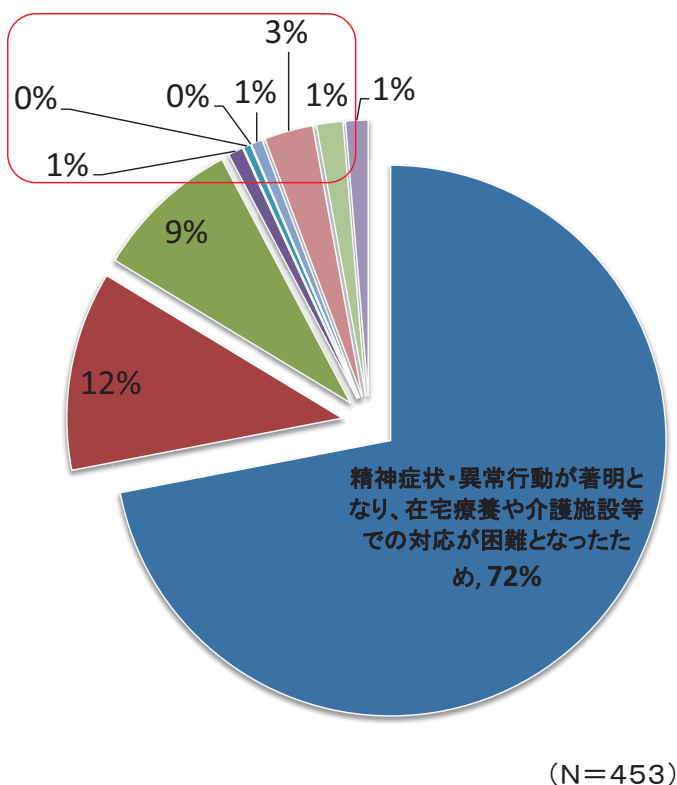
- The number of bed-days should be counted as the date of discharge minus the date of admission (for example, a patient admitted on the 25th and discharged on the 26th should be counted as 1 day).

Hospital discharge is defined as the release of a patient who has stayed at least one night in hospital. It includes deaths in hospital following inpatient care. Same-day discharges are usually excluded, with the exceptions of Chile, France, Korea, Norway, Poland, the Slovak Republic, Turkey and the United States which include some same-day separations.

Healthy babies born in hospitals are excluded from hospital discharge rates in several countries (e.g. Australia, Austria, Canada, Chile, Estonia, Finland, Greece, Ireland, Israel, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Spain, Sweden, Turkey). These comprise some 3-6% of all discharges.

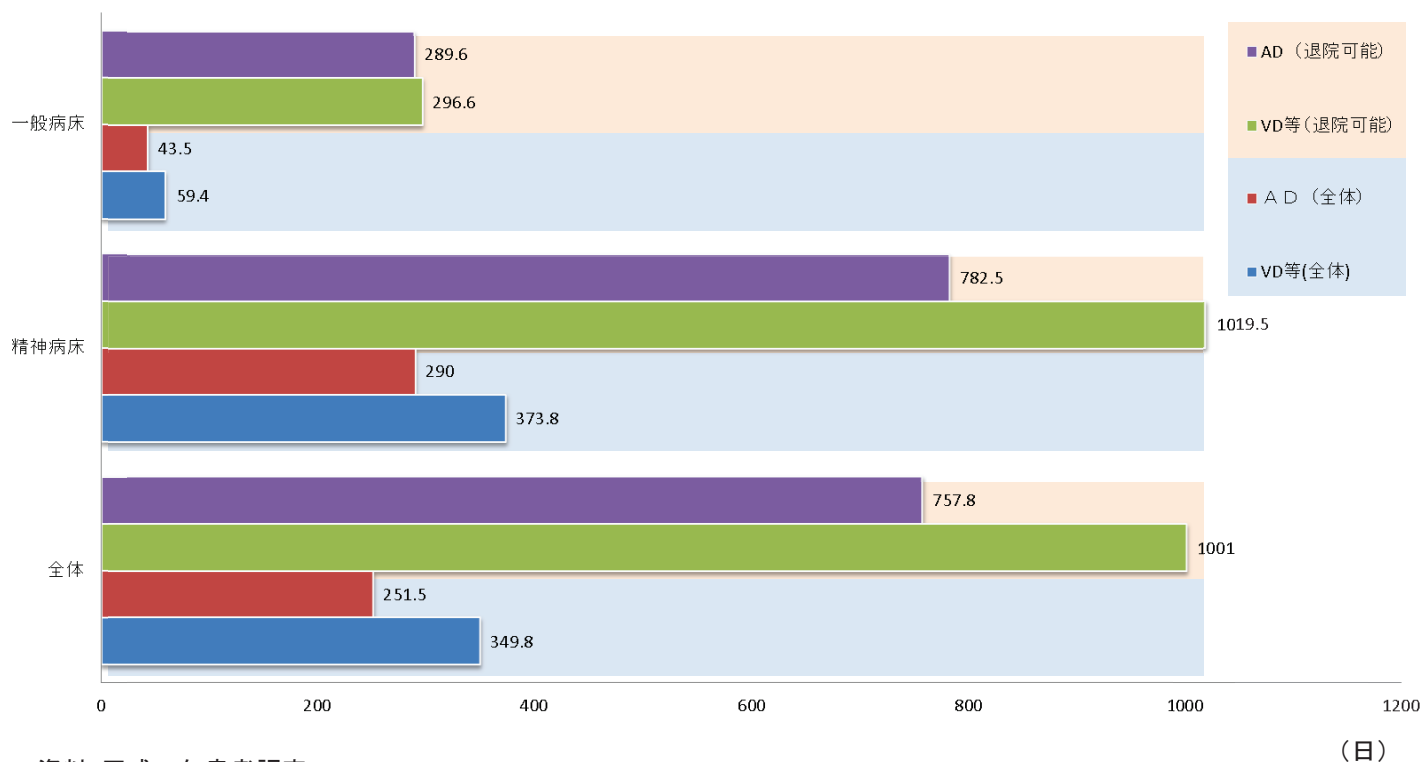
Data for some countries do not cover all hospitals. For instance, data for Denmark, Ireland, Mexico, New Zealand, Poland, Sweden and the United Kingdom are restricted to public or publicly-funded hospitals only. Data for Portugal relate only to public hospitals on the mainland (excluding the Islands of Azores and Madeira). Data for Austria, Canada, Estonia, Luxembourg and the Netherlands include only acute care/short-stay hospitals. Data for Israel and Japan refer to acute care hospitalisations.

精神病床における認知症入院患者の入院理由

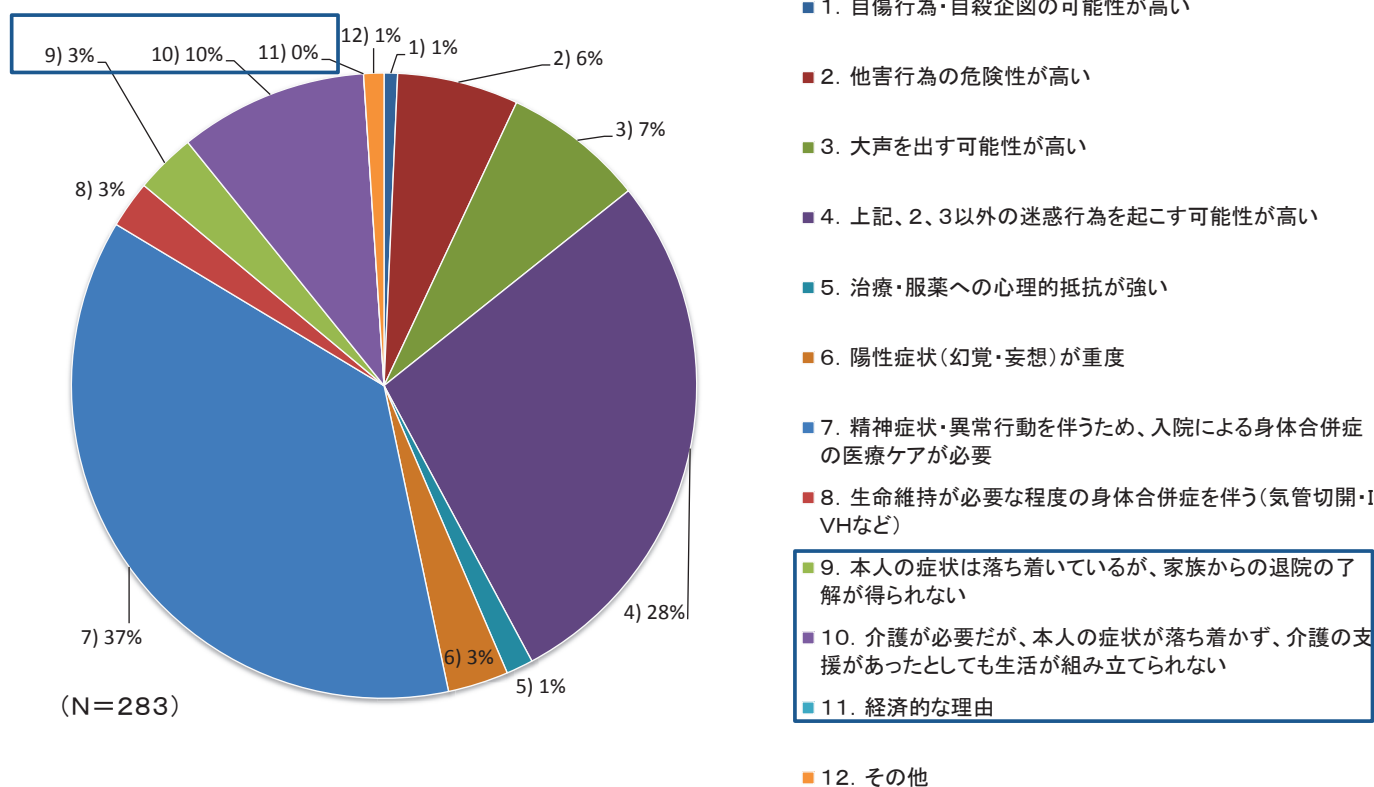


- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要のため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

病床種類別、退院可能な認知症入院患者の平均在院日数比較

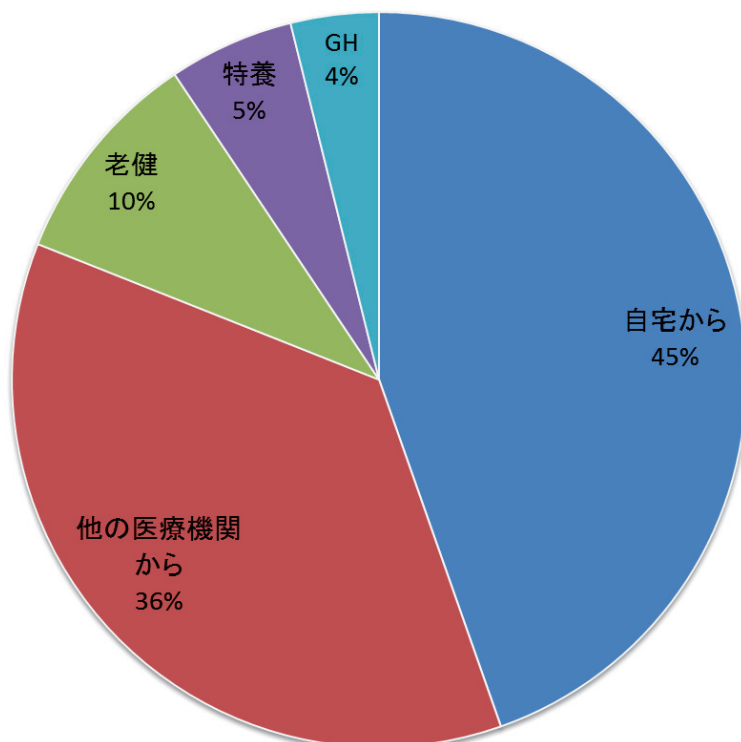


「退院の可能性が無い」群の理由



入院前の居所①

日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全日本病院協会、日本慢性医療協会に属する6,071の病院から2,200を無作為抽出(回収率30%)

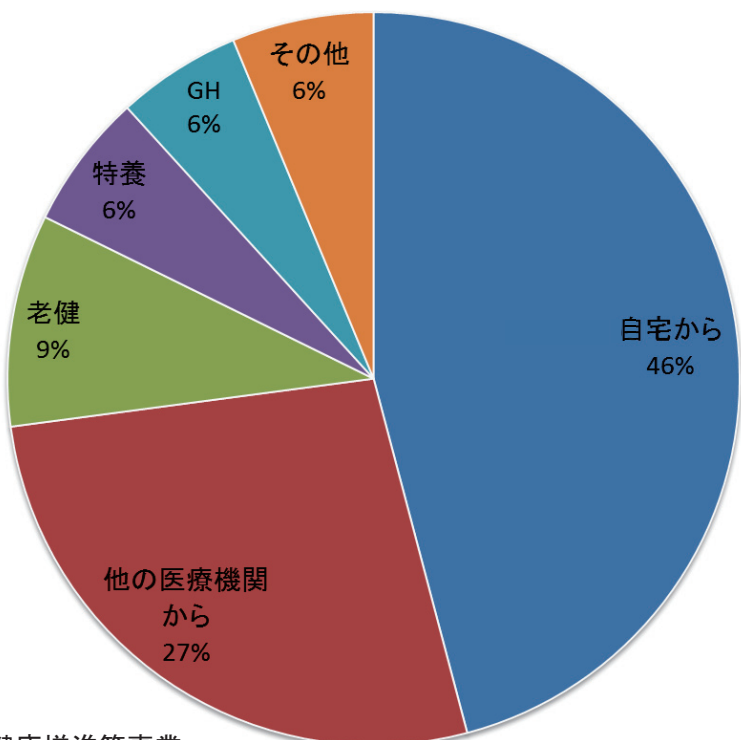


その中で精神病床へ入院した
認知症者のみを抽出
169病院、10,572人

資料: 平成21年度厚生労働科学研究費補助金
疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

入院前の居所②

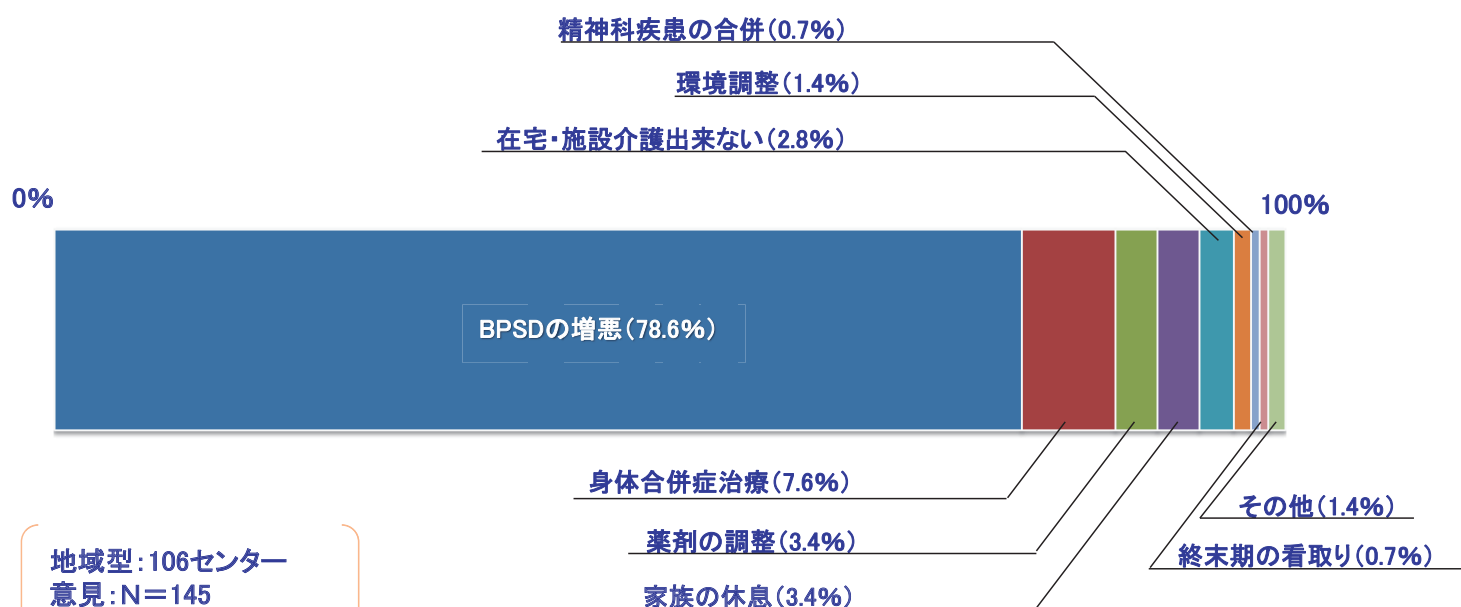
H22年4月1日～9月30日の期間中に入院した者の一部を対象
としたアンケート調査 N=1418



資料: 平成22年度 老人保健健康増進等事業
「認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて」日本精神科病院協会調べ

精神科への入院が必要な状態とはいかなる場合ですか

認知症疾患医療センター 実績報告書(平成24年6月～平成25年5月)
調査対象: 193病院へのアンケート調査
有効回答: 113病院(回答率58.5%)

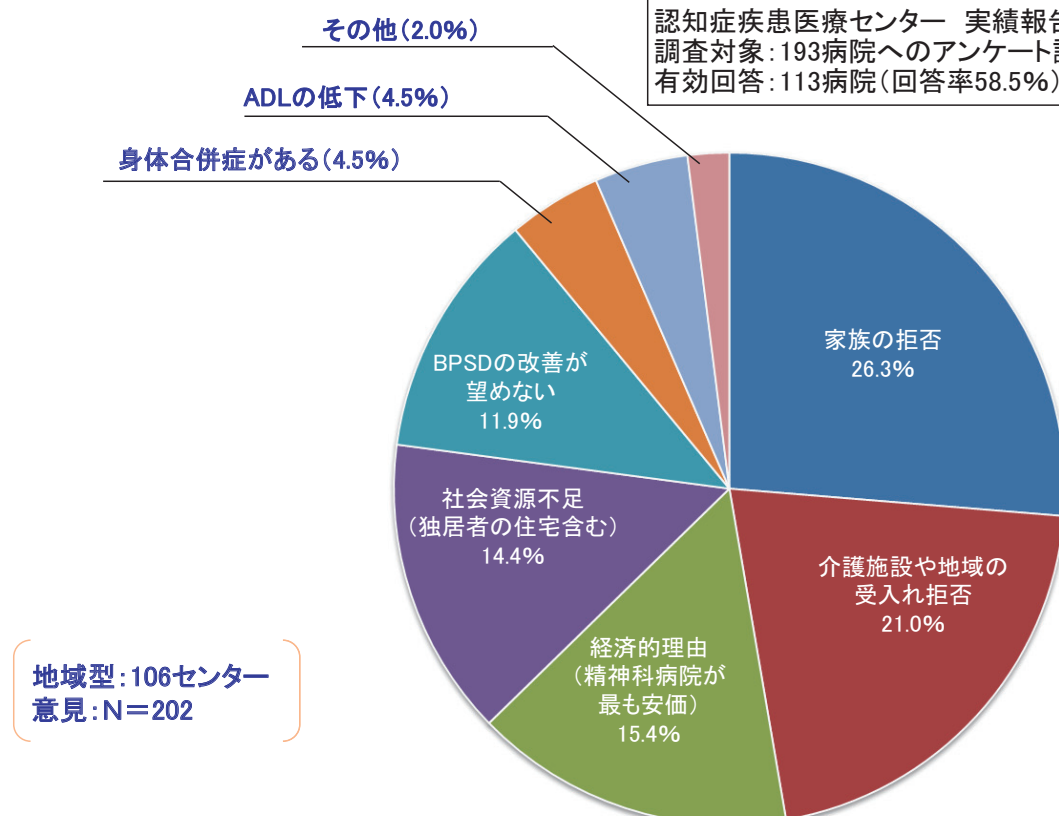


資料: 全国認知症疾患医療センター連絡協議会(第9回)資料

11

精神科からの退院を妨げる要因

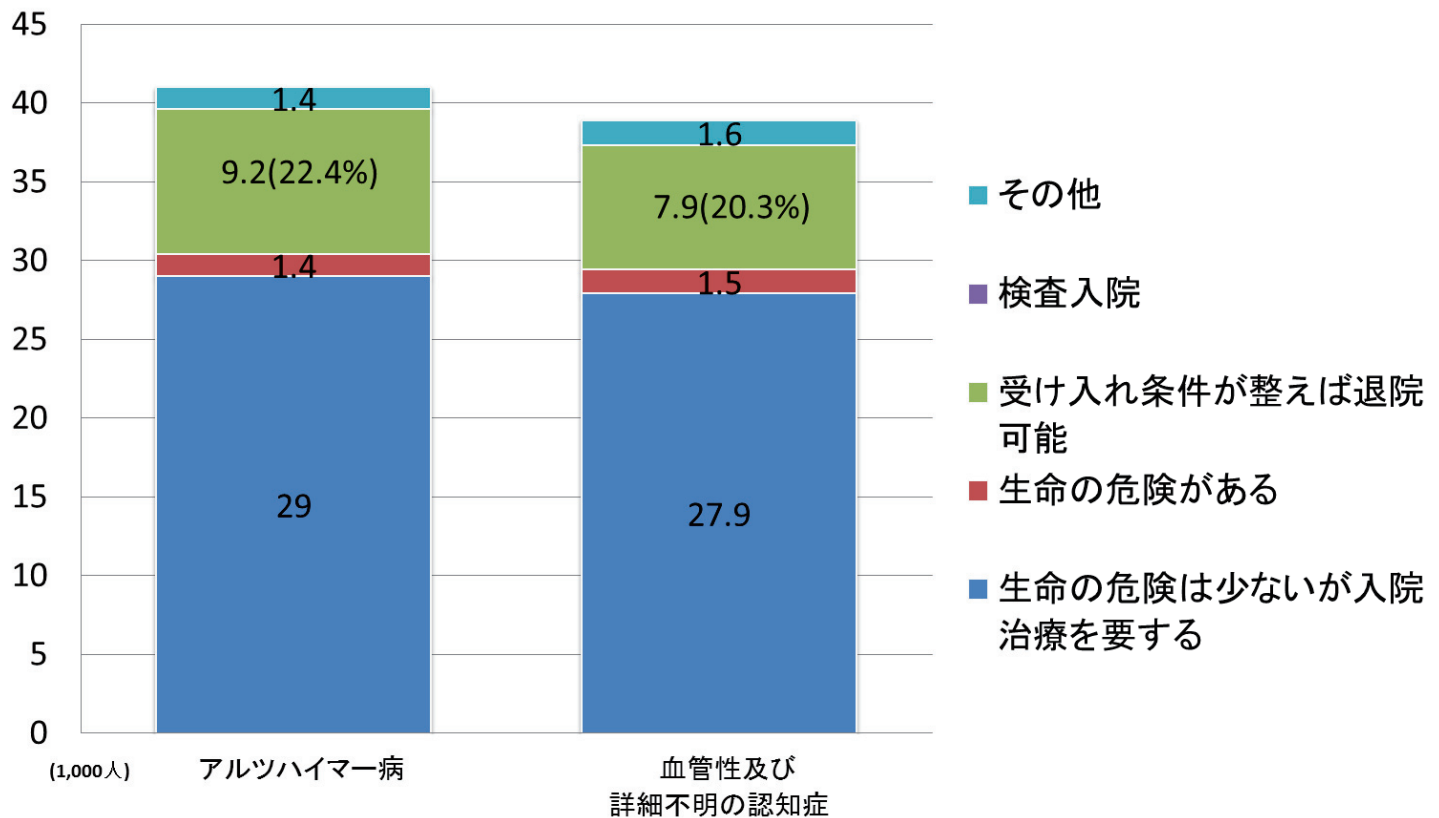
認知症疾患医療センター 実績報告書(平成24年6月～平成25年5月)
調査対象: 193病院へのアンケート調査
有効回答: 113病院(回答率58.5%)



資料: 全国認知症疾患医療センター連絡協議会(第9回)資料

12

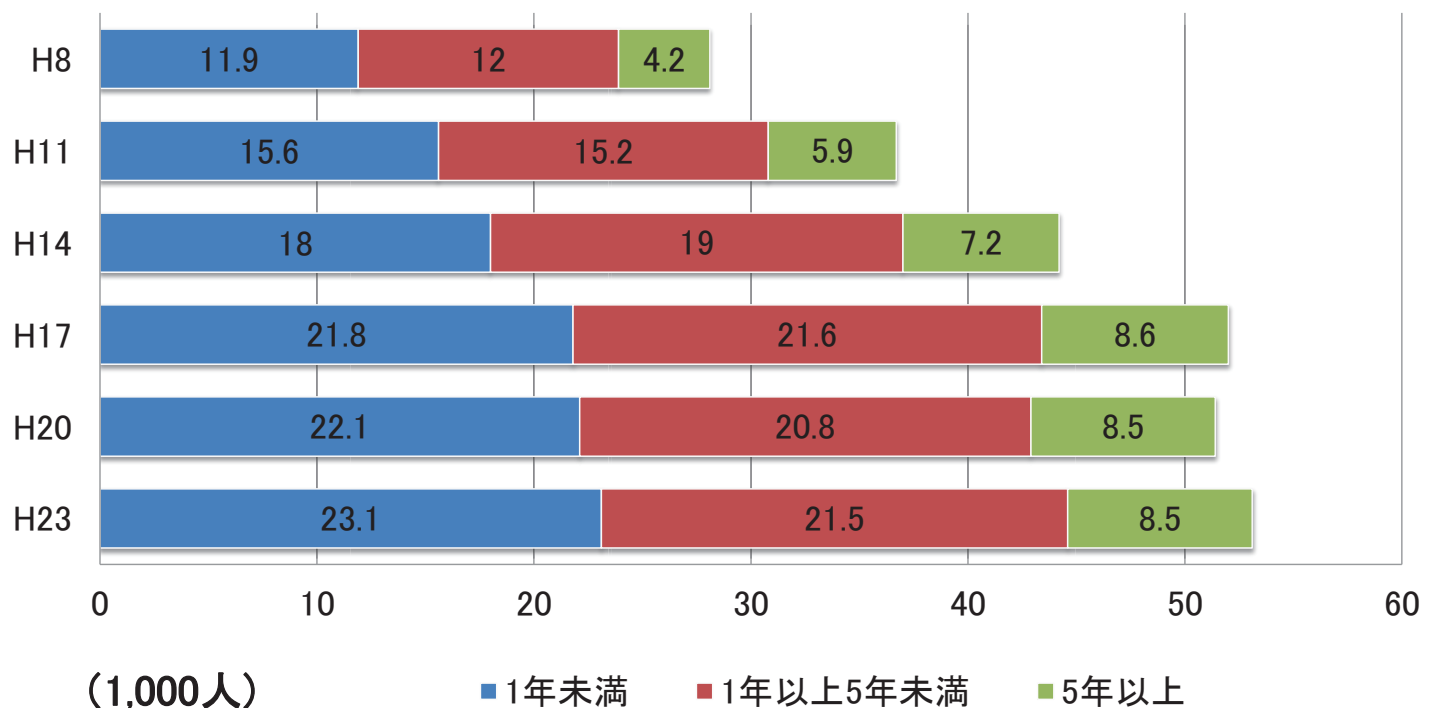
認知症患者の入院の状況(全病院)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料: 平成23年患者調査

13

認知症在院日数別年次推移(精神病院)

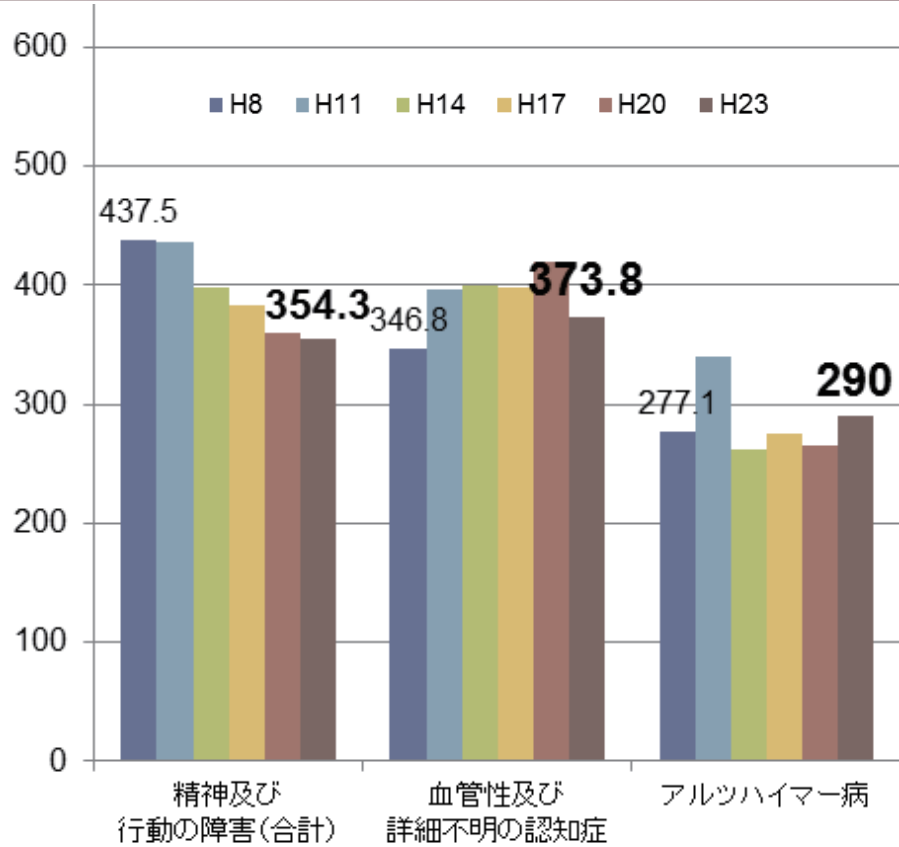


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料: 平成23年患者調査

14

資料11

疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料:平成23年患者調査

認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月末現在)

○平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。
○居場所別内訳を以下に示す

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

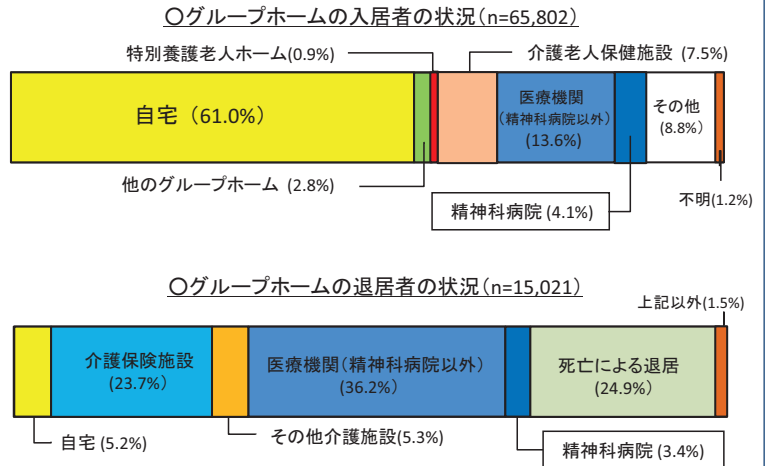
(単位:万人)

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない
※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。
※端数処理の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

認知症グループホームと精神科医療に関する状況

1. グループホームの入退居の状況

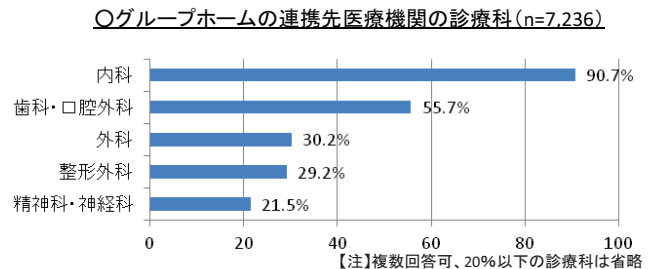
- 入居前の居所を見ると、「自宅」が61.0%と最も多く、次いで「医療機関（精神科病院以外）」が13.6%であり、「介護老人保健施設」が7.5%となっている。
- 「精神科病院」からの退院による入居は4.1%となっている。
- 退居先を見ると、「医療機関（精神科病院以外）」が36.2%と最も多く、次いで「死亡による退居」が24.9%であり、「介護老人保健施設」が23.7%となっている。
- 「精神科病院」への入院による退居は3.4%となっている。



【出典】富士通総研「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」（平成25年3月）

2. グループホームの連携先医療機関の状況

- 連携先医療機関の診療科を見ると、「内科」が90.7%と最も多く、次いで「歯科・口腔外科」が55.7%であり、「外科」が30.2%となっている。
- 現在連携している医療機関のうち、「精神科・神経科」は21.5%の事業所が連携している。



【出典】「認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書」（平成25年3月）

認知症グループホームと精神科医療の連携に関する事例

1. グループホーム入居中に精神科病棟に入退院した事例

【病名】

- アルツハイマー型認知症、大脳多発性脳梗塞

【入院の理由】

- 入居から半年後、転倒したことをきっかけに、昼夜を問わず、「痛い。殺される。」といった大声での言動など精神症状が著明となった。特に夜間は他の入居者への影響が大きくなり、一定期間は夜勤者2名で対応した。
- 協力医療機関の精神科医の往診により、早急に専門医の診断が必要との指示があり、入居前の主治医の精神科に受診する。受診時にはグループホームの様子を観察した時系列的なメモを用いて説明した。診断の結果、精密検査と向精神薬の服薬調整が必要とのことで精神科病棟に2カ月間の入院となった。

【退院後の支援と経過】

- 退院後、病院からの指示書をもとに、協力医療機関の精神科医とグループホーム側でカンファレンスを行い、服薬内容の調整と職員の対応（不安を抱かせないように入浴・トイレ介助には2人対応し、常に職員が傍にできるようにするなど）について意思の統一を図った。
- 退院後も大声や大きな音を立てるなどの行動は継続していたが、精神科医の定期的な往診、服薬調整、及び職員の個別的、統一的な対応によって漸次頻度は減少し、他の入居者との共同生活を送れるまでになった。

2. 精神科病棟退院後、グループホームに入居した事例

【病名】

- アルツハイマー型認知症

【入居前の状況】

- 自宅で妻と2人暮らしをしていたが、妻の入院をきっかけに妄想が出現。徐々に訴えも切迫したものとなり、長男に包丁を向けるなど精神症状が著明となったため、精神科身体合併症病棟に医療保護入院となる（4か月入院）。入院中、一時は隔離室や身体拘束などの行動制限もとられたが、薬物治療によって精神症状も安定し、退院後グループホーム入居となった。

【入居後の支援と経過】

- 入居後、際だった妄想や暴力行為等はみられなかったが、しばらくした後、夕食後に表情がない、動けない、呂律が回らないなどの状態がしばしばみられるようになった。
- 夕食後、抗精神病薬を服用していたため、家族とともに主治医にグループホームでの日頃の状況を伝え、抗精神病薬の服用について相談した。入院中の状況から主治医は服薬の調整に慎重であったが、受診の都度、日頃の状況を報告し、半年後、抗精神病薬を1/2に減量することになった。
- 抗精神病薬の減量とともに、帰宅願望に対しては職員が一緒に家まで帰ったり、庭の水やりなど日常生活の中で役割意識を持っていただけのように努めた。また、カッとした時には、事前に職員が介入したり、話をじっくり聞くことによって、他者とのトラブルになることを未然に防いだ。
- その後も精神症状に変化はみられなかったため、主治医との相談の結果、抗精神病薬の服用を半年後に1/4に、1年後には中止することになった。

5 看取りの実施について

	施設数	割合
実施している	112	84%
実施していない	21	16%

6 実施施設で看取り加算を取得しているか

	施設数	割合
看取り加算取得	77	69%
看取り加算未取得	35	31%

7 看取り加算を取得していない理由

- ・医師との連携、調整が難しい
- ・タミナル中に家族の説明や書類(ケアプラン・看取り同意書等)が間に合わないことが多いため
- ・24時間体制での医療行為の確保ができていないため
- ・体制要件の人員基準を満たしていないため
- ・看護体制が安定しない
- ・協力医師との連携も難しかったため
- ・ターミナルケアは、できる限りのことは行っているが、加算に関しては、看護職員との協議の中で一部成立しない部分があるので、加算は取っていない
- ・看取り介護加算算定要件に沿い看取り介護に務めているが体制、対応において課題を残しているため請求していない。

8 夜間帯(22:00～6:00)に医師為(呼吸吸引・気管カニューレ・酸素療法等)が必要とされる方について

	施設数	割合
いる	100	75%
いない	33	25%

9 「特養におけるケア連携協働のための研修」(14時間)の施設内研修の実施について

	施設数	割合
実施施設	114	86%
未実施施設	19	14%

10 「H23年度 県介護職員等によるたん吸引等研修(不特定多数の者対象)」(50時間研修)の受講について

	施設数	割合
参加施設	50	39%
不参加施設	83	62%

「H24年度 県介護職員等によるたん吸引等研修(不特定多数の者対象)」(50時間研修)の受講について

	施設数	割合
参加施設	41	31%
不参加施設	92	69%

11 介護職員の医行為についての、今後の対応について

	施設数	割合	(施設数)
① 今後も引き続き介護職員を50時間の研修に参加させ、医行為を実施できる職員を年々増やしていく予定。			79
② 医行為については、リスクを伴うため、今後も看護師のみの対応とし、「登録特定行為事業所」とはしない。従って、介護職員の行為の実施並びに50時間研修の受講等は予定していない			5
③ 今後の医行為については検討中。従って、今年度の研修受講等は予定していない。			34
④ その他			29

※その他、意見

- ・看護職員が8名も居るので、わざわざ介護職員に医行為をさせる必要がない。
- ・特養において医療度の高い方のお迎えとこまで受け入れるかは、施設の方針だが医療行為を出来るだけせずに、生活するための工夫が必要ではないでしょうか。吸引の必要性についても考えることも大切です。介護職員にとっても医療行為をすることによる責任が伴うので知識、技術面も含めもっと整えるべきではないと思います。
- ・14時間研修で取得できる医行為の内容で十分であるので再開したい。
- ・50時間研修は参加可能な人数を1～2名に限られ、実地研修が困難である。
- ・現場で働きながら50時間研修は、なかなか厳しい。
- ・①を目標に考えていますが、現場や職員勤務ローテーションを考えると、研修実施が困難。毎年介護福祉士の試験を当該施設職員が数名受験していますが、そのカリキュラムに導入されれば良いかと考えます。
- ・対象者となる気管カニューレし使用者がいない。現在①の予定であるが実地研修実施がむずかしいので考慮中。
- ・現在看取うの利用者や気管カニューレの必要な利用者の方がおられないため実地研修ができない。そのため50時間研修を申し込むこともできなかつた。施設の中で状況や医療との連携地域性が違うなかで、施設内で実地研修を求めるのは難しい。
- ・入所者の重度化に伴ない、介護職員の医行為は必ず必要であるが、50時間の研修に参加させる事は、職員数上かなり困難である。改善策を検討頂きたい。
- ・実地研修で規程の項目をクリアするのは、対象者が居ても家族の許可が得られない等の問題が全国的に生じている。これに対し、区分をもって細かく受講しやすい制度に出来ないものかと思っています。

資料3-2

平成25年度熊本県特養入所者の重度化・認知症に関するアンケート調査結果

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 熊本県老人福祉施設協議会

調査期間 平成25年5月15日～5月29日
調査対象 県内の特別養護老人ホーム 133 施設
回答数 133 施設 (回答率 100 %)
定員総数 8,170 人 (内利用者 8,037 人)

【施設概要】

概要1 居室の現況

	ユニット型個室	従来型個室	2人	3人	4人	個室
部屋数	2,377	698	730	56	936	7

概要2 入所者の介護度について

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
男性	26	123	361	491	463	1,464
女性	140	414	1,189	2,321	2,509	6,573
合計	166	537	1,550	2,812	2,972	8,037
割合	2.1%	6.7%	19.3%	35.0%	37.0%	100%

概要3 介護職員・看護職員数について

	介護職員	看護職員(正看護師准看護師)	合計
配置基準合計	3,300	460	—
正規職員数(a)	2,837	505	283
非正規職員数(b)	1,259	118	30
合計(a)+(b)	4,096	623	252
			371
			4,719

【重度化に関する調査】

	経管栄養等の人数と定員に対する割合	腸ろう	合計
合計	301	695	11
割合	3.7%	8.6%	0.1%
			12.5%

	気管カニューレ	合計
	5	1,012
	0.1%	12.6%

2 医行為が必要な方を受け入れる際の基準の有無について

	基準	ある	なし
施設数	84	49	37%
割合	63%	37%	

(前年度も、ある63%、なし37%と同じ)

3 基準ありの内容

- ・経鼻・経管栄養 在宅酸素、透析等の方については受け入れしない、または人数の制限をしている
- ・インスリン管理が必要な方については受け入れしない、または人数の制限をしている
- ・疥癬・MRSA等の感染者については受け入れない
- ・IVH管理が必要な方は受け入れしない

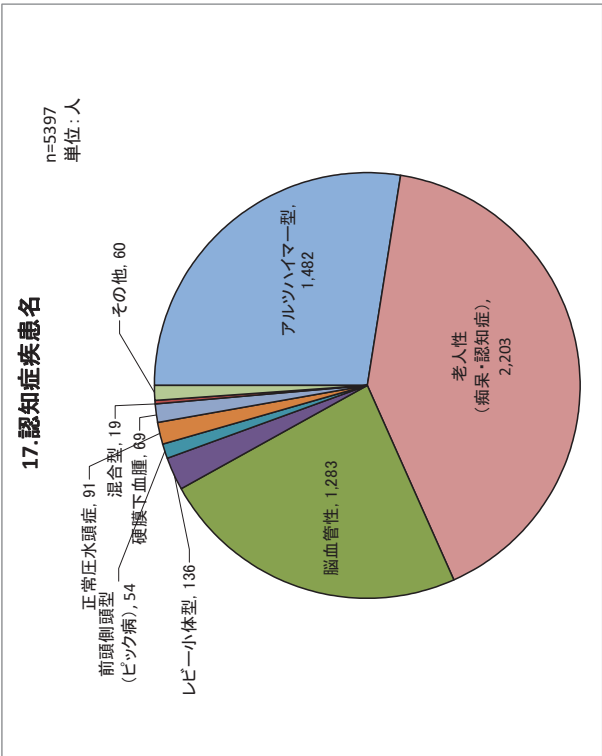
4 実施している医行為とその対象者数(複数回答)

経管栄養 (経鼻・胃ろう)	気管切開	経肺脈栄養 (IVH管理)	換気療法 (インスリン注射)	換気療法 (インスリン注射)	1日に換気5回以上 の経腸吸引	人工呼吸器	MRSA感染症
1,007	5	489	2	89	116	299	0
							66
ストマの管理	点滴の管理	バルーン カテーテル	採血	血糖測定	ネブライザー	褥瘡の手当 (包帯交換)	腎不全等の 腎臓病
38	173	274	1,911	310	87	398	190
							58
悪性腫瘍	褥瘡	間欠導尿	心不全の合併 (ハートキーン異常)	神経障害 (パーキンソン病)	てんかん	褥瘡の予防 (褥瘡予防)	重篤な呼吸性 肺病(肺がん)
155	190	7	397	274	236	102	1,320
							35

痛みの管理 (鎮痛剤の投与等)	その他
498	3

17 認知症疾患名

	アルツハイマー型	脳血管性	レビー小体型	混合型(ゼンク病)	正常圧水頭症	硬膜下血腫	混合型	その他
総数	1,482	2,203	136	1283	91	69	19	60
割合	27%	41%	24%	3%	2%	1%	0%	1%

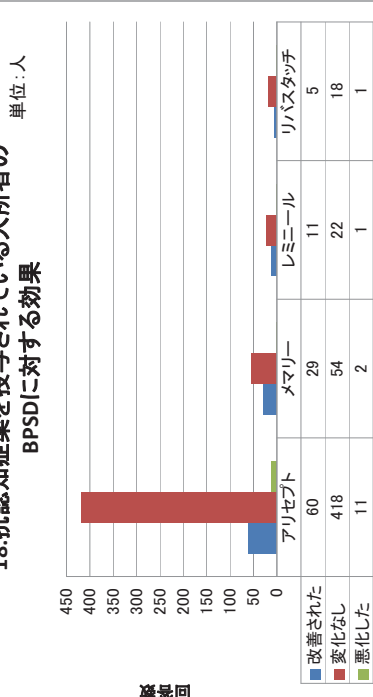


18 抗認知症薬を投与されている入所者の、BPSDに対する効果

状況	アリセプト	メマリ	レミニール	リバスタッチ
改善された	60	29	11	5
変化なし	418	54	22	18
悪化した	11	2	1	1
計	489	85	34	24

* 未使用・未回答 21施設

18. 抗認知症薬を投与されている入所者の
BPSDに対する効果



12 口腔機能維持管理体制加算の取得について

	施設数	割合
取得している	61	46%
取得していない	72	54%

13 口腔機能維持管理加算の取得について

	施設数	割合	人数
取得している	29	22%	1,089
取得していない	104	78%	

14 協力歯科医院について

	施設数	割合
ある	128	96%
ない	5	4%

【認知症に関する調査】

15 認知症高齢者日常生活自立度について

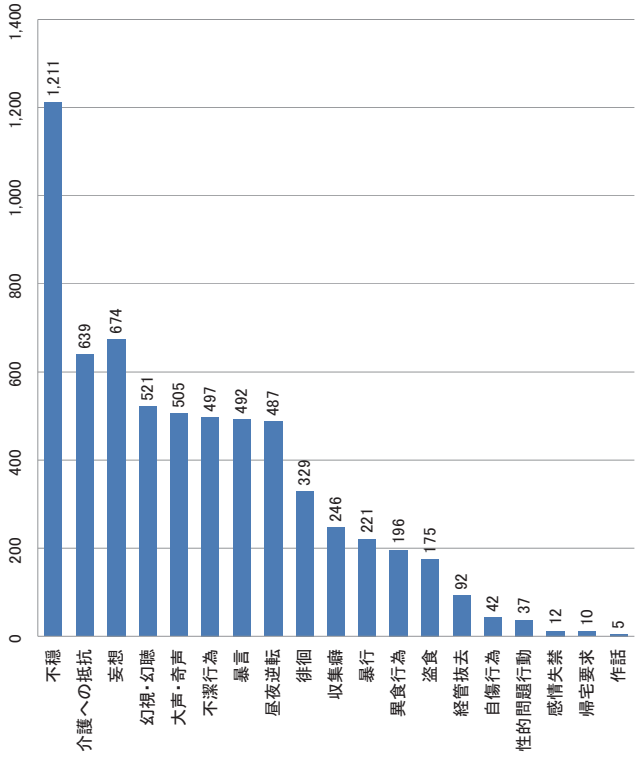
	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人数	126	352	517	935	2,272	1,194	498
割合	2%	4%	6%	12%	28%	15%	6%

16 認知症利用者の方で週1回以上の行動・心理症状 (複数回答)

	不穏	介護への抵抗	妄想	幻視・幻聴	大声・奇声	不潔行為	暴言	暴夜逆転	徘徊
総数	1,211	639	674	521	505	497	492	487	329
割合	19%	11%	10%	8%	8%	8%	8%	8%	5%

	収集癖	暴行	異食行為	盗食	経営除去	自傷行為	性的問題行動	感情失禁	帰宅要求	作話
総数	246	221	196	175	92	42	37	12	10	5
割合	4%	3%	3%	3%	1%	1%	1%	0%	0%	0%

16. 認知症利用者の方で週1回以上の行動・心理症状 単位：人
(複数回答)



23 認知症ケアに関する取組み

- ・ 昼間の活動を多くしている。 ・ レクリエーション(音楽や回廊療法、ゲーム等) ・ 季節をとり入れた行事
- ・ アニマルセラピー オヤツ作り等作業療法
- ・ 権利より委員会による年2回の学習会の開催をし、対応の仕方の学習をしている。
- ・ 認知症ケアに関する研修に参加をし、職員への学習会を行っている。
- ・ 問題行動に対して個別ケアとケアプランで検討し、対策を行なっている。
- ・ 施設内で認知症についての研修を2回/年実施したり外部研修に参加している。
- ・ 当園では、認知症対策室を2年前に設置、施設全体で認知症予防、早期発見、啓発、認知症ケアに取り組んでいる。当園においては、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修への積極的な参加、及び施設内においてもプロシエナチームにおいて認知症対応に対する理解を深め認知症ケアに取り組んでいる。
- ・ 本人の思い通りのケアを行っている。(本人に引きを養って頂くケア) 例)立ち上がられた座らせるのではなく一緒に付き添う
- ・ 本人の服いに対して否定せずに、納得するまで付き添う
- ・ 日常生活のリズムを整える ・ 出来ることは見守り、出来ない事をサポートする
- ・ 生活背景、性格等、個々人の全体像を理解する 食事、取りまぐちの全てが環境であるという意識を常ににも事を徹底している。
- ・ 認知症の観察(症状変化への気づき) ・ 日課や役割づくりの支援 ・ 環境変化を避ける(生活環境、生活習慣、人間関係) ・ 受容での取り
- ・ タイプ別ケア ・ ハワイリハビリ ・ 介護予防体操 ・ 作業療法(習字・絵画) 等を組み合わせて実施している。
- ・ コミュニケーションを積極的に行い、否定することなく本人の希望や想いを尊重しケアを行っている。
- ・ 年に1度認知症に関する研修会をテーマ「認知症ケア」に基づき1人1人の行動パターンを把握し、ひとときシートを活用し課題解決をだしケアを行っている。
- ・ 施設全体での内部研修会及び、都県における勉強会を実施、認知症ケアリーダー研修を修了した者を中心に、認知症への理解を深める内容を取り上げている。 ・ また、虐待・不適切ケアについて、グループワークを徹底し認識の統一を図っている。 ・ 施設の理念実現のために、事業所として自分の家族を任せたい施設づくりを挙げ、特集における各グループで目標設定を行い、自己評価を行っている。
- ・ 部署での定例的な認知症の勉強会(4回/年、1時間程度) ・ 認知症ケア委員会の設立、全職員参加による勉強会を企画し実施している。
- ・ 認知症高齢者への環境支援の計画(PEAP)を実施して、改善点をあげていえる等の取り組みに活用を行っている。 ・ 個別ケアへの取り組みについて個別ケア委員会等でも協議し連携している(GF勉強会、記録の見直し、後進の指導)
- ・ 認知症ケアマニュアルの策定、その結果を受けて個別のケア内容を検討し見直しを行っている。
- ・ 研修等を通じて認知症についての基礎学習 ・ 見守りを行い、状態変化の把握や声かけによる不穏予防
- ・ 随時カンファレンスを行い、状態変化への対応 ・ 必要に応じて主治医・家族へ報告や相談
- ・ OFJT 2017受講 ・ 生活歴、性格や嗜好に合う住居・人的・物的環境の配置 ・ 居室やトイレ等の位置表示
- ・ レジ、日中活動の参加交流により生活活性化を図っている
- ・ 学校という空間を再現し、回廊法により、脳の活性化を図ります。学校ならではの、廊下、机、教室1日2回の授業をうけ、メリハリのある生活を提供します。学生と周を並べる。教室、青春時代を思い出す空間です。
- ・ 精神科の薬が効きすぎて、レベルダウンしないようにできるだけ最小量の薬を使用する。
- ・ くもん学習療法への取り組み ・ 認知症リーダー研修等への積極的参加、定期的施設内研修を実施。その他、施設外の研修も参加し、伝達を行っている。
- ・ 24時間シートを活用し、個別ケアに取り組んでいる。 ・ 認知実践者研修や認知症実践者リーダー研修に参加し、ケアのレベル向上に努めている。
- ・ BPSDがある方については必要に応じて精神科医に相談し連携を取っている。
- ・ 音楽と簡単な計算をコミュニケーションを取りながら行う学習療法を行っている。
- ・ 全国老施設連合体の介護力向上講演会で学ぶ(ガバ、メン、ク)運動の基本ケアプログラム別ケアを行っている。
- ・ 毎年施設内研修会を様々なテーマに設定して行っている。又、認知症実践者研修やリーダー研修に参加し知識・技術の向上に努めている。認知症の方に対しては、興奮があり、押しピンを口の中に入れて入れる可能性ある為、掲示板的の貼り変えを行い、押ピン使用中止し、テープで掲示板を貼るよう環境を整えた。
- ・ 認知症の知識があれば、現在の病名と生活の様子を見て認知症の種類はある程度できますが、介護する側の思いやりのある対応が出来るかが、BPSDは常に発生しません。当施設は認知症の確定診断を受けていない方が多くおられます。 ・ BPSDは目立ちません。何に対応しなければBPSDは沢山発生するのでしょうか。現在、一つ一つのケアに思いやりを持ってやっていますので、BPSDは目立ちません。
- ・ ユニットケアを行っておりスタッフもユニット職員に配属し訓練の事で信頼関係が築きやすいうちにしている。又、24時間シートを作成し統一したケアが行えるように記録も一元化し簡便化する事でケアに時間的取れるようにしている。
- ・ 一つのケアに対して一人のスタッフが最初から最後まで最後まで行いケアも個別化しその方の日課に合わせ個人の尊重に努めている。
- ・ 回廊法 ・ 折り紙、ぬり絵 ・ 読書、読み聞かせ ・ 散歩
- ・ 転倒・転落など予防できる安全な生活環境をつくる
- ・ 危険や転落、便秘などを防ぐ生活管理につとめる
- ・ 回廊法を取り入れたケアを行っている。 ・ 生活歴を把握し、自宅で行っていた事をしてもらう
- ・ 他行動(他宅帰還等)の人に対し、一緒に散歩したり、例能を付添し相手になるように心算の安定を図っている。
- ・ 施設内にはと季節感の分かるように、季節毎の行事に参加してもらったり、手芸等を行ってもらったりして、季節毎に壁面を装えて楽しんでもらっている。
- ・ 外部研修への参加(認知症介護実践者研修・リーダー研修等) ・ 認知症介護に関する施設内研修
- ・ 認知症ケアに関する知識や理解を深めるための研修 ・ 外部研修への参加と委員会の実施
- ・ 認知症ケアに対し、職員を3つのグループに分け、グループ活動方式で取り組みを回り、知識やケアの質の向上、認知症ケアの実践力を高める活動を行っています。
- ・ 「利用者の思いを知らうグループ」・認知症原因疾患別のケアのあり方の研修会の実施、ひとときシートを活用した事例検討
- ・ 「通してやすし場所を作るグループ」・PEAP日本版3を活用した施設環境整備を実施
- ・ 「利用者の笑顔を増やすグループ」・レクリエーションや利用者個々人の楽しみ作りの企画等
- ・ 各ユニット、10人の入居者の方を4人の方の介護職(リーダーを含む)でケアを行っている。1人の入居様にに対して2名の職員の担当制にしている。
- ・ 家族様のお意向や御本人様の意志が反映できるように本人の話をきき、家族様とコミュニケーションを取り合っている。
- ・ 施設設備改善法士が主軸となり、毎週クラブ活動に取り組んでおり、認知症を持つ利用者に参加していただく。(バレーボールクラブ・書道クラブ・棋の体験クラブ・茶道クラブ)また、短期入所利用者と合同で原稿も週1回の合同レクリエーションも行っている。
- ・ 全老施設主催の認知症介護実践者研修に参加し、知識と技術を習得する。
- ・ 認知症介護実践者研修、実践リーダー研修の実地研修施設として研修生を受入れる。

19 薬の微調整

できている 115 できていない 18

20 薬の微調整ができない理由等

- ・ ケアの仕方に対応していく方針
- ・ 全体的ではなく、数名者において長期服用中にて、内服の調整が難しいため
- ・ 副作用や服用困難で継続が難しい
- ・ 目立つ変化が出ていなかった為
- ・ 認知症の確定診断が出来ていない 画像検査は困難な方が多い
- ・ 現状維持で様子を見ている状態
- ・ 薬が出されていることを確認しているが、その効果を定期的に評価しておらず、微調整等、医師との連携まで至っていない
- ・ 医師の配置上、専門医との連携が難しい(常時、医師の観察ができない)
- ・ 施設近く(精神科等の専門医がないため)市外よりお願いしている状況であるため
- ・ 嚥下症が専門外である
- ・ 嚥下症が外科医で細かい調整はされない
- ・ 医師の治療方針で微調整はされない

21 平成24年度中(H24.4.1～H25.3.31)に精神科に入院された方

18施設／ 21人 (内、内容記載なし10人)

要因となったBPSD	診断名	入院期間	入院となった理由
1・7 (不穏、暴行行為)	老人性認知症	H24.6.4～H24.7.17	突然不穏になり、他人患者を蹴ったり、スタッフに手をあげるなどの行為が繰り返されたため。
4(拒食)	アルツハイマー型認知症	H25.3.6～H25.4.23	拒食、拒薬がみられ、主治医へ相談、入院となる。
7(体動が強い)	アルツハイマー型認知症	H24.10.9～H24.12.12	激しい大声や体動が続き、体力の消耗が心配されていた。
1・6・9・10	レビー小体型認知症	H24.7.11～H24.8.31	暴言・暴行・不穏が頻りに繰り返され、施設での対応が困難であったため
1・2・3・4・6・7・11	レビー小体型認知症	H24.12.28～H25.2.7	(存在しない人物からの)取られ妄想等があり、女性スタッフに対する不穏言動が強く、暴言・暴力行為があった。
1・6	アルツハイマー型認知症	H24.5.28～H24.8.28	暴言・暴行・大声言動状態がみられた為
6・7・9・10	精神障害性認知症	2ヶ月	施設帰りで本人の安全が保たれない為
7	脳血管性認知	H25.2.4～H25.3.21	大声で苛声著しく、同室者の不眠や他利用者様の不穏を招いた事多々あり。本人の精神安定を第一に考慮しご家族同意のもと入院頂いた。
2・3・6	アルツハイマー型認知症	H25.2.17～H25.4.11	妄想強くなり食事拒否や看護拒否や暴言あり、終口採取が困難になられた為
2・10	アルツハイマー型認知症	H25.2.14～H25.4.19	拒食、大罵、抵抗と不穏が強く(大暴)で男がおりますとわめき、職員の腕をつかんで暴言を吐き、更に職員を叩き、引つ追きかかる。不穏が強く薬剤調整を行ったが、改善せず施設対応が困難。施設では介護がでず入院となる。
1・2・5・6・10	血管性認知症 (悪質性精神障害、統合失調症状態)	H25.2.8～H25.2.22	

※要因となったBPSD

1 不穏	2 介護への抵抗	3 妄想	4 幻視・幻聴	5 服薬抵抗	6 暴言	7 大声・苛声	8 不潔行為
9 徘徊	10 暴行	11 収束癖	12 異食行為	13 盗食	14 経管投与	15 自傷行為	16 性的関係行動

22 認知症の方に原因疾患別の特徴を意識したケアの実施

実施 61 未実施 69 無回答 3

【介護用品、福祉機器等に関する調査】

24 認知症の方への対応のための器具

使用場所		器 具 名				
ベッド下の床	セツサーマット	足元センサー	徘徊センサー	バズルマット	安全マット	簡易取収マット
	ベッドサイド	ベドサイドセンサー	介動バー	ハンズリセンサー	簡易センサー	クリップセンサー
	居室入口・玄関	徘徊感知センサー	カメラ	センサーチャイルド	ドアセンサー	モーショナルセンサー
	アットレスの上	離床センサー	ツイセンサー	体圧センサー		
	椅子・机のすの座面	座コール	車椅子センサー			
トイレの入り口	ハンズリセンサー					
	簡易昇降口	手動開閉式冊				
	窓	センサーチャイルド				

25 ベッドの使用状況

種類	台数	割合
電動ベッド	2,658	35%
電動ベッド(低床)	3,204	42%
低床ベッド	616	8%
その他	1,185	15%

※手動ギヤッジベッド、畳に布団、ハイグベッド、クランクキャンベンド、一般ベッド(手動)等

26 床ずれ予防・対策としてのマットの使用状況

種類	台数	割合
エアマット	1,253	32%
体圧分散型マット	2,312	59%
その他	363	9%

※低反発、高反発、無圧マット、ビーズマット、簡易エアマット、ウレタンマット、等

- ・研修会や介護の専門書を通し認知症について学びを深めたい。 因幡な事例では専業主婦が介護と介護への相談後精神科への受診を行っている。日々の介護では個々の特性を見守りながら精神的・身体的に安定した生活ができるように声をかけや周囲に注意し対応している。
- ・認知症に関する施設内勉強会等を開催。又は外部研修会等に受講し、適切な声掛けや対応について職員教育を行っている。
- ・協力医療機関医師との連携により、認知症専門医(県が指定する認知症疾患に関する中核病院の医師)による診断 認知症診断の為の頭部CT撮影・内服薬の処方・御調整 疾患別特徴をおさえたケアの展開 ひもときシートを活用し、情報収集と集約 認知症委員会を中心として認知症ケアに関する研修会、勉強会を開催 認知症評価尺度 (MMSE) の活用
- ・認知症の特性をある程度理解し懸やかな流れの中で生活してもらうことを心がけていく予定である。
- ・毎年、認知症サポート養成・講座を研修プログラムに取り入れ、認知症ケアにいかしている。
- ・1人の利用者への対応方法に、関わる職員で(ケアの)違いが出ないよう担当者を中心とし、関わる各職種への申送りや職員へのケアの統一を図っている。また、随時、各職種が集まり対応方法について見直しや検討を行う場所を設けている。
- ・認知症ケアに関する委員会を設置し1回/月開催し、1回/年職員全体の研修会を企画運営している。
- ・認知症ケア委員会より作成し、家族会の時に配布している。 ・ 外部研修にも積極的に参加している。
- ・完全なユニットケアではないがいくつかのグループに分け、落ち着いた生活が送れるような場その提供に努めている。
- ・短期記憶障害が顕著に現れ、自分の所在地や服装を数分置きのしつかりと確認する方に対し全施設では、ユニット形式ではありますが、本人の動きに直ぐに対応し生活リズムを改善(減少)しています。 例え、日暮(本人の生活リズムに添った話等)をスタッフが聞き、察にかなうサポートを持っています。
- ・毎月勉強会を開催し認知症の種類や症状を職員が把握し、利用者の認知症の種類、BPSDその頻度をそれぞれ認識し、その人らしさを維持する事を大切にすることを心掛けている。
- ・原因疾患がはっきりしている方に対しては、専門医からの意見を伺い、対応に関する事、今後(タミーナルまでの)予後、いろいろお話しもおたずねしながら、その内容を職員に伝達、共有できるようにしている。また、病気の情報なども広えており、できるだけの人の人にあった援助ができるようにと考えながら実施している。
- ・職員研修会や外部研修など積極的に参加し、疾患の理解や症状の特徴などを学び日々のケアに反映させている。また、施設サービス計画書は、介護支援専門員のみが関わるのではなく担当スタッフと協働しケアチェック表とDPCシートの両方を活用した計画書を作成し、全職員が共通意識のもと日々のケアを実施するようにしている。
- ・(職の活性化を図る)計算ドリル・運算ドリル・ぬり絵・貼紙・クイズ・しりとり・月日の確認など
- ・(気分転換を図る)散歩・外出行事・故郷訪問・クリエーション・買い物など
- ・(リラクゼーション)読書・空間づくりなど
- ・レビートル型認知症の利用者の方に対して、顔の表情等を見て、穏やかでない時話をしたり、気分転換に外に散歩したり、歌をさいたり、ぬり絵をしたりしている。 ・ 興奮激しい時は、少し距離をおいて、落ちついた時にコミュニケーションをはかっている。 ・ 怒らない、不安にならないことを言わない等言葉がけに気を付け利用者の立場になったケアをする様心がけています。
- ・排泄最優先の原則に従い、モーニングケアを徹底しています。 ・ 座る姿勢を基本とした利用者の離床活動に取り組んでいます。 ・ 三大介護 (入浴・食事・排泄)の充実に努めています。 ・ 個別ケアを含むレクリエーション、クラブ活動を実施しています。
- ・原因疾患別の特徴を把握した上で、その方が求めているケアを状況・状態・背景から総合的に分析して、症状が出た時はこういつつ関わり合いが欲しい等、日々のケアの積み重ねで少しずつ整えている。重症の認知症の方の場合、専門医との連携を前提とし、半年から1年ほど経過がたれるまでに時間を要している。向精神薬などの併用で、全てが抑えられ、入眠が速まるという事は避け、利用者の日々の生活に、そのケアに反映させ、今後につなげている。
- ・1ADLの促進(エプロン・おしほりたたみ・衣服の整理) ・療育音楽 ・集団レクリエーション、クラブ活動 ・自宅訪問 ・バスハイウェイ、ショッピング
- ・1000cc以上の水分摂取及び常食化
- ・不安の訴え、何かをしてほしい要求に対してしつかり話を伺い、できる形でお答えし、安心、満足されるように努めている。
- ・幻視・幻聴・妄想による話も傾聴しつつ、安心されるような対話、対応に努めている。
- ・入所時に生活歴を伺い、得意な事や、ご家族の事、昔の話題等、話の中に入れ会話をするように心掛けている。
- ・プラントナーに野菜を揃えたり、好きな音楽を聴く、歌う時間を設けたり、計算問題を口頭で行うなど、個別の取り組みも行っている。
- ・母体の医療法人が認知症専門医療病棟を持ち、理事長や入居者、利用者の主治医が認知症専門医である。病内や病外で認知症研修会を定期的に実施し職員に参加させている。また、外館で行われる認知症ケアの研修会にも必ず数名ずつ参加させ、参加後は宛内で伝達講義を行っている。今年は、外部講師にお願ひして全職員対象の認知症ケア研修会を実施する予定である。
- ・新設の施設でもあり、認知症に対する研修は自治体主催の研修への参加や有資格者による施設独自でカリキュラムを組み取り組んでいる。今年度1年度1研修参加ができたため、次回は参加者を運出し認知症実践指導者研修修了者を確保したいと考えます。
- ・認知症のある方の個別の状態についてひもときシートを活用し、少しでもその方に合った必要なケアができるよう各ユニット毎に検討会を実施。出た意見を実際のケアに生かしている。 ・ 建前でもPEAPJの考え方をもとに各フロア毎に施設生活環境の現状について、また認知症のある方が安心して生活が送れるような環境づくりの工夫を話し合い実践につなげている。
- ・業務分担任毎日認知症ケア実践者を決め、個別のグループケアを行う。 ・ 3か月毎に認知症勉強会を認知症実践リーダーを中心に時間外に行っており、H25.5.17には「疾病別認知症の特徴とそれに対するケアについて」の勉強会を行った。 ・ (認知症ケア実践記録を活用し、モニタリング)

介護現場でみられる精神科入院を希望したケース①

- アルツハイマー型認知症
 - 介護への抵抗、介護者にかみつく、指をかじられて数針縫うけがをした。
 - 家族が入院を希望した。
 - 退院後、在宅に戻れた。
-
- 入院したことで、家族が落ち着いた。
 - 攻撃的な行動が出なくなったことで、介護を続ける気持ちが出てきた。

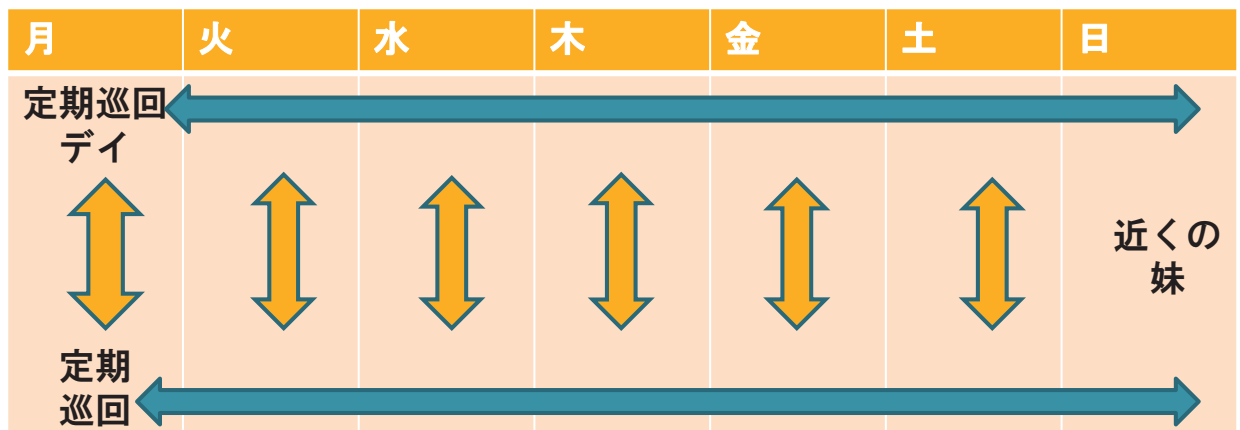
介護現場でみられる精神科入院を希望したケース②

- アルツハイマー型認知症
 - 人前で衣類を脱いだり、助けてくださいを窓から叫んだりするようになった
 - 被毒妄想が激しくなり「食べ物に毒が入っている」と食べなくなり、薬も飲めなかった。
 - ショートステイを利用したが、物を壊したり、食事も薬も全く飲めなかった。
 - 包括と一緒に受診し入院になった。
-
- 入院して、薬を飲めるようになり、介護付き住宅に退院できた。

チームケアと地域の力で支えたケース

83歳女性、独居。

5年前の夫の介護の時から認知症の症状があった。夫死亡後、徘徊、コンビニで大量買い、過食で体重増加(半年で10Kg以上)したが、在宅を継続できている。物忘れ外来に通っているが、診断はまだついていない。民生委員、近所の人、コンビニ、近所の店の協力がある。まだ、徘徊はある。



まとめ

- 医療との連携の中で、通院しながら上手な服薬管理ができれば、在宅生活を継続できたケースがみられる。
- 入院治療の必要性があるケースもあるが、期間は短くして、通院に切り替えたほうが生活場所を変えないので、混乱が少ない。
- 介護サービスのコーディネートに関して、ケアマネの能力で大きく異なる。チームメンバーに恵まれて密に連携できている場合は、在宅を継続できる(ショートやヘルパーやデイサービス)

まとめ

- 介護保険サービスだけではなく、地域の力が大事である。
- 民生・児童委員や、町内会長や近所の人々、コンビニやお店の店員さん達、つながって力を合わせると、在宅生活を続けることができる。

資料3-4

平成25年9月9日

平成25年度第1回

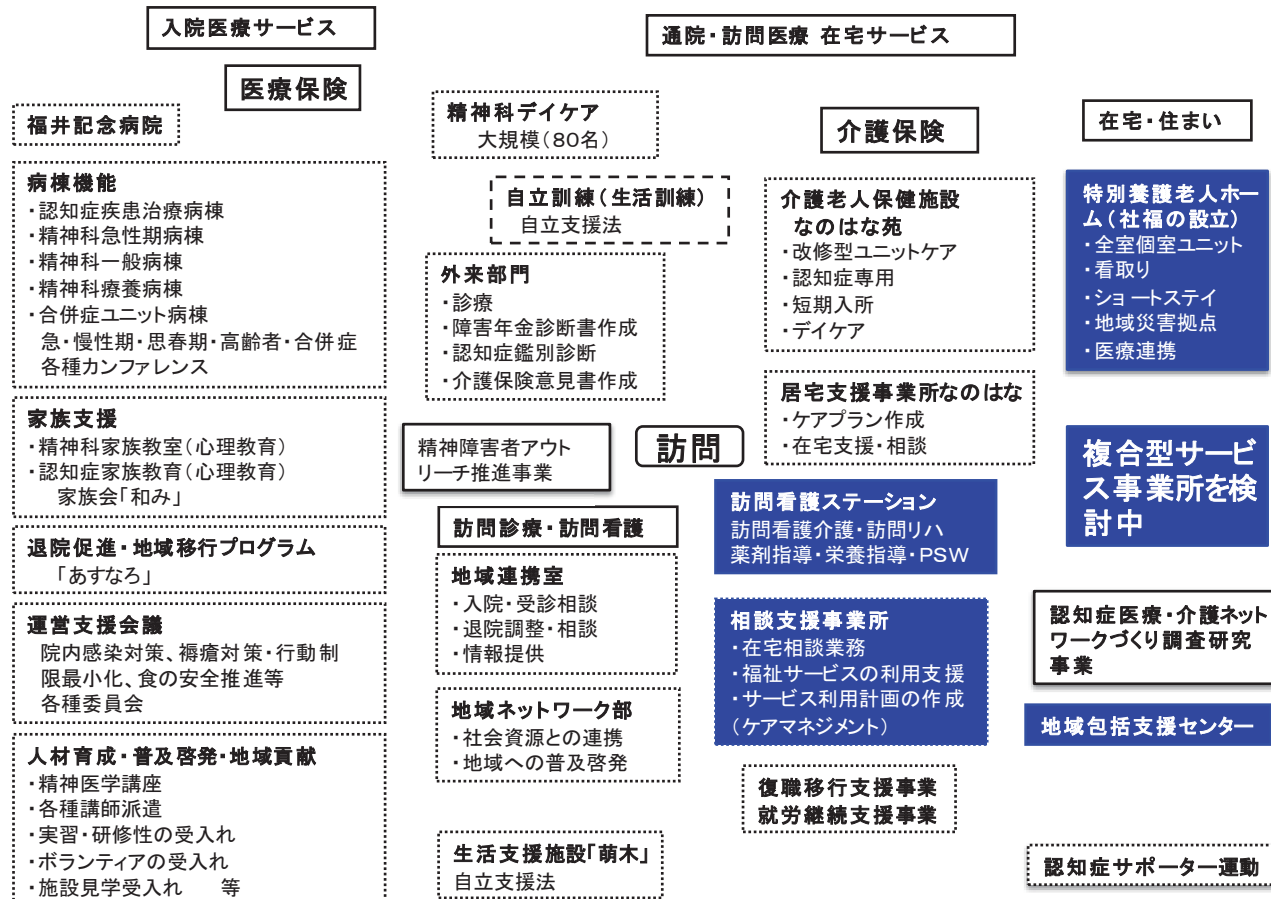
「認知症の人の精神科入院医療と
在宅支援のあり方に関する研究会」

一つの認知症病棟(50床)における

入院長期化の要因の分析と今後の課題

公益社団全国老人保健施設協会
副会長 内藤 圭之

青山会(三浦地区)の現状と将来像



2

神奈川県三浦市 福井記念病院 認知症病棟

認知症患者入院時紹介元の分類(平成21年～23年)

紹介元	21年	22年	23年	合計
病院	13	10	12	35
クリニック・診療所	13	18	11	42
施設	0	0	2	2
紹介状無し	3	1	0	4

認知症患者の退院後の行き先(平成21年～23年に入院した事例)

	21年	22年	23年	合計
自宅	5	5	5	15
施設	17	16	7	40
病院	3	3	1	7
入院中	0	2	8	10
死亡	4	3	4	11

(注)この表の「施設」とは他の老健施設やGH、特養など

(注) 同一法人の福井記念病院と老健である「なのはな苑」間の患者の移動は年間1例弱程度

3

平成21年～23年新規入院患者の在院期間(病院全体)

福井記念病院

在院期間	平成21年	平成22年	平成23年
1ヶ月以内	47	47	49
2ヶ月以内	38	47	39
3ヶ月以内	17	30	46
4ヶ月以内	20	27	17
5ヶ月以内	8	11	8
6ヶ月以内	6	8	4
9ヶ月以内	16	16	9
12ヶ月以内	6	3	0
18ヶ月以内	6	9	0
30ヶ月以内	3	1	0
入院中	5	14	42

平成21年～23年 認知症で新規入院した患者の在院期間
認知症病棟

	21年	22年	23年	合計
1ヶ月以内	5	2	2	9
2ヶ月以内	3	1	0	4
3ヶ月以内	6	3	8	17
4ヶ月以内	3	2	3	8
5ヶ月以内	1	3	2	6
6ヶ月以内	4	2	0	6
9ヶ月以内	2	8	1	11
12ヶ月以内	1	1	0	2
18ヶ月以内	2	2	—	4
24か月以内	0	1	—	1
24か月～	2	0	—	2
入院中	0	4	9	13

	21年度	22年度	23年度	24年度
認知症病棟平均在院日数	323.5	418.2	266.7	323.8
病院全体平均在院日数	222.5	226.6	246.4	223.1

4

在院日数長期化の要因と課題

【在宅復帰や施設移行を妨げる要因】

➤ BPSDが固定化し長期化する患者群

拒否(介護や服薬、摂食など)、突発的な攻撃性や立ち上り・転倒
絶え間ない大声、極度の徘徊、破壊や異食、精神科疾患をベースとした認知症

➤ 誤飲・誤嚥や嚥下性肺炎を繰り返す患者群

摂食・嚥下機能の低下、喀痰排出力の低下など
抗精神科薬の副作用は激減、高齢化の要因が強い
アルツハイマー型は終末期、レビー小体や前頭側頭葉は比較的早期から

【スタッフの確保・教育や物理的環境要因の整備】

適切な精神科薬の使用、身体的拘束の最少化の推進
食の安全推進チーム(歯科との協働、摂食・嚥下リハビリテーション)の
推進

- 認知症病棟1フロア50床という処遇体系の限界
- 集团的処遇⇒少人数処遇への転換を図る…病棟のユニット化の検討

【地域でのネットワーク構築】

- 三浦半島地域の一般総合病院での精神科病棟の廃止(横須賀共済病院、横浜南共済病院)
- 療養病床はほとんど受け皿にならない⇒当院の内科的診療能力での対応
- 地域ネットワーク部の強化、複合型サービス拠点の創出

5

福井記念病院における他院への転院事例（平成21年～平成23年）

平成21年 40例 平成22年 40例 平成23年 31例 合計111例
平均年齢は66.8歳 男女比は男性36名 女性75名
その他、救急搬送したが、入院に至らず当院で引き続き入院となった事例は除いた

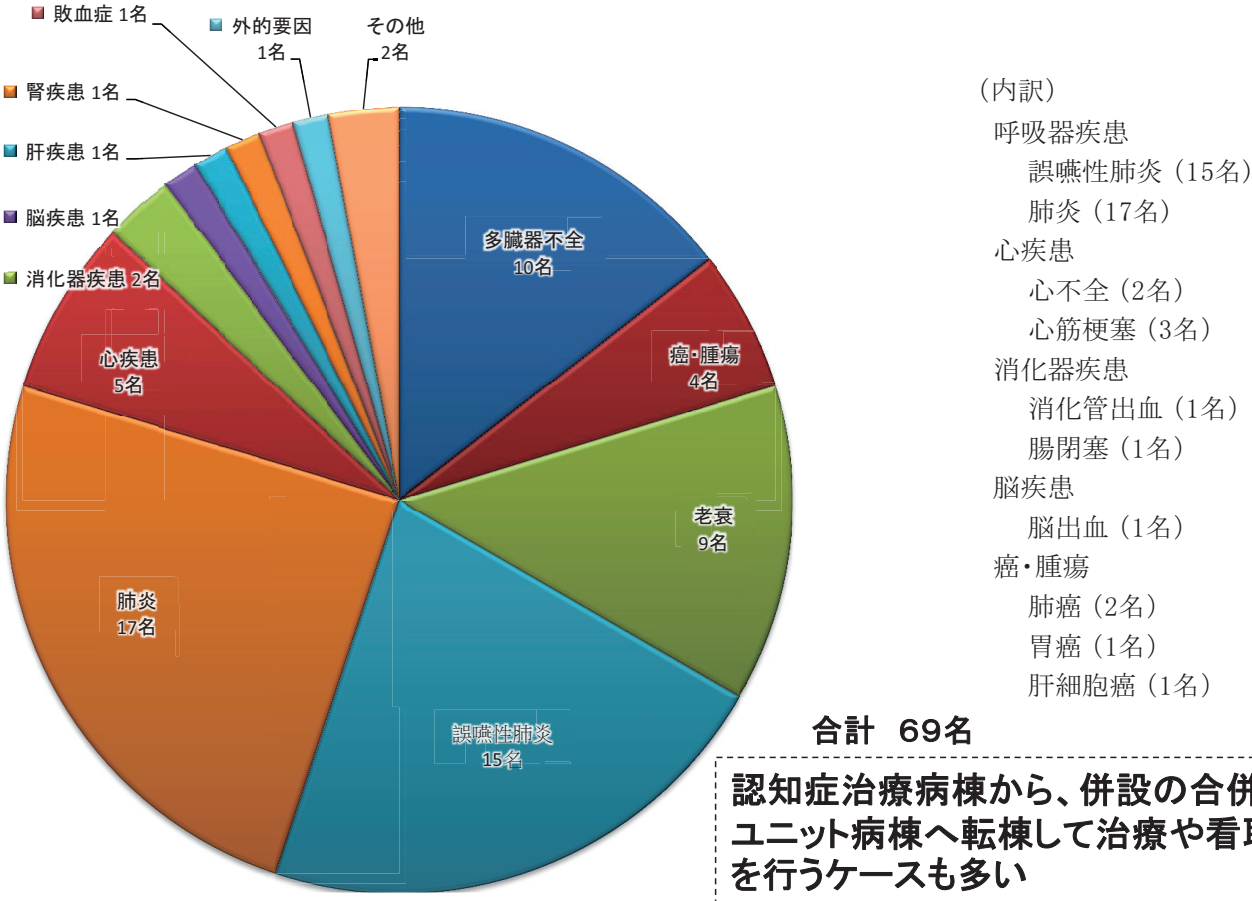
転院時の主病名	統合失調症	54	転院となった傷病名	大腿骨頸部骨折等の骨折	28	
	認知症	23		ECT目的の転院	13	
	老年期精神障害	3		胃癌、大腸癌、子宮癌、胆のう癌などの悪性腫瘍	8	
	うつ病	11		肺炎、肺気腫	7	
	双極性障害	4		消化管出血	3	
	器質性精神障害	6		胆のう炎、膵炎、虫垂炎などの消化管の炎症性疾患	6	
	てんかん精神病	2		脳梗塞、頭蓋内出血	9	
	その他として、摂食障害、脳炎、コルサコフ症候群、妄想性障害、非定型精神病アルコール依存症、失外套状態、Sturge-Weber症候群が各1例			脳炎、症候性てんかん	3	
				虚血性心疾患、心不全	6	
				尿路感染症、腎結石、急性腎不全	2	
			腹壁のヘルニア、子宮脱	5		
			胃瘻の造設	4		
			悪性症候群、意識障害、高Na血症など	3		
			その他、人工骨頭脱臼、白内障、類天疱瘡、二酸化炭素中毒、入水による自殺企図などによる転院があった			

転院先の病院	横須賀市民病院	36	転院後の転帰			
	横須賀共済病院	21		当院への再入院	94	
	横須賀市立うわまち病院	7		転院先での死亡	6	
	みなと赤十字病院	18		転院先からの退院	4	
	横浜市大病院	6		不明	7	
	横浜南共済病院	6				
	湘南鎌倉総合病院	2			神奈川県 の療養型 病床群は 数が少な く、自己 負担が高 いのでほ とんど受 け皿機能 にならない	
	湘南病院	3				身体的にも精神的にも重度の合併症のケースは少ない 横浜市中心部との連携となる (みなと赤十字病院、横浜市大附属病院)
	衣笠病院	5				
	聖ヨゼフ病院	2				
	三浦市立病院	1				
	芹香病院	2				
浦賀病院	1					
湘南中央病院	1					

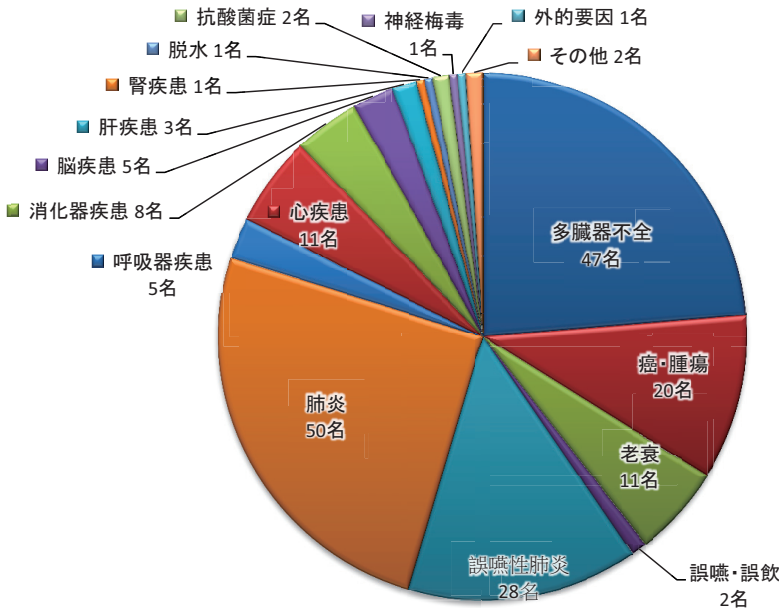
神奈川県療養型病床群は数が少なく、自己負担が高いのでほとんど受け皿機能にならない
身体的にも精神的にも重度の合併症のケースは
横浜市中心部との連携となる
(みなと赤十字病院、横浜市大附属病院)

福井記念病院 認知症病棟における死亡事例

平成18年1月～25年2月



福井記念病院 合併症ユニット病棟における死亡事例
平成18年1月～25年2月



合併症ユニット病棟には、認知症病棟からも転棟するが、一般精神科病棟からも転棟して合併症診療や看取りを行っている

合計 198名

呼吸器疾患	癌・腫瘍
肺炎 (50名)	肺癌 (6名)
誤嚥性肺炎 (28名)	胃癌 (1名)
呼吸不全 (2名)	肝細胞癌 (1名)
びまん性 汎細気管支炎 (1名)	転移性肝腫瘍 (1名)
肺気腫 (1名)	転移性脳腫瘍 ・右乳癌 (1名)
肺膿瘍 (1名)	乳癌 (1名)
心疾患	癌性胸膜炎 (1名)
心不全 (7名)	癌性腹膜炎 (1名)
心筋梗塞 (3名)	横行結腸癌 (1名)
大動脈弁狭窄症 (1名)	直腸癌 (1名)
消化器疾患	膵臓癌 (1名)
消化管出血 (4名)	胸椎脊髄腫瘍 (1名)
急性腹症 (2名)	腎臓癌 (1名)
腸閉塞 (1名)	膀胱癌 (1名)
上腸管膜 血管閉塞症 (1名)	前立腺癌 (1名)
脳疾患	
脳梗塞 (4名)	
脳出血 (1名)	

8

平成7年開設の認知症専用老人保健施設「なのはな苑」 参考資料 2

在宅強化型老健 なのはな苑のデータ(平成24年4月～12月)

平成24年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
平均在所日数		142	196	159	168	261	229	150	195	225
平均要介護度(月末時点のロング入所者)		3.15	3.24	3.38	3.33	3.36	3.46	3.51	3.50	3.42
入所形態	再入所・ショート含む	63	46	69	57	55	55	62	54	55
	うち、ショート利用者	42	33	56	38	43	46	44	43	36
	新規ショート	6	1	5	2	1	0	2	2	3
	新規入所	7	5	3	5	1	4	10	5	1
退所形態	退所者総数	58	50	67	59	51	55	66	54	48
	ショート	43	35	49	46	42	41	48	43	36
	ロング(死亡含む)	15	15	18	13	9	14	18	11	12
	ロングのうち、自宅への退所	7	12	14	7	7	9	13	9	8
在宅要復件帰率	前6か月の平均在宅復帰率(50%以上)	65.0%	58.6%	62.5%	65.0%	67.8%	71.4%	70.9%	75.6%	75.6%
	ベッド回転率(10%以上)	19%	21%	19%	19%	18%	16%	14%	15%	16%
	介護度4・5の比率(35%以上)	43.9%	42.5%	45.6%	51.1%	54.0%	53.6%	51.0%	51.0%	51.3%
ベッド稼働率		97.5%	99.0%	97.0%	97.8%	100.6%	99.3%	99.3%	97.1%	99.4%
通所者数(一日平均)定員実質20人		12.3	12.6	15.0	13.9	13.4	13.9	15.0	15.1	13.7
取得状況	ロング入所	認知症短期集中リハ加算	14	11	9	5	4	5	9	7
		短期集中リハ加算	3	3	2	2	1	1	2	2
	ショート通所	個別リハ加算	33	25	41	29	29	33	33	32
		認知症短期集中リハ加算	6	9	10	9	9	6	3	3

No	名前	性別	年齢	病名	相談経路	入院になった理由	期間
1	A	女	83	アルツハイマー型認知症	家族	H24.9月から同居夫婦に対して「死ね、殺す」等の暴言がひどくなった。H24.11月以降同じ事を何度も言う、娘に「何百万とお金を貸している等、始末がでなくなっている様子もみられ、家族が旅行に行く間の心配もあり入院希望され、入院となる。	103
2	B	女	88	認知症	家族	不眠、怒りっぽさがあり、H24.12月から通院していた。デイサービス利用時に他の利用者への暴言などもあった。入院前日の夜、自宅窓より外出し裸足で歩いているところを警察に保護された。家族の介護疲れがあり入院となった。	248
3	C	男	60	血管性認知症	医療センター、家族	H24.11.6からイレウスと嘔吐で医療センターに入院していた。12.11頃から「死にたい」と言い、階段から出ようとしたり階の窓から出ようとするため目が離せなかった。心療内科の医師と相談しながら治療するも改善せず、妻も当院への転院を希望され入院となった。H25.4.6で退院となるが、妻は仕事をしており在宅での介護はできないと話をされ、再度入院となった。	146
4	D	女	64	若年性アルツハイマー型認知症	介護老人福祉施設 家族	H15より物忘れがみられるようになり徐々に悪化していき、H21.5月に大学附属病院精神科を受診した。H25.1.21に当院を初診。薬剤調整により過活動や興奮等は減ったが、診察時には不安な様子で疎通はほとんどとれない状態だった。夫と二人暮らしであり自宅での介護も限界となり、H25.7.5から介護老人福祉施設にロングシートを利用することになったが、翌日から他の入所者への暴力がみられ、施設では対応困難であり入院となった。	55
5	E	男	73	混合型認知症	家族	H24頃からつじつまの合わない事を言うようになり、気分のむらも激しくなった。7月頃からは日中ずっと探し物をするようになり、夜には怒る事が多くなった。妻に「男がいる」「お金を使っている」と言うようになり、実際にはないが訂正できなかった。妻への暴力もあり入院となる。	387
6	F	男	85	アルツハイマー型認知症	家族	H14に妻が亡くなってから1人暮らし。H22年頃より徐々に身の回りのことができなくなってきた。部屋の窓を閉め切ったり、夏でもこたつを出したり、物の置き場がわからなくなったらしい。食事用意等は家族がして、週に4回デイサービス利用していた。H24.8月に当院初診するが、服薬管理できないとのことだった。その後も症状は進行し、家族の介護も限界になり入院となった。	233
7	G	男	62	アルコール性認知症	隣町市民病院、家族	H20.1月より自営の仕事を辞めた。無職になってからは朝から飲酒を継続するようになる。H21.1.30に妻の提案で断酒を始めしたが、31日からうろろと動き回り、H21.2.1からは裸足で外を歩き回る等の離脱症状が出て隣町市民病院に入院し、当院へ転院となる。	1636
8	H	女	70	アルツハイマー型認知症	老人保健施設	60歳頃から認知症がみられ、H21にアルツハイマー型認知症と診断された。認知症が進み、H25.3.26より老人保健施設に入所した。同年6.4、せん妄、徘徊、大小便失禁、不眠を主訴に当院初診。7.2より誤嚥性肺炎で7.6〜7.9まで一般病院に入院し誤嚥性肺炎は治癒するが、老人保健施設は再度の受け入れは困難とのことで当院入院となる。	54
9	I	女	83	アルツハイマー型認知症、混合型認知症	市民病院	H25.6.7自転車で転倒し、左大腿骨頸部内側骨折で市民病院病院(整形外科)に入院するが、不穏症状やもの忘れの状態がひどく、睡眠も1時間程しかとれていなかった。入院中、精神科Drの往診を受けたが症状の改善がなく、せん妄状態の治癒のため当院へ転院となる。	53
10	J	男	57	アルツハイマー型認知症	家族	3.4か月前から感情の浮き沈みが激しくなり昼夜問わず暴力的な言動が出たり、物を投げたことがあった。母と2人暮らしだが、物にあたることが多く、く自宅でみれない状態のため当院を受診し、入院となる。	257

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

(平成 25 年度 第 2 回)

— 議事次第 第 1 —

日時：平成 25 年 10 月 18 日（金）
10:00～12:00
場所：アルカディア市ヶ谷 大雪の間

1. 開会
2. 挨拶
3. 議事
- (1) 議論の出発点となるデータ・実態の把握 (その 2) 【資料 1・2】
- (2) 認知症の人の受療環境 【資料 3・4】
- (3) その他
4. 閉会

<配布資料>

- 議事次第
- 名簿・座席表
- 資料 1 新井委員提出資料
- 資料 2 洲野参考人提出資料
- 資料 3 島橋参考人提出資料
- 資料 4 小川参考人提出資料

- 参考資料 1 議事要旨 (第 1 回)
- 参考資料 2 精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査票

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

(平成 25 年度 第 2 回)

<五十音順、敬称略>

委員			
座長	大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	総長
副座長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院	院長
委員	新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会	理事長
	石田 光広	稲城市役所	福祉部長
	大内 扇義	一般社団法人 日本老年医学会	理事長
	河崎 茂子	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会	代表理事
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	副会長 (理事)
	齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	常務理事
	助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	常任理事
	高見 国生	公益社団法人 認知症のひと家族の会	代表理事
	筒井 孝子	国立保健医療科学院	統括研究官
	内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会	副会長
	新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会	会長
	野澤 和弘	株式会社 毎日新聞社	論説委員
	三上 裕司	公益社団法人 日本医師会	常任理事
	宮島 渡	全国小規模多機能居宅介護事業者連絡会	副代表
	森 啓	日本認知症学会	理事長
	山崎 學	公益社団法人 日本精神科病院協会	会長
			欠席

参考人	
小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター 東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 分野長・精神腫瘍科長
加藤 滋代	学校法人 藤田学園 藤田保健衛生大学病院神経内科 看護主任
島橋 誠	公益社団法人 日本看護協会看護研修学校 認知症看護学科 専任教員
洲野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事

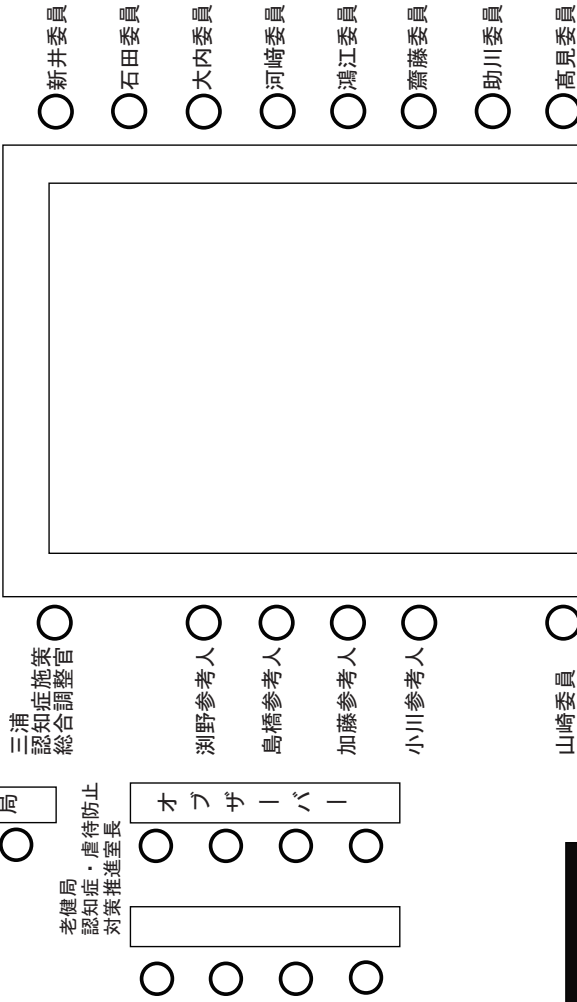
オブザーバー	
原 勝則	厚生労働省老健局長
三浦 公嗣	厚生労働省認知症施策総合調整官・大臣官房技術総括審議官
北島 智子	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
勝又 浜子	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

日時：平成25年10月18日（金）

10:00～12:00

場所：アルカディア市ヶ谷 大雪の間

松谷 副座長 ○
大島 座長 ○



資料1

精神科医療はどうか？

1. 医療制度
2. 人権擁護
3. 入院病棟の種類
4. 認知症に対する精神科医療
5. 他の診療科との違い
6. 標準化の試み
7. クリニカルパス導入の効果
8. 精神症状改善のためには？
9. 精神科医療を議論する意味
10. オレンジプランに関して

順天堂大学大学院 精神行動科学
公益社団法人日本老年精神医学会

新井平伊

1. 医療制度

入院形態: 任意入院、医療保護入院、措置入院、応急入院

厚労省認定の指定医(精神保健指定医)による診察が必須

入院形態: 自由入院

入院期間↑
入院基本料等逦減

診療報酬制度
医療法
一般病床



精神保健福祉法
診療報酬制度
医療法
精神科病床

医療保護入院: 要件となった精神症状が改善した段階で退院

入院期間↑ 入院基本料等逦減
月毎の入院料総額: 一般科の1/3

2. 人権擁護 : 精神保健福祉法による

人権に配慮、処遇には基準がある→ 身体的拘束、隔離 精神保健指定医判断

定期病状報告 : 3, 6, 12ヶ月など

精神医療審査会 : 退院請求はいつでもできる

実地指導 : 県及び保健所による精神保健福祉法関連指導及び実際の診察

3. 入院病棟の種類

(診療報酬制度上)

(1) 精神科救急病棟 (スーパー救急)

(2) 精神科急性期治療病棟

(3) 精神病棟

(4) 精神療養病棟

(5) 認知症治療病棟

2

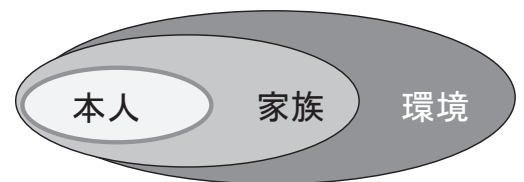
4. 認知症に対する精神科医療

1. 診断

2. 認知機能障害治療

3. BPSD治療

薬物療法のみには偏らない
包括的アプローチ



5. 他の診療科との違い

医療として	共通	より特有点
1. 診断	国際診断基準の採用	せん妄、うつ病、妄想性障害との鑑別
2. 認知機能障害治療	薬物療法	非薬物(本人・家族への精神療法など)
3. BPSD治療	介護スタッフとの協働	精神科病棟入院、専門的薬物療法

6. 標準化の試み: クリニカルパス導入

鑑別診断用

中核症状(認知機能障害)治療用

周辺症状(BPSD)治療用

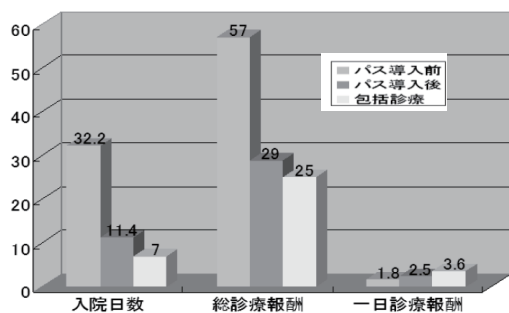
日本精神科病院協会、厚生科学研究助成、多くの医療機関も独自で開発

3

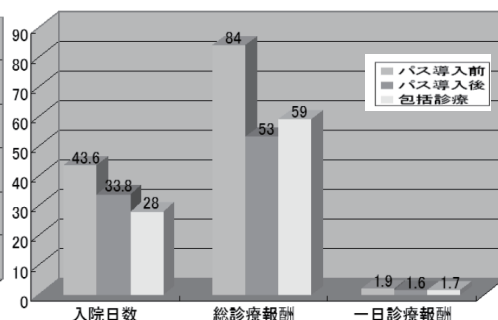
7. クリニカルパス導入の効果の一例

厚生科学研究費補助金 アルツハイマー病の医療手順に関する総合的調査研究

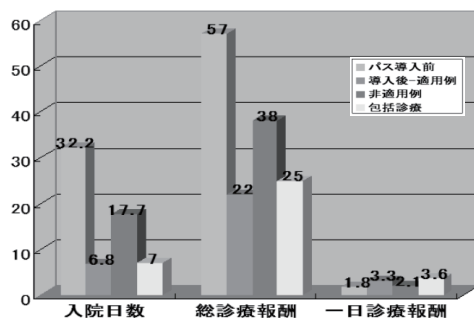
診断目的入院



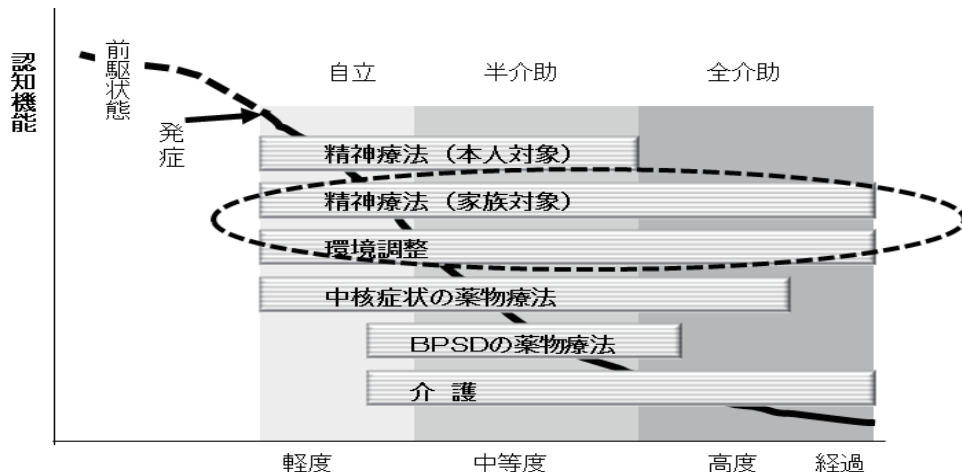
BPSD治療目的入院



診断目的入院一適用例と非適用例



8. 精神症状改善のためには？



4

9. 精神科治療を議論する意味？

出産の場合

産科（保険適応内）

産科（保険適応外）

助産院

自宅出産

要治療：健康保険

= 自費

自費

介護保険 =

自費
(入居費用)

精神科治療の場合

精神科入院

介護施設

居宅

在宅

結果として産科の入院患者が増加した場合

保険適応入院での、産後の日達

悪い ⇒ 入院治療を継続

良い ⇒ 退院可能、しかし事情で退院が無理

「産科の治療はどうなっているのか？」

5

10. オレンジプラン：精神科入院回避・退院促進

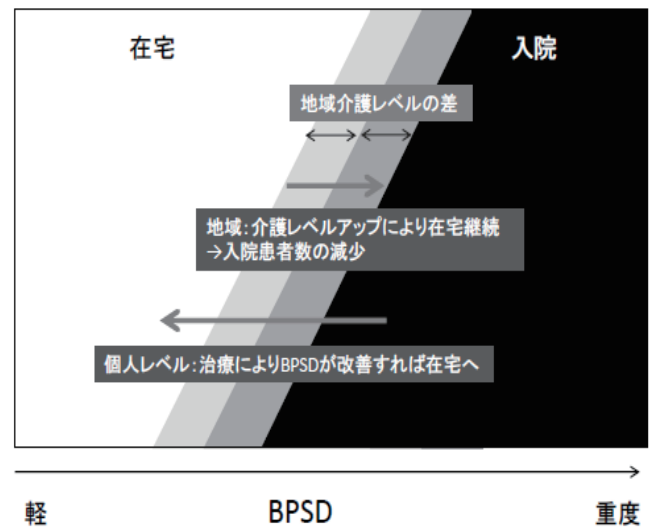
BPSD ⇒ 精神科病院入院 不適切なケアの流れ



オレンジプラン

「初期集中支援チーム」
「診療所型認知症疾患医療センター」
⇒ 住み慣れた地域に住み続ける

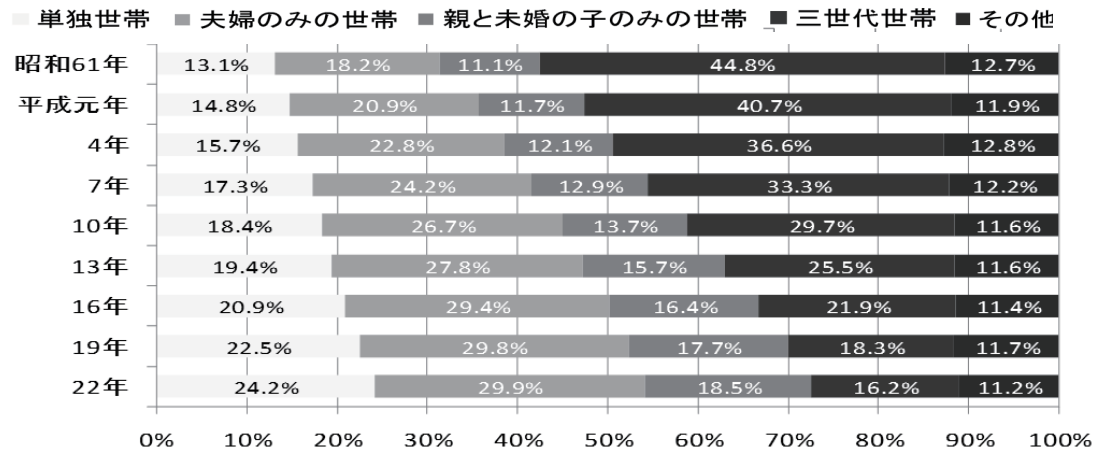
入院率(%)



世帯構造別

65歳以上の者のいる
世帯数の構成割合の
年次推移

「平成22年 国民生活
基礎調査」厚労省



6

資料2

認知症の人の精神科入院医療と
在宅支援のあり方に関する研究会(第2回)

— 精神科医療における 認知症疾患 —

平成25年10月18日(金)

(公社)日本精神科病院協会 常務理事
(医)淵野会 緑ヶ丘保養園 院長
淵野 勝弘

精神科病院（20床以上の精神病床）

民間精神科、大学病院精神科
国公立病院の精神科
一般病院の精神科 等



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
（精神保健福祉法）



（入院制度）

患者本人が病識を欠きがちであるという精神疾患の特徴のために、その意思に反して入院措置を行い、あるいは行動の制限を行いつつ医療を行う面が少なくない。

「精神保健指定医制度」がある。

2

（入院形態）

精神病床—精神疾患を有する者を入院させるための病床

- ・任意入院 …… 本人の同意に基づく入院。
- ・医療保護入院 …… 自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合。
- ・措置入院 …… 入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して都道府県知事等の権限で行われる入院。
- ・応急入院 …… 本人及び保護者の同意が得られないが、直ちに入院させなければ患者の医療及び保護を図る上で、著しい支障がある場合。

精神保健指定医1名あるいは2名による診察にて入院を決めている

3

(入院患者の処遇)

精神科病院に入院中の患者については人権に配慮し、処遇は厳しい基準が設けられている。

- ・定期病状報告 …… 3ヶ月、6ヶ月、1年 等
- ・精神医療審査会 …… 退院請求 等
- ・隔離、身体的拘束 …… 精神保健指定医が必要と認めた場合
でなければ行うことは出来ない。

(精神科病院に対する監督)

- ・報告徴収 等 …… 立入調査
- ・指導監督 …… 実地指導
- ・改善命令 等

精神疾患について

- 1) 国際疾病分類第10版(ICD-10)
「精神および行動の障害」(F00-F99)
- 2) 精神および行動の障害にしばしば随伴するICD-10の他の
章の項目リストの内のてんかん(G40)を対象としている。

F00 …… アルツハイマー病型認知症

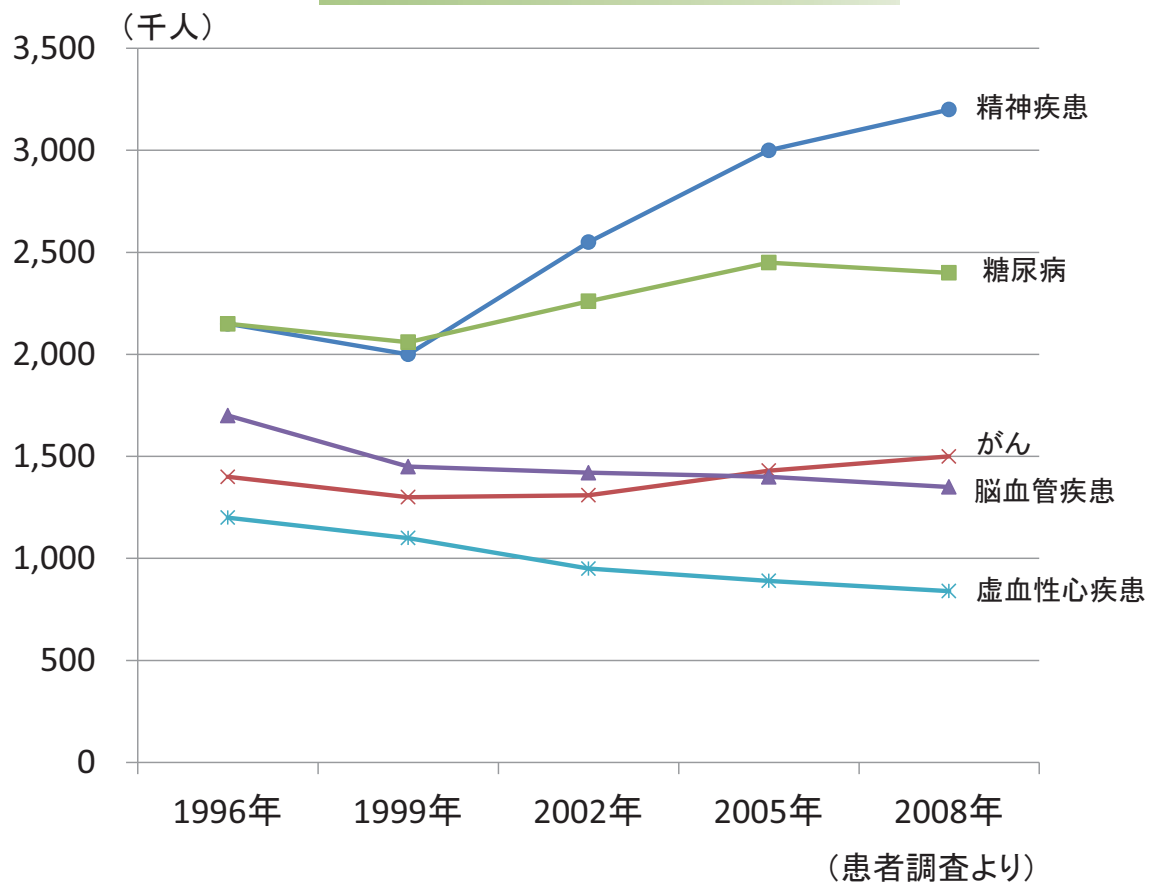
F01 …… 血管性認知症

F20 …… 統合失調症

F31 …… 双極性感情障害(躁うつ病)

⋮

受療患者数の動向



6

5 疾病 5 事業

< 5 疾病 >

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病
- 精神疾患

< 5 事業 >

- 救急医療
- 災害医療
- へき地医療
- 周産期医療
- 小児医療

7

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」

（第2．医療機関とその連携）

5つの項目

- 1) 予防・アクセス
 - 2) 治療、回復、社会復帰
 - 3) 精神科救急・身体合併症・専門医療
 - 4) うつ病
 - 5) 認知症
- 患者数の増加が著しく、
特に重要であるため項目を独立した

8

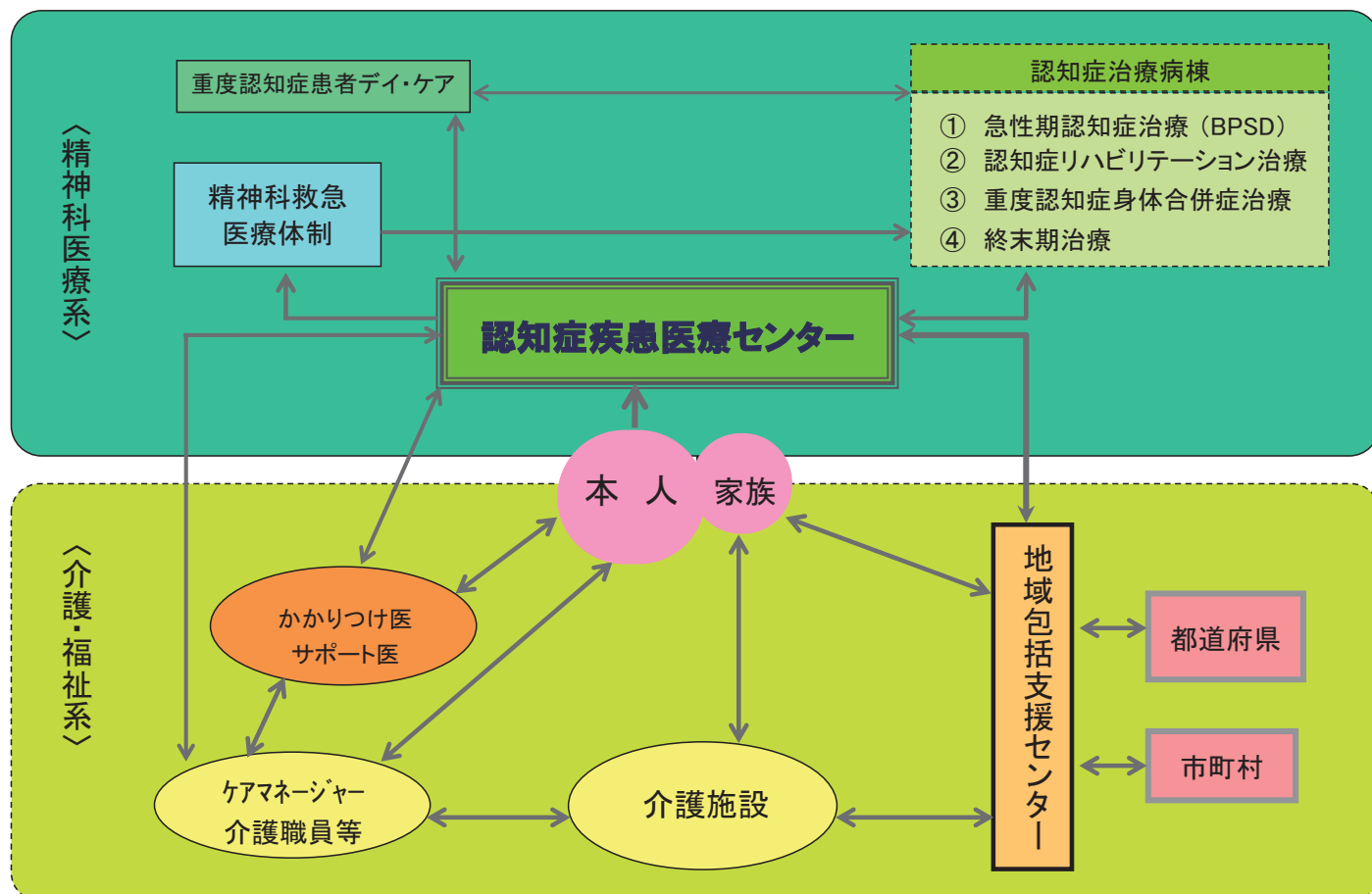
認知症高齢者の推計人数

	2010年	2050年
日本	450万	580万
世界	3560万 (WHO)	1億1600万 (WHO)

(単位:人)

※ 日本においては65歳以上人口における認知症有病率15%(2011年)

9



認知症高齢者の支援体制

10

認知症疾患医療センターの役割

<3大機能>

- 1) 早期診断と鑑別診断機能
- 2) 救急医療体制と身体合併症への対応機能
- 3) 専門医療相談と専門医療研修機能

11

認知症治療病棟

- ・行動異常および精神症状(BPSD)が特に著しい
重度の認知症患者を対象にしている
- ・重度の認知症患者とは幻覚、妄想、夜間せん妄、
徘徊等の症状が著しく、その看護が困難な患者
である。
- ・急性期(2ヵ月)に重点を置いた集中的な入院医療
を行う。

12

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R: 認知症と精神科医療)

とりまとめ 概要(案) ④認知症を考慮した目標値

平成23年10月〇日

①入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とすること、②BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院促進すること、との精神科医療の提供に係る基本的考え方を前提として、平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする(現在の6ヶ月目から大幅に短縮)

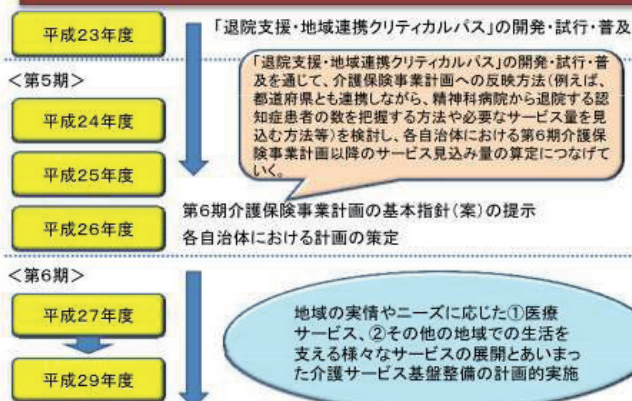
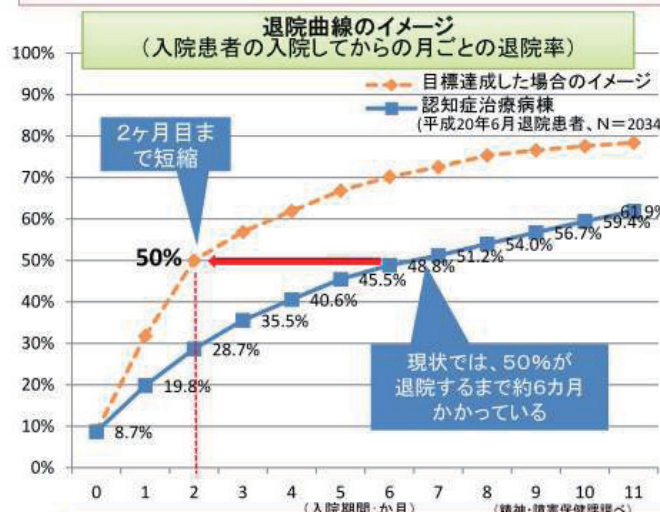
目標値の内容

- 精神科医療の役割は、認知症の方の地域での生活を支えることであり、BPSDや身体疾患等を生じて地域での生活が困難となる場合には、入院医療を提供し、速やかな症状改善を目指す
- BPSDは多くの場合1ヶ月程度で改善すること、改善後も薬物等の調整に一定期間要すること等から、当面は、現状よりも短くすることを目標としつつ、入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする。

達成時期

- 認知症疾患医療センターの整備、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及、受け皿や支援の整備等に要する時期を考慮
- 第6期(平成27年～29年度)以降の介護保険事業計画から、精神科病院から退院する認知症患者の具体的な検討を予定、さらに、それらの計画の効果が表れるまでの期間を考慮し、平成32年度を目標の達成時期とする。

目標値の実現に向け、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、取組の進み具合を定期的に把握



目標の実現に向け、障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

13

急性期認知症入院クリニカルパス

患者氏名	様 (男・女)		(M・T・S) 年 月 日生 (歳)	診断名			
				身体疾患			
				既往歴			
目標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る			退院基準 転院基準	・精査完了 ・BPSDの改善 ・環境調整完了 ・その他 ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。		
経過	入院前 年 月 日	入院時 年 月 日	入院1週間 年 月 日	入院2週間 年 月 日	入院1か月 年 月 日	入院2か月 年 月 日	入院3ヶ月(退院) 年 月 日
達成目標	(入院目的を確認する)	・どのような状態になったか 退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見いだし、退院後の行き先を見定づける	・退院後の行き先を見定づける	・退院後の行き先を見定づける	・方向修正のある場合、再度相談し 退院後の行き先を見定づける	
医 師	□診察・診断 □家族へ入院目的確認 □医療保護入院に関する説明 □入院予約 □他科治療状況の確認 □画像検査指示・確認 □血算、その他一般検査指示・確認 □心理検査指示・確認	□診察・診断 □本人・家族に入院時の説明 □入院診療計画書作成 □医療保護入院の入院歴記入 □指示書(薬・検査・食事・他) □生活機能回復訓練指導書記載 □行動制限指示書記載 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練指導書・指示 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練指導書・指示 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練指導書・指示 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練指導書・指示 □退院日決定(月 日) □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練指導書・指示 □退院日決定(月 日) □家族との面談
精神保健 福祉士	□予防 □保護者の確認 □介護保険申請状況確認 □他科治療状況確認 □家族への入院目的確認 □認知機能検査依頼・手配 □入院に関する説明 □入院予約	□初診から入院までの状況確認 □次期診療受診日の確認(月 日) □保護者の再確認 □経済状況確認 □介護保険申請状況確認 □医療保護入院(入院目的・退院・他) □入院時お知らせ、告知確認書準備 □入院手続き(健康保険・生活保護申請等) □入院カルテ準備 □関係機関との連携	□退院先の確認 □介護保険申請状況再確認 □施設申し込み状況確認 □在宅サービス確認	□退院先の再確認 □施設申し込み状況再確認 □在宅サービス確認 □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW) □カンファレンス日程調整 ・参加者(DV・Na・PSW・OT等)	□希望施設先の状況確認 □在宅の準備(ケアマネ状況確認) □退院先への書類提出 □看護サマリー依頼 □地域連携(ケアマネ・ケアマネ・ケアマネ) ・日程調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW) □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW)	□希望施設先の状況確認 □退院先への書類提出 □看護サマリー依頼 □地域連携(ケアマネ・ケアマネ・ケアマネ) ・日程調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW) □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW)	□家族への書類提出 □退院先への書類提出 □関係機関との連絡調整 □退院時カンファレンス(在宅の場合) ・日程調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW) □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・DV・Na・PSW)
看護 介護	□身長・体重測定(外来) □血算検査 その他一般検査実施(外来) □入院予約確認 □病室調整 □看護見字・案内	□アムネシカ(全身体格) □入院時オリエンテーション □持ち物チェック □持参薬確認 □内服薬確認(処方箋・持参薬と準備) □精神症状・身体状況把握 □看護、転院・転院、変更アセスメント □看護記録・計画・問題リスト記入 □指示内容確認 □検査確認と準備	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □看護管理・療養による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □OTとの連携	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □看護管理・療養による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □中間サマリー	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □看護管理・療養による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □中間サマリー	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □看護管理・療養による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □退院サマリー	□看護計画最終評価 □FIM評価(点) □看護サマリー □退院時方々の確認と準備 □退院指導
心理技術者	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査
作業療法士	□情報収集・観察 □口腔ケア・摂食訓練	□情報収集・観察 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □N/A・ADL・PMSスケール評価 □作業療法評価 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □口腔ケア・摂食訓練	□作業療法最終評価
管理栄養士		□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養状態チェック □BMI(%) □持参薬確認 □薬剤管理
薬剤師		□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□薬物アレルギー・副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理
アウトカム	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失話 失認 失行
バリエーション							
医師署名							
家族署名	(署名)	(署名)	(署名)	(署名)	(署名)	(署名)	(署名)

(日本精神科病院協会作成, 2012)

14

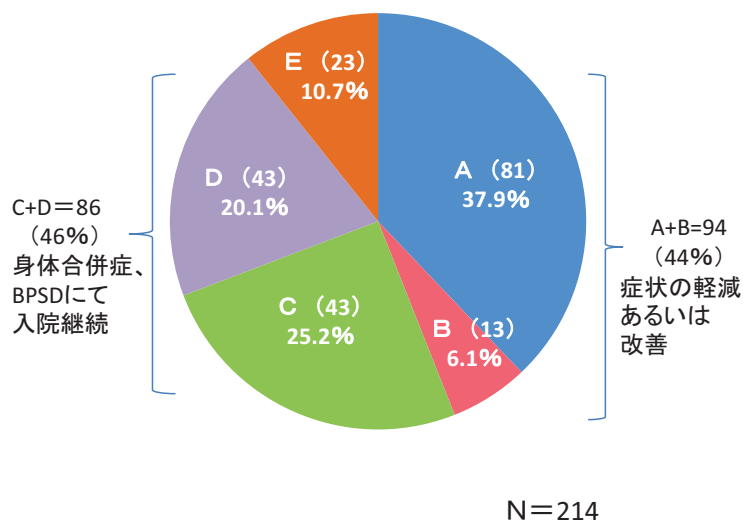
急性期認知症入院クリニカルパスの使用調査 (平成24年8月～平成25年3月末)

- ・民間精神科病院(10病院)において新入院患者に対しクリニカルパスを実施した。
- ・認知症治療病棟に入院した214例
- ・クリニカルパスの結果を評価するため5つのレベルに分けた。

レベル評価の基準

レベル	内 容
A	3ヶ月以内に自宅または施設へ退院 (BPSDは軽減あるいは改善)
B	3ヶ月以内にBPSDは軽減あるいは改善 家族の拒否、施設や地域の受入れ拒否のため 退院できない
C	身体合併症治療のため継続入院 (同病院内転棟等含む)
D	BPSDの軽減あるいは改善なく、継続入院
E	パス中断 (家族の希望による治療中止、退院または死亡)

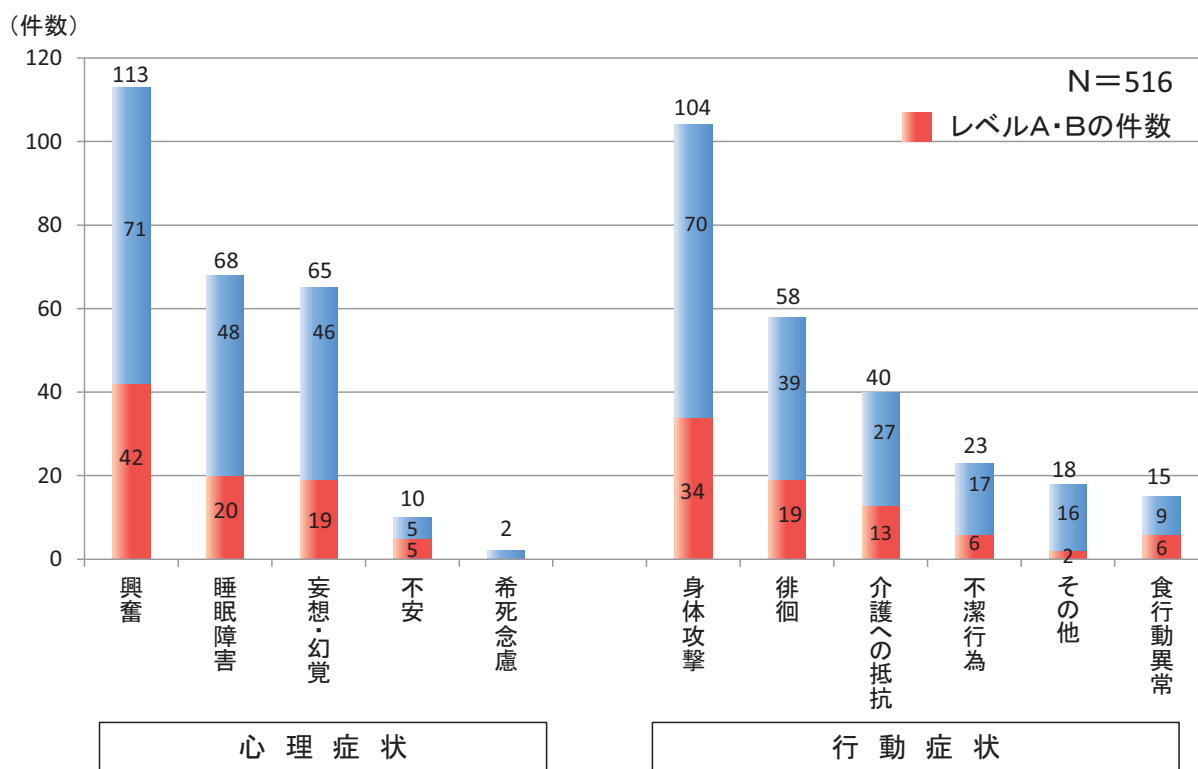
レベル評価



16

入院時に認められたBPSDの延べ件数と クリニカルパス使用により軽減あるいは改善（レベルA・B） したBPSDの延べ件数

NPIによる分類



17

急性期認知症入院クリニカルパスの有用性

- 1) 早期退院への意識づけが明確
- 2) 医師、看護・介護職員だけでなく、精神保健福祉士、心理技術者、作業療法士、言語療法士、管理栄養士、薬剤師等の職員が病状の経過や治療過程(退院支援を含め)を把握できる。
- 3) 入院後の経過を定期的(入院1週目、2週目、1ヵ月、2ヵ月・・・)に家族へ説明し、治療への理解を得る。
- 4) 退院に向け、地域の介護保険サービスがスムーズに利用できるよう、病院側、患者・家族と介護の職員とが連携を図る。
- 5) 退院後も専門医療機関は長い認知症の治療経過をサポートしていく。

18

認知症治療病棟における専門治療

- 1) 精神保健福祉法による人権に最も配慮した病床である。
- 2) 精神保健指定医が病院にいる。
- 3) 「傾聴、受容、共感、支援的対応」という精神科看護を身につけた専門スタッフがいる。
- 4) 多くのコメディカルスタッフ(PSW、CP、OT 等)が治療に加わる、さらに常勤の身体科医師がいる。
- 5) 薬物療法(薬物の調整を含む)、非薬物療法(精神療法、心理教育、作業療法 等)を行う。
- 6) その人らしさを支持し、居場所を作り、治療空間を整え多面的治療を行う。

19

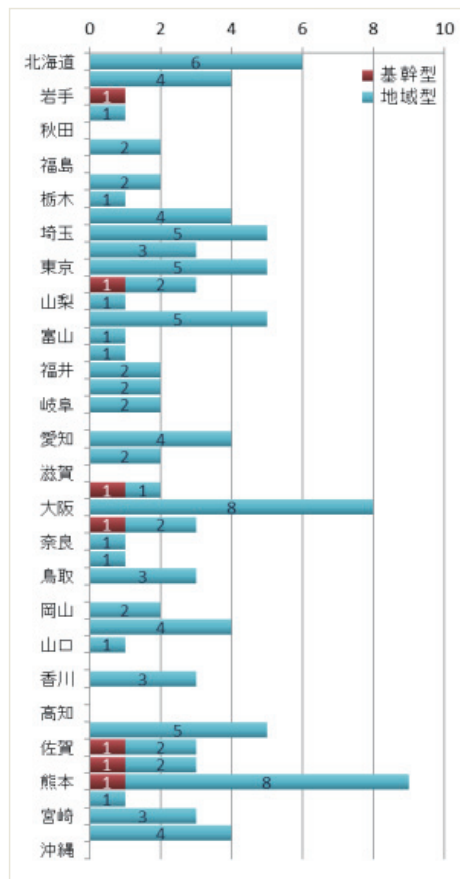
全国認知症疾患医療センター連絡協議会（第9回）（平成25年8月2日開催）

認知症疾患医療センター 実績報告書（平成24年6月～平成25年5月）

調査対象：193病院（※会員病院：109病院 非会員病院：84病院）（平成25年4月15日現在）

有効回答：113病院（※会員病院：75病院 非会員病院：38病院）（回答率58.5%）

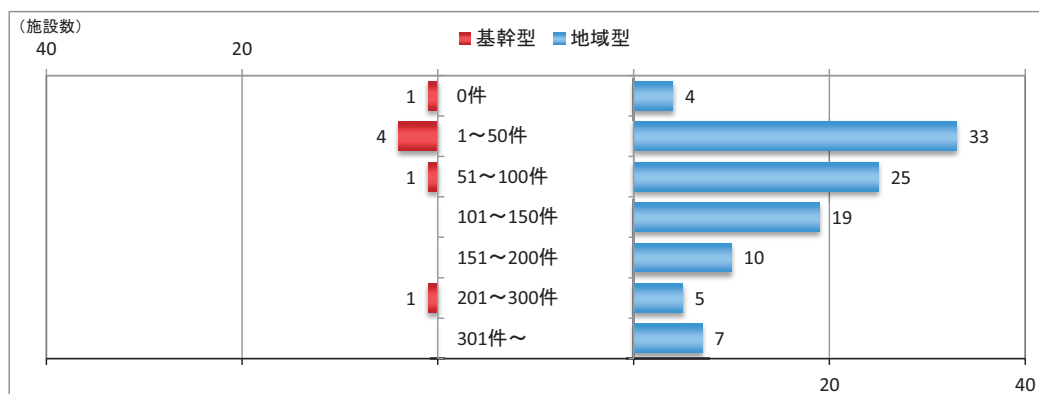
都道府県	基幹型	地域型	計
全国	7	106	113
北海道	0	6	6
青森	0	4	4
岩手	1	0	1
宮城	0	1	1
秋田	0	0	0
山形	0	2	2
福島	0	0	0
茨城	0	2	2
栃木	0	1	1
群馬	0	4	4
埼玉	0	5	5
千葉	0	3	3
東京	0	5	5
神奈川	1	2	3
山梨	0	1	1
新潟	0	5	5
富山	0	1	1
石川	0	1	1
福井	0	2	2
長野	0	2	2
岐阜	0	2	2
静岡	0	0	0
愛知	0	4	4
三重	0	2	2
滋賀	0	0	0
京都	1	1	2
大阪	0	8	8
兵庫	1	2	3
奈良	0	1	1
和歌山	0	1	1
鳥取	0	3	3
島根	0	0	0
岡山	0	2	2
広島	0	4	4
山口	0	1	1
徳島	0	0	0
香川	0	3	3
愛媛	0	0	0
高知	0	0	0
福岡	0	5	5
佐賀	1	2	3
長崎	1	2	3
熊本	1	8	9
大分	0	1	1
宮崎	0	3	3
鹿児島	0	4	4
沖縄	0	0	0



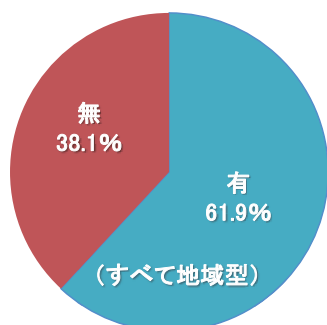
20

認知症疾患医療センター 一般病床と精神病床を有する

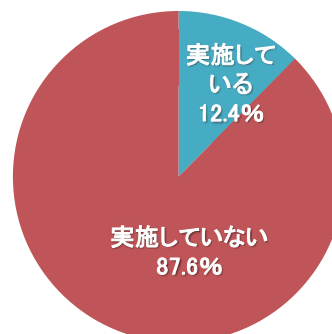
センターへの入院件数（年間）別施設数



認知症治療病棟の有無



急性期入院クリニカルパスの実施



（資料）全国認知症疾患医療センター連絡協議会（第9回）

21

一般病棟における 認知症患者へのケアの実情 ～認知症看護認定看護師の立場から～

公益社団法人日本看護協会 看護研修学校
認定看護師教育課程 認知症看護学科

島 橋 誠

一般病棟における認知症の人に関する課題 (認知症看護認定看護師へのヒアリングから)

- (当院は全ての患者に対し断らない方針)今年の夏は認知症を伴う大腿骨頸部骨折の入院が多かった。他院の受け入れが悪く当院に回ってきたのではないかと。
- (当院は全ての患者に対し断らない方針)認知症という理由で様々な病院で断られ、当院に来院する認知症の人を何度もみた。多くの場合は「何度も同じことをきいてくる」「つじつまの合わない話をしている」というだけでレッテルを貼られていた。
- 二次救急病院では認知症という既往があると受け入れないことがある
- (地域連携パスを導入している)認知症の人であるだけで、受け入れ不可能といわれることがある。

受け入れの実態

- (当院のアンケートで)認知症の人を厄介な人と思っている看護師が多い事がわかった。
- 看護師の認知症についての苦手意識はあり、主疾患に専念したいのが実情
- (急性期病院)様々な症状で認知症の人は入院するが、認知症が重度の場合には家族に付き添いを依頼することがある。ジレンマをかかえている。

看護の実態

- (専門科がない)主治医や心療内科の医師の判断で薬を使用するが、看護師の対応だけでは難しく、薬にたよるざるを得ないこともある。治療が終わっても家族や施設から受け入れ困難であることも多く、精神科の病院を探すことになる
- 薬の調整がうまくいかない、ケアに問題がある等で「後は専門の病院に任せよう」と精神科病院に依頼することがある。
- せん妄やBPSDの治療をしても困難な場合、精神科への転院も余儀なくされる

認知症治療と精神科との関わり

一般病棟における認知症の人への対応の困難さ

- 予防策を実施しても生ずる事故
 - － ドレーンの自己抜去、誤薬等
- 認知症の人を尊重した対応ができない
 - － 身体拘束、認知症の人に対して強い口調になる等
- 患者に安寧な状態を提供することへの医師への理解の得られにくさ
 - － 認知症による様々な反応や困難を理解した上で治療を選択して欲しい等
- 家族に状況を理解してもらえないため長引く退院
 - － 家族は認知症の進行した状況を受け入れることができず予定より約一週間退院が延びてしまう等

松尾香奈：一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ，日本赤十字看護大学紀要No. 25, pp. 103～110, 2011 2

認知症ケアに携わる看護師

背景

- 老年看護学が教育基準カリキュラムに加わってまだ間もない（1989年より開始）
- 現任教育における認知症ケアに関連した研修の機会が不十分である
- 一般病棟における具体的な認知症ケアのあり方や手法が明らかにされていない
- これまで、認知症看護分野におけるスペシャリストの育成を目指したものはなかった

誕生

- 日本看護協会は、2004年日本老年看護学会からの申請を受け「認知症看護」を特定分野として認定した
- 2005年から認知症看護認定看護師の教育を開始した

認定看護師（Certified Nurse;CN）

認定看護師とは

日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいう

認定看護師の役割

実践	特定の看護分野において、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する
指導	特定の看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う
相談	特定の看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う

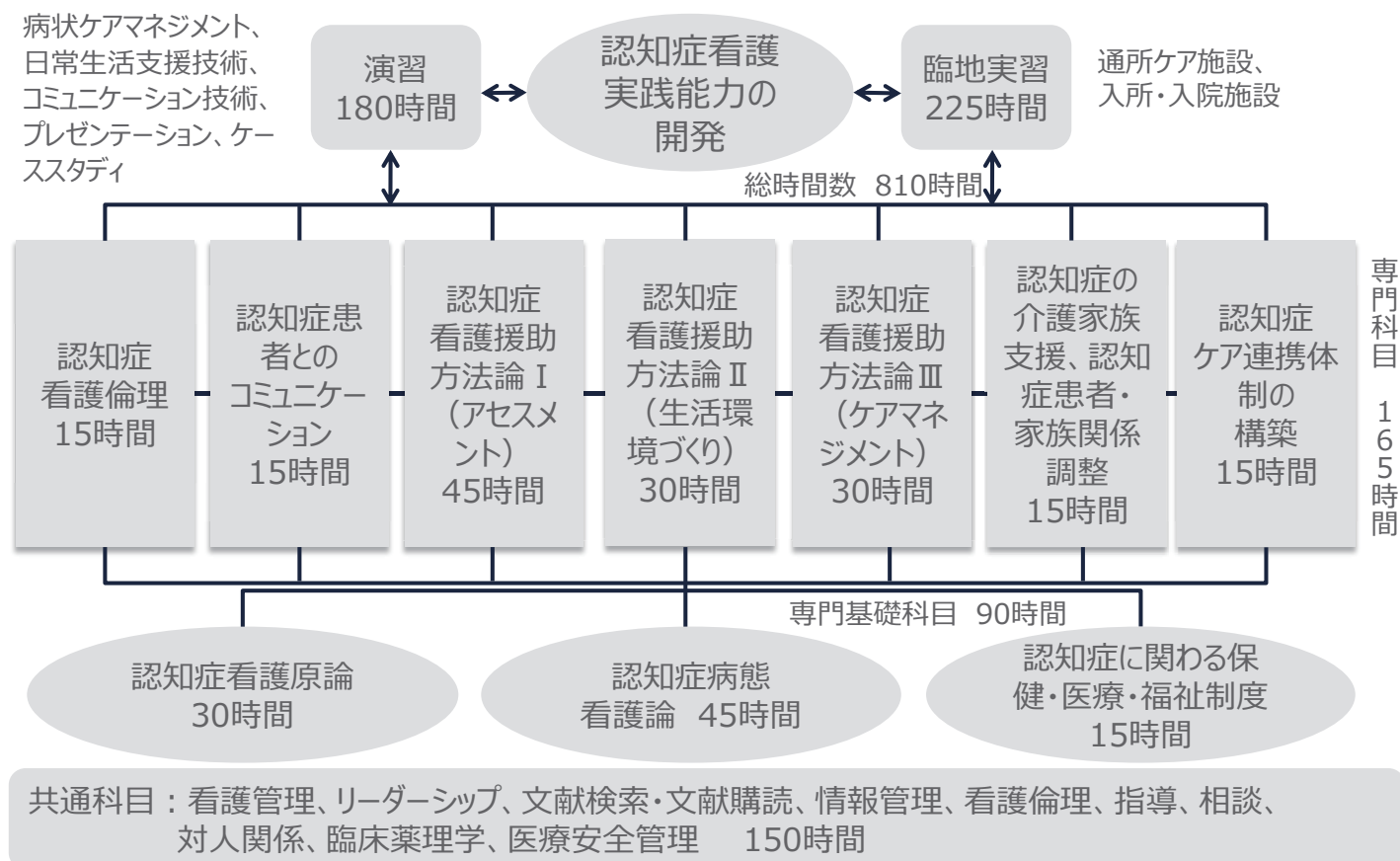
4

認知症看護認定看護師に期待される能力

1. 認知症患者の意思を尊重し、権利を擁護することができる
2. 認知症の発症から終末期まで、認知症患者の状態像を統合的にアセスメントし、各期に応じたケアの実践、ケア体制づくり、介護家族のサポートを行うことができる
3. 認知症の行動・心理症状（BPSD）を悪化させる要因・誘因に働きかけ、予防・緩和することができる
4. 認知症患者にとって安心かつ安全な生活・療養環境を調整することができる
5. 他疾患合併による影響をアセスメントし、治療的援助を含む健康管理を行うことができる
6. 認知症に関わる保健・医療福祉制度に精通し、地域にある社会資源の活用・開発に寄与できる
7. 認知症看護の専門的知識及び技術の向上のための自己研鑽に取り組み、ケアニーズの変化に対応できる
8. 認知症看護に実践を通して役割モデルを示し、看護職に対する具体的な指導ができる
9. 認知症看護に関する看護職の具体的な相談に対応することができる
10. 他職種と積極的に協働し、認知症に関わるケアサービスを推進するための役割をとることができる

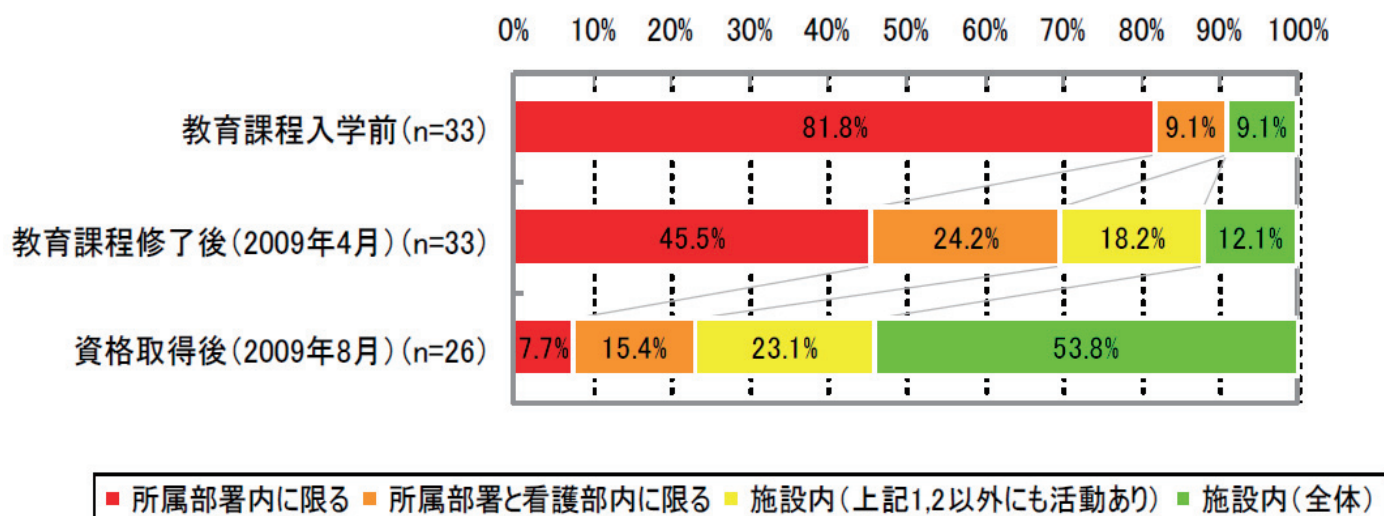
5

認知症看護認定看護師のカリキュラムの構造



6

認知症看護認定看護師の活動範囲



7

一般病棟における認知症看護認定看護師の実践

急性期	● 異常の早期発見、全身状態の観察、苦痛の緩和、安全管理 ● 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ● BPSDの予防・緩和 ● 二次的障害の予防、早期リハビリテーション
回復期	● ADL拡大への援助、日常生活の再構築 ● 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ● BPSDの予防・緩和 ● 退院指導
慢性期	● 機能維持や体力増進、心理面での安寧 ● 自分なりの方法でADLを遂行 ● 社会生活を継続していくための援助 ● 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ● BPSDの予防・緩和 ● 褥瘡の予防と処置、関節拘縮の予防

8

まとめ

- 一般病院に勤務する看護師の多くは、認知症の人への対応に困惑している
- 認知症看護認定看護師等が配置されていたとしても、管理が困難な認知症の症状はあり、精神科病院への転院等余儀なくされる
- 身体治療を終えたとしても、認知症の人を受け入れてくれる受け皿が少ない



認定看護師、認知症対応力向上研修等
せん妄やBPSDへの対応について専門医療からのアドバイス
精神科医療へのコンサルテーション、必要に応じた入院等

一般病院での対応力の向上

地域や介護施設での対応力の向上

…その結果として、認知症の人の受け皿が大きくなり、認知症地域連携の強化にもつながる

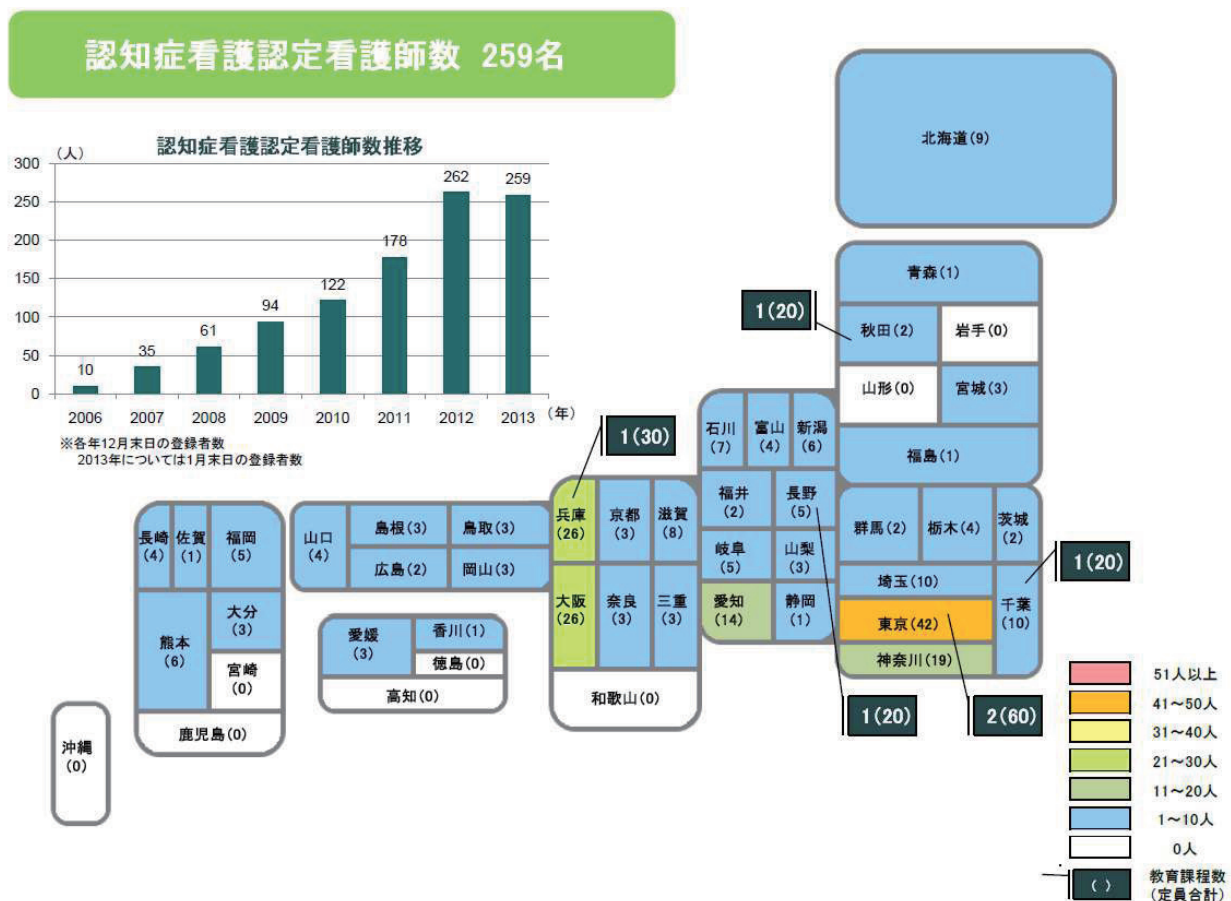
9

一般病棟における認知症の人の処遇に関する課題 (認知症看護認定看護師へのヒアリングから)

- 出来る限りの対応策(手術などは麻酔の方法を変える、予め 外来で行える限りの検査を外来で済ませる、病室を検討する、家族の付き添いを依頼する、入院日を延長する)を講じているが、一般病院で管理が困難なBPSDであれば、治療を中断し、精神科病院に転院することもある
- 身体治療が終わっても、家族や施設から受け入れ困難であることが多く、在宅で認知症の人を見るためには家族の協力なしでは無理であるため、認知症を受け入れてくれる精神科の病院を探すことになる

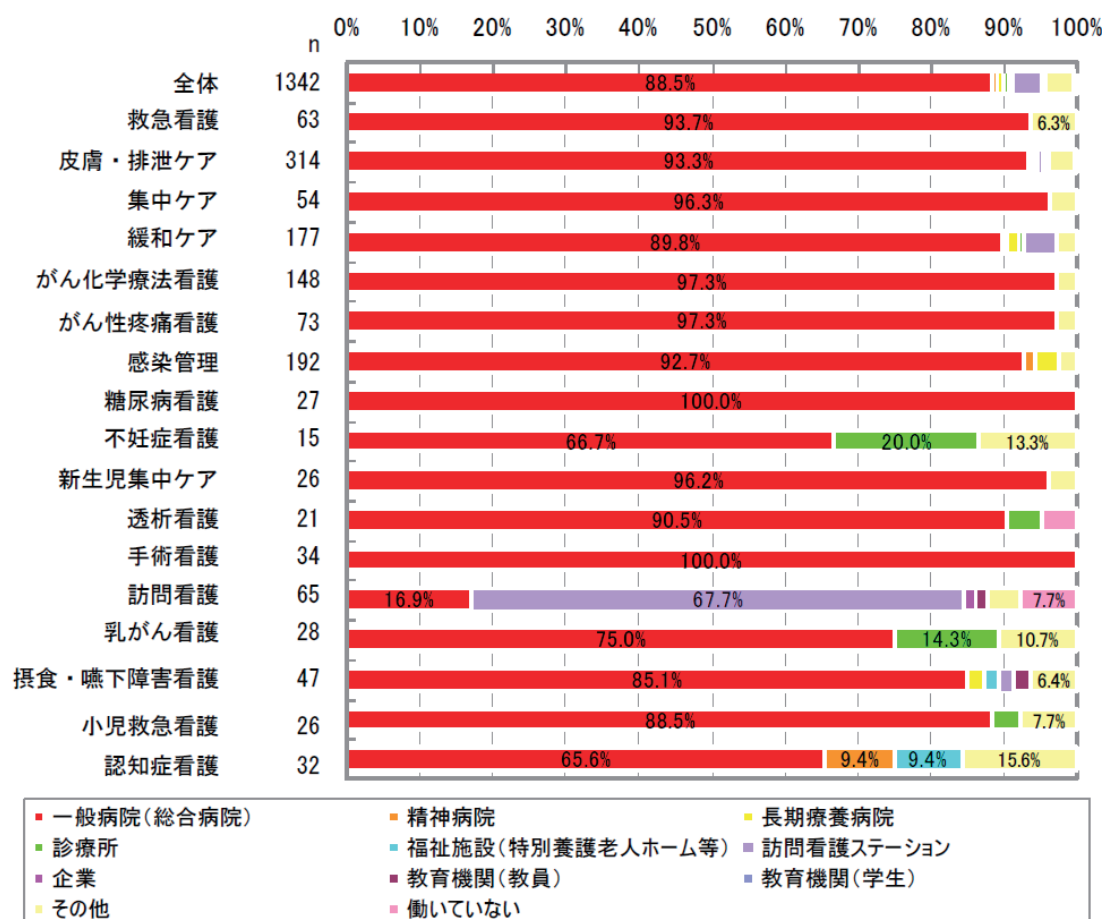
10

認知症看護認定看護師の登録数



11

認知症看護認定看護師の所属施設



資料 4

急性期病院における 認知症患者の入院の実情

国立がん研究センター東病院
臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野
小川朝生

コンサルテーション精神科医による フォーカスグループ

急性期病院における認知症の治療・ケアの課題:

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、院内コンサルテーションで対応するしかない
3. 院内の連携の悪さ(コンサルテーションに出ない)
4. せん妄を含め、スタッフのアセスメント能力の不足と無力感
 1. 不適切な対応が症状の増悪を招く
 2. 在院日数の延長
 3. 無理な退院と再入院
 4. 家族に過度の負担を強いる(24時間の付添を要請)
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題(栄養管理、疼痛管理)
6. 退院調整に時間を要する
認知症と身体治療と両方可可能な施設はきわめて少ない

1

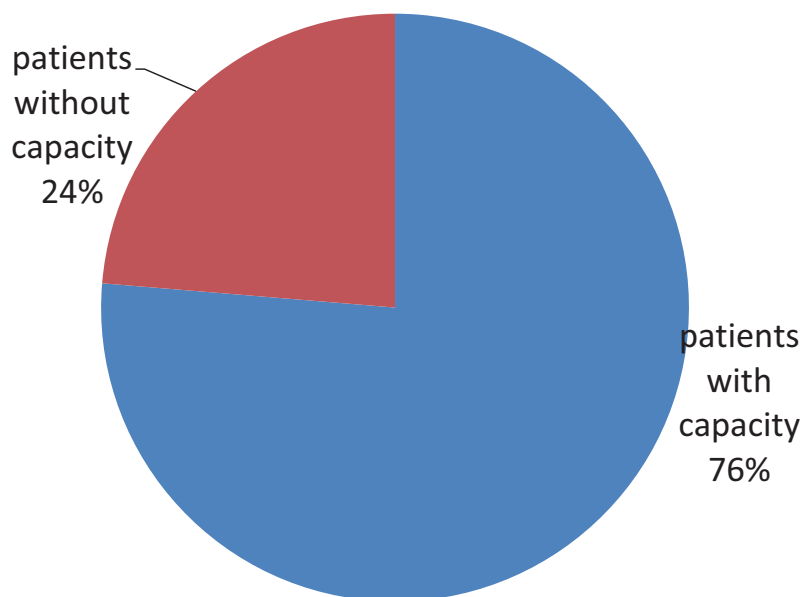
認知症は気付かれていない

- イギリスにおいても、正確な診断を受けている認知症患者は半数以下。しかも診断を受けるのは、しばしば急性期病院に入院してから。
- 入院しても正確な診断を受けられるのは37-46%に限られている

(Harwood, Age Aging 1997; Joray, Am J Geriatr Psy 2004)

2

理解力の認識: 治療開始時



抗がん治療開始予定の患者114名に意思能力判定面接を実施

24%が障害と判定

- ・治療内容
- ・セルフケア
- ・アドヒアランスの問題

担当医が理解に問題あると気付いていたのはそのうちの22%であった

(2012厚生科研明智班)

24% (95% CI: 16%-31%)に障害

3

入院中のケアの問題

入院

退院

認知機能のアセスメントがなされない

せん妄発症:
内科病棟20%
外科病棟30-50%
緩和ケア病棟50%

身体管理

認知症患者の身体ケアの方法を知らない
疼痛対策が不十分
自覚症状がとれないため早期発見・対応が困難
アパシーを放置

せん妄

せん妄に気付かない
不適切な疼痛管理
不適切な薬剤使用(BZP)
不適切な抑制
低栄養・脱水
活動低下
家族への過度の負担

認知症ケア

BPSD(低活動):意欲低下、拒食、抑うつ
気付かない
低栄養・脱水
感染(尿路、呼吸器)
活動低下

BPSD(過活動):焦燥、攻撃性、暴力
評価・対応方法を知らない
不適切な薬物療法
不適切な抑制
低栄養・脱水
家族への過度の負担

せん妄遷延
認知症増悪

↓
身体悪化
入院長期化
ADL低下
在宅移行困難

せん妄の原因は身体疾患であり、発症時は重篤な場合が多く、転院等の対応は事実上困難

徘徊については、リスク評価、アセスメント方法があるが、知られていない

構造上、暴力・攻撃性には急性期病院は弱く対応は困難

4

認知症患者の比率(入院)(海外)

- 急性期一般病棟: 9.1-50.4%
(Hickey 1997, Feldman 1987)
- 老年病棟: 63-79.8%
(Torian 1992, Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院: 31-88%
(Homes 2000)

認知症患者の入院理由

- 誤嚥性肺炎、膀胱炎、尿路感染症、転倒、敗血症、大腿骨頸部骨折が多かった
(Zhao 2008)
- 肺炎、胃腸炎、尿路感染はambulatory care sensitive conditionと呼ばれ、予防や早期発見に努めることで、アルツハイマー病患者の緊急入院を予防することができると言われる
nursing homeのquality indicatorである

5

急性期病院入院治療中の患者の認知機能: MOCA-J

国立がん研究センター東病院呼吸器内科で初回化学療法を予定している
入院患者へのCGA連続調査
2012年10月- 107名終了、平均年齢71.5±5.0歳

	平均点	SD	25点以下
化学療法入院 1 st line	22.3	3.6	72/107
化学療法入院 2 nd line	21.1	3.8	17/22
化学療法入院 3 rd line	23.3	3.9	7/11
PCU外来	24.0	2.7	5/6
在宅	23.5	2.2	3/9
PCU入院	20.6	5.3	6/8

6

認知症患者の急性期病院入院治療の問題点(海外)

- 多剤併用による弊害、複合的な医原性の障害を高率に生じる
(Zekry 2008, Fields 1986)
- 看護師が介助に要する時間が3時間増える
(Erkinjuntti, 1988)
- 採血が増える
(Sampson 2006)
- 抑制が増える
(Morrison 2000)
- 支持緩和療法の適応を医師が考えない、緩和ケアチームへ紹介しない
(Sampson 2006)
- 疼痛の放置
(McCarthy 1997, Morrison 2000)

身体治療・ケアの問題
認知症ケアの問題



問題が相互に影響し複雑化

7

認知症が身体治療のアウトカムに与える影響

- 機能低下の独立因子
(Covinsky 2003)
 - 機能低下を来す要因は2つある。
一つは急性期疾患によるもの、もう一つは入院後に機能を維持改善できないこと
(Sands 2003)
 - 機能低下は様々な影響を及ぼすが、最終的にはベッドで休んでいる時間が長くなり、活動が制限
 - 軽度認知機能障害の時点でも入院期間が4-23日長くなる
(Erkinjuntti, Lyketsos 2000, Fields 1986, Fulop 1998)
- 理由: nursing homeやresidentialへの移行に調整を要するから
医原性の障害と院内感染の増加
- 認知症患者は、認知症のない患者と比べて入院死亡率が高い
(Fields, 1986)
 - 認知症の重症度と比例
(Sampson 2009)

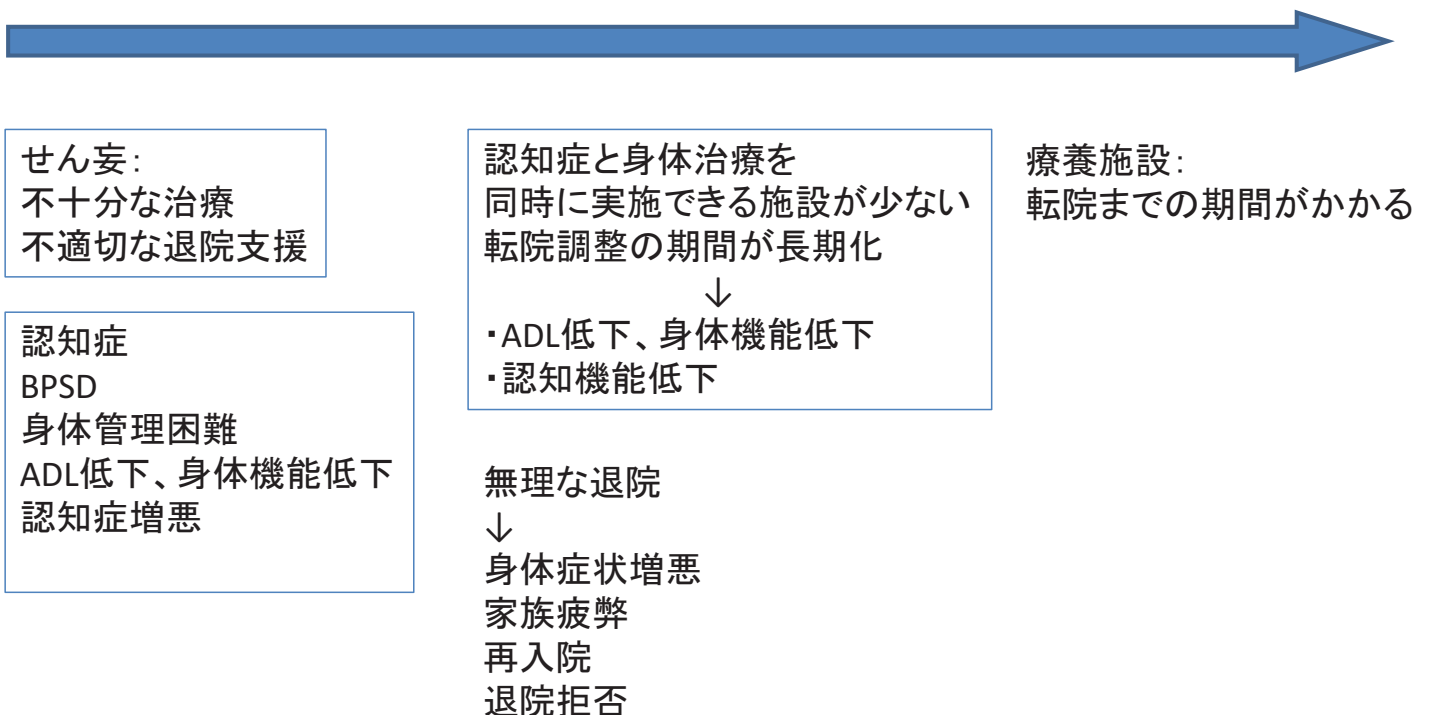
8

認知症患者の身体合併症(海外)

- 多いという報告(Sands 2003)、少ないとの報告 (Zekry 2008)
- 認知症患者のほうが重篤
おそらく発見が遅れるためと肺炎・敗血症が多いため
(Sampson 2009)
- 死亡患者の調査で、死亡に直結する重篤な身体疾患が見落とされていることが多いとの報告
(Kammoun 2000, Fu 2004)
- がんでは、スクリーニングプログラムにのらない、診断が遅れる
(Gupta 2004)
- BMIが低い、脱水が多い、電解質異常が多い
おそらく不適切なアセスメント・ケアが原因 (Sampson 2009)

9

退院調整・転院調整



10

急性期病院と精神科病院への連携

- 身体治療の提供の問題があり、現実的に連携が困難
- 特にせん妄は全身状態が重篤な状態が多く、転院が難しい
- 認知症：
調整に時間を要し、調整中に合併症が増加
 - 身体機能低下
 - 合併症（肺炎、脱水、低栄養）増加
 - 認知機能低下
- 調整に時間を要する背景に
 - 医師・病棟スタッフ、MSWの認知症に関する知識の問題
 - 院内の連携の問題

11

過活動型BPSD（徘徊、常同行為、退院要求など）は急性期病院でも、アセスメントが適切に行えれば対応は可能：

70代 男性 膵がん

進行膵がんの進行に伴い、胆管炎を発症し、感染コントロールのために入院したが、「家に帰る」を繰り返す。入院の必要性を説明しても数分後には忘れて、同様の行動を繰り返すために、対応についてコンサルテーションに依頼。認知機能検査、頭部MRI等によりアルツハイマー病とせん妄の診断とともに、焦燥感の背景に疼痛の放置が疑われたために、抗精神病薬少量による抗精神病薬治療と疼痛管理を開始。同時に、患者に伝わりやすい説明・対応方法をスタッフで共有したところ、落ち着いた。

急性期病院では対応がどうしても難しい場合： 暴力を伴う過活動型BPSDの場合

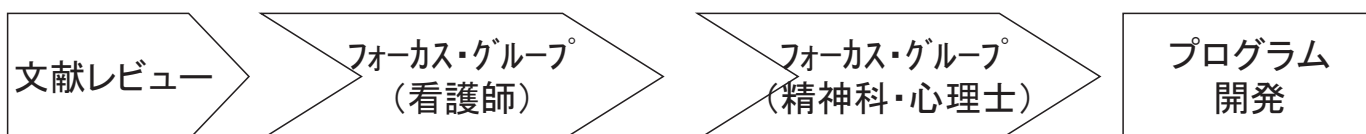
60代 男性 肝細胞がん、アルツハイマー病

肝細胞がん再発に対してラジオ波焼灼術目的で入院。入院前より家人（妻）に対する暴言・暴力があった。入院後より担当医や病棟スタッフに対して、「妻と組んで入院をさせた」と言い、離院を制止しようとするや殴るなどの行為があった。家族と相談をしたが、家族も疲弊しており退院しても対応が困難であり、やむを得ず精神症状への対応を精神科病院に依頼、症状が落ち着いてから身体治療を再度検討せざるを得なかった。

12

急性期病院での対応(国立がん研究センター東病院の取り組み) せん妄の多職種ケアプログラムの開発と実践

非薬物的ケアに関するbarrier と対策の抽出



- エキスパートパネル(医師・看護師・心理士・教育者)によるフォーカスグループ

問題点

- ①せん妄に気づけない
- ②せん妄の診断に確信がもてない
- ③具体的な初期対応が起こせない
- ④医療者間のコミュニケーション障害

目標

- ①せん妄への気づきの向上
- ②③確診に到らなくてもアクションが起こせる
(ハイリスク状態でのアクション)
- ④医療者間のコミュニケーションツールの開発

13

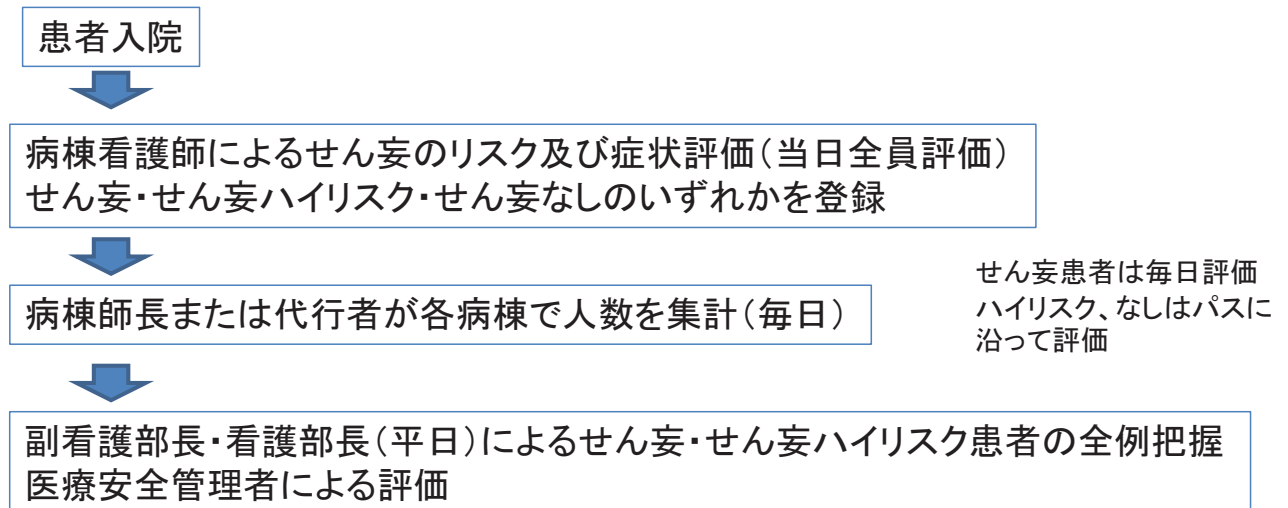
行動につながる研修(学習理論に基づく研修)

- せん妄に関する知識(坐学)だけでは実践困難
- 目の前で生じている症状をアセスメントするためのワークショップ(ビデオを用いた症状アセスメント)とロールプレイ(対応方法)
- 緩和ケアチームによる定期的な病棟カンファレンス
- 看護師全職員がワークショップ受講
- テンプレート、チェックシートともに運用



14

評価と共有



連絡会：病棟リンクナース、リエゾンNs、医療安全管理者

運営会議：医療安全管理者、リエゾンNs、精神腫瘍科、薬剤科で定期的に行われる

15

急性期病院で認知症ケアを改善するために必要なこと

身体管理

- ・ 栄養管理の改善
- ・ 疼痛コントロールの改善

認知症ケアの改善

- ・ 認知症のアセスメント、実践技能の向上
目の前の現象とアセスメントがつながるための実践的な学習機会が必要（ビデオ学習と取り入れたグループワーク、ロールプレイと、専門的なチームによるOJTの繰り返し）

構造・院内連携

- ・ 包括的ケアの提供（連携）
（コンサルテーションチーム、緩和ケアチームへ依頼が出にくい）
- ・ 専門的ケア病棟の設置

16

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成 25 年度第 1 回) 議事要旨

1. 日 時：平成 25 年 9 月 9 日(月) 18 時～20 時
2. 会 場：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の 間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、新井委員、河崎委員、鴻江委員、宮崎様(斎藤委員代理)、助川委員、高見委員、筒井委員、内藤委員、新田委員、野澤委員、宮島委員、森委員、山崎委員(五十音順)
4. 議事(概要)
 - (1) これまでの整理と今後の進め方について
 - 事務局より昨年度の議論の整理と今年度の研究会の進め方について説明。今年度の研究会の進め方について各委員了承。
 - 昨年度の主な議論のうち「なぜ入院が長いのか(昨年度の主な議論の整理)」の制度的要因の一部表現について、誤解を招く表現となっていることから、表現を正確化することとした。
 - (2) 議論の出発点となるデータ・実態の把握について
 - オプザバーバより昨年度の研究会で議論に上がったデータについて報告

[主な意見等]

- 参考 5「疾患別の退院患者平均在院日数の推移」のデータでは精神科病床を一まとめとした平均値となっているが、精神科病床にも規定により様々な種類があり在院日数も異なることから、それらを分けてデータを出す方がよい。
- (3) 認知症の人の精神科入院への入院の実態について
 - 入院前の居場所については(2)にてデータが紹介されたが、それぞれの場所から精神科入院に入る原因・理由として、それぞれの場所における実態(事例)やデータ等を関係する委員から紹介。在宅からの事例として助川委員(ケアマネ)や宮島委員(小規模多機能)から、施設からの実態等として河崎委員(グループホーム)、鴻江委員(特養)、内藤委員(老健)からそれぞれ発表。
 - これら紹介頂いた実態等に関し、他の委員から質問や意見等が出された。

[主な意見等のまとめ]

- 精神症状が強い事例の報告が多かったが、こういう大変な事例は何百万人という認知症の人のうちのごく僅かである。また入院しなくても、あるいは迷惑行為・自傷他害(退院困難事例)があっても介護の質を高めた生活支援等により適切に対応し「住み慣れた地域で最期まで」をある程度成功させている地域もあることから、「精神科入院に入院する患者の実態」は地域・家族・施設の介護スキル等によって大きく異なる。
- 精神科病院の現場では、家族介護が限界に達しようしなくなってきた患者、スーパー救急での搬送患者等の重症患者が増えている。また、身体合併症を診るべき地域の基幹的な総合病院が精神科の単科病院に患者を送ってくるという課題もある。そういう構造をなくさなければ、利便的な事を議論しても、問題の解決にはならないのではないかと。
- 地域・家族・施設でみて(入院をお願いしなくてもよい状況や、入院しても早期退院でできる状況をつくって)いくには、かなり早期の生活支援の段階から認知症を支えていく必要がある。そのためには理念ではなく、例えば一般の医師・ケアマネ・看護師等が精神科医と連携

して気軽に相談対応する、原因疾患の特徴や認知症の症状について説明し地域・家族・施設が理解する等、在宅や施設で精神科病院と協力しながら介護・生活支援できる地域での体制づくりが重要。

- どうしても精神科病院への入院が避けられない場合は現実にある。したがって精神科病院でしかできないこと(あるいは患者の状態)や、精神科病院への入院が避けられないような状態の明確化が必要。精神科病院だけで解決しようとしていないで、いかに精神科病院の精神科病たる治療をやりながら、早く地域に帰す、家族に帰すために、精神科病院がどれだけ地域の資源と協力をしていくか、という事も大切な課題
- (明確化の一つの方法として)患者の医学的な状態に加え、地域の介護の状況などの様な条件・内容等で精神科医が実際に退院不可(長期入院が必要)を判断しているのかを明らかにする必要がある。また、病院側から見ただけでは退院の可否だけではなく、生活支援ができる地域での施設等であってもどうしても入院させてもらわざるを得ないケースを把握する必要がある。あるいは、地域差を考慮するのではなく単身の認知症高齢者をモデルとして地域で暮らせる状態・条件を明確化すればよいのではないかと。
- 一方、どういう状態だったから地域で暮らせるかは様々な異なる条件があるため定めるのは難しいのではないかと。また、認知症はステージ毎に現れる反応が異なり、重症化だけで説明できない要素も多く、施設や家族等では力が及ばない自傷他害が起こりうる患者が、どういう要件で薬や入院での対応が必要と判断できるかは(他の疾病と比較して経験が少ないこともあって)必ずしも確立されていない。
- 状態の明確化以外にも、(退院や再入院の抑制や予防上から)地域と精神科病院で BPSD に関する共通の認識や判断が必要。また、入院・投薬等の要否を判断する前提として、認知症における BPSD と認知症を併発した精神疾患とを地域の医療機関が鑑別・診断する力を強化する必要。

(4) 座長まとめ

- 家族・施設・地域の力の格差の診断はどういうスケールでどう表現すればいいのか、退院可否の判断の把握等、もう少し具体的に組上にのせて検討していくことによって、将来考えられる選択肢の中でどういう姿が一番いいかが決まったら、それに向け 3～5 年程度の時間軸を引いてどのように全体の底上げをしていくかという計画に落とし込んでいくことになるのではないかと。

以上

事務連絡
平成25年10月11日

認知症治療病棟を有する精神科病院 御中

厚生労働省老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート
調査への協力の依頼について

平素より、認知症対策等の円滑な推進にご尽力賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、平成25年度老人保健健康増進等事業により、株式会社富士通総研において「行動・心理状態等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業」を実施することとしております。

同調査研究事業では、調査研究の一環として、精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査を実施しており、厚生労働省としては、このアンケート調査を大変有意義であると考えていることから、より多くの病院のご協力をいただきたいと考えております。

つきましては、ご多用の折大変お手数をおかけしますが、本調査の意義を十分ご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関する
アンケート調査

ご協力をお願い

弊社では、現在、厚生労働省「平成25年度老人保健健康増進等事業」における「行動・心理状態等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業」を実施しており、その一環として標記のアンケート調査を実施することとなりました。

本調査は、認知症の人が、精神科病院の支援を受けながら、できる限り地域で暮らし続けることが可能となるよう、精神科病院への入院治療が必要な認知症の人の状態等を検討するため、過去3か月の間に、精神科病院に入院している患者の状態等を把握するための統計的な数値として取り纏めますので、固別の医療機関・入院患者に関する内容が公表されることは、一切ございません。

なお、ご協力頂いたアンケートの結果は、全国的な実態を把握するための統計的な数値として取り纏めますので、固別の医療機関・入院患者に関する内容が公表されることは、一切ございません。
ご多忙中の折、恐れ入りますが、本アンケートの趣旨をご理解頂き、是非ともご協力下さいますようお願い致します。

平成25年10月

株式会社富士通総研

ご回答に際してのお願い

1 アンケートへの回答方法

◆精神科病院に入院した認知症の人のうち、本年7～9月の間に貴院に入院していた（その間の新規入院を含む）患者さんが、調査対象となります。

◆調査対象者お1人につき2枚の回答用紙となります。5人分同封していますが、該当者が多く、用紙が不足する場合は、お手数をおかけして申し訳ありませんがコピーにより増やして頂き、必要人数分、回答願います。

◆調査対象者の、**入院時点の状況**について回答願います。各問の案内に沿って選択・記入等願います。認知症の重症度(FAST)は別添資料をご参照の上、回答用紙にご記入下さい。

◆ご回答は、調査対象者ご本人ではなく、貴院で調査対象者ご本人をよく知る方（医師・看護師・職員等）にお願いします。

2 ご返送方法

◆回答用紙のみ（人数分）を、**平成25年10月21日(月)まで**に、FAXにて返送願います。
FAX 送信先（専用受付）：03-5401-8437

◆FAXが困難な場合は、同封の返信用封筒に回答用紙を封入し（切手は不要です）、投函願います。

3 本調査に関するお問い合わせ先

◆担当者不在のことがありますので、下記電子メールにてお尋ね頂けますと助かります。
ftr-ninchit-botaizo@cs.jp.fujitsu.com（株式会社富士通総研 公共事業部 藤原宛）

FAX 送言先:精神科病院へ入院する認知症の人の状態等に関するアンケート専用受付:03-5401-8437

入院時点の認知症の人について記入願います

(1患者1通)※2枚組です

Q1 入院日	教団記入	西暦	年	月	日
Q2 退院日	番号に1つ0 1は日付記入	1. 退院済 (退院日＝西暦 年 月 日) 2. 退院済だが退院日不明 3. 現在も入院継続 4. 退院したか不明			
Q3 性別	番号に1つ0	1. 男性 2. 女性			
Q4 年齢(入院時)	患者の住所地	1. 65歳未満 2. 65～74歳 3. 75～84歳 4. 85～94歳 5. 95歳以上			
Q5 市区町村	都・道・府・県	市・区・町・村			
Q6 認知症の診断名	番号に0(混合型は複数に○)	1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビート小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 6. その他 () 7. 不明			
Q7 入院形態	番号に1つ0 その他は内容記載	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 応急入院 4. 緊急措置入院 5. 措置入院 6. その他 () 7. わからない			
Q8 入院希望者	番号に0(複数選択可) 詳細を記載	1. 本人 2. 家族 3. 介護職 4. その他の希望・事情等 5. 希望者不明 上記の詳細 () 自宅(家族構成) 1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 夫婦と子 4. 本人と子のみ 5. その他同居者あり			
Q9 入院前の居所	番号に1つ0	施設等 6. 認知症対応型グループホーム 7. 特別養護老人ホーム 8. 介護老人保健施設 9. 介護療養型医療施設 10. 老人ホーム (介護付有料、養護、軽費) 11. サービス付き高齢者向け住宅 12. その他施設 13. 一般病床 (科) 14. 療養病床 15. その他病床 □→ 選択した病床での入院期間 (約 日) その他(上記以外) 16. その他			
Q10 認知症高齢者の日常生活自立度	番号に1つ0	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明			
Q11 障害高齢者の日常生活自立度	番号に1つ0	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明			
Q12 要介護度	※入院時点	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 不明			
Q13 入院前のかかりつけ医の有無		1. あり (精神科) 2. あり (精神科以外) 3. なし			
Q14 入院前に利用していた主なサービス	当てはまる番号全てに○	医療 1. 通院・在宅精神療法 2. 精神科ショートケア 3. 精神科デイケア 4. 精神科ナイトケア 5. 精神科デイ・ナイトケア 6. 重度認知症デイケア 7. 精神科病棟訪問看護 8. その他医療保険 9. 利用無し 介護 10. 介護予防サービス 11. 介護予防支援 12. 地域密着型介護予防サービス 13. その他予約給付 14. 居宅サービス 15. 居宅介護支援 16. 施設サービス 17. 地域密着型サービス 18. その他介護給付 19. 利用無し			
Q15 入院理由	上位3つまで番号を順位欄に記載 10と12選択時は()に詳細を記載 11選択時は英字も選択し詳細を記載	第1位 1. 行動・心理症状(BPSD)の増悪 2. 地域からの要請(民生委員等) 3. 薬剤の調整 4. 診断を確定するため 5. 中後症状の進行 6. 家族の疲弊 7. 持ち帰りなく入院が能ったため 8. 介護施設の入所待ち 9. 経済的理由 10. 介護者の事情(家庭・地域・施設で対応困難) → () 11. 身体合併症の治療のため → a. 外傷 b. 感染症 c. 慢性疾患の増悪 d. その他 12. その他 () (上記の詳細 ())			
Q16 記載者からみて、本人は入院の必要を認識し同意する能力がありましたか	番号に1つ0	1. 能力あり 2. 能力なし 3. 不明			

Q17 認知症の重症度(入院時)	別添参照、数字・英字を記入	ステージ(1～7のいずれかを記入) FASTにおける特徴 (ステージ6か7を選択した場合のみ、該当する英字を全て記入)
Q18 認知症の周辺症状(入院時)	当てはまる番号全てに○	1. 幻視・幻聴 2. 妄想 3. 昼夜逆転 4. 暴言 5. 介護への抵抗 6. 徘徊 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行動 10. 性的問題行動 11. その他 ()

Q19 BPSD の程度(入院時)

1～10について、あてはまる数字に○をつけて下さい。(ありの場合のみ、重症度・負担度の数字に○)

NP1-Q(Neropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form)		なし (番号に○)	症状の重症度 (患者さんご自身で 判断しているか)	あり (1つずつ番号に○) この症状について介護者が感じ ている負担度 (介護者にどれ程影響しているか)
1.妄想	患者さんは事実でないことと信じていますか。例えば患者さんから金品を盗もうとしたり、誰かが患者さんに危害を加えようとしていると言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
2.幻覚	患者さんは幻視や幻聴がありますか。実際にはないものが聞こえたり見えたりしている様に見えますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
3.興奮	患者さんは介助を拒んだり、扱いにくくなる時がありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
4.うつ	患者さんは、悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
5.不安	患者さんは、あなただけに、不安な感じがなくなり、落ち着かなくなりますが、息苦しさやため息、しわがしみがでたり、過度に緊張している等の、神経質さを示すことがありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
6.多幸	患者さんは、過度に機嫌がよくたり幸せそうであることはありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
7.無関心	患者さんは自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなってきたように見受けられますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
8.脱抑制	患者さんは衝動的に行動する様に見えますか。たとえば、見ず知らずの人にあたかも知人であるように話しかけたり、他人の感情を傷つけるようなことを言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
9.易怒性	患者さんは気難しく、怒りっぽいですが、計画が遅れたり待たされたりすることが、がまんできなくなったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
10.異常行動	患者さんは家の周辺を歩いたり、ボタンをもてあそんだり紐を巻いたりするなど、同じ行動を繰り返す事がありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度

(注)

重症度	負担度
1.軽度 2.中等度 3.重度	0.全くない 1.ごく軽度 2.軽度 3.中等度 4.重度 5.非常に重度あるいは極度

ご介護負担には限りなく、処理するのには問題がない、それほど大きな負担ではなく、通常は大きな問題で処理できる、かなりの負担で、時に処理するのが難しい、非常に負担で、処理するのが難しい、極度に負担で、処理できない

ご協力誠にありがとうございます。

この回答用紙2枚を、10月21日(月)までに、FAX(03-5401-8437)・郵送にてご返送願います。

別添 「Q17 認知症の重症度(入院時)」を回答頂く際にご覧下さい (太枠内の番号を 1 つ選択、6 か 7 の場合は英字も選択)

ステージ	FAST における特徴	臨床的特徴
1. 認知機能の障害なし		5-10 年前と比較して職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化は全く認められず支障を来すこともない。
2. 非常に軽度の認知機能の低下		名前や物の場所、約束を忘れたりすることがあるが年輪相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気がつかない。複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適応していくうえで支障はない。多くの場合正常な老化以外の状態は認められない。
3. 軽度の認知機能低下		初めて、重要な約束を忘れてしまうことがある。初めての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をするうえでは支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまいうこともあるが、その後の日常生活の中では障害は明らかとはならず、臨床的には軽微である。
4. 中等度の認知機能低下		買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができない。誰かがついていないと買い物物の勘定を正しく払うことができない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はない。ために日常生活では介助を要しないが、社会生活では支障を来すことがある。単身でアパート生活している老人の場合、家賃の額で大家とトラブルを起こすようこともある。
5. やや高度の認知機能低下		介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときに組み合わせで服を着たりし、適切に洋服を選べない。毎日の入浴を忘れることもある。なだめすかして入浴させなければならぬにしても、自分で体をきちんと洗うことはできるし、お湯の調節もできる。自動車を適切かつ安全に運転できなくなめ、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人が初めて事故を起こすこともある。きちんと服が揃えておれは適切に着ることはできる。大声をあおたりするよるような感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不協和を引き起こし医師による治療が求められる。しばしば必要となる。寝巻の上に着段を着重ねて着てしまふ。靴紐が結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり、ネクタイをきちんと結べなかったり、左右間違えずに靴をはけなかったりする。着衣は介助が必要となる。
6. 高度の認知機能低下	該当する英字を全て選択	(a)不適切な着衣
		(b)入浴に介助を要す。 入浴を嫌がる
		(c)トイレの水を流せなくなる (d)尿失禁
		(e)便失禁
7. 非常に高度の認知機能低下	該当する英字を全て選択	(a)最大限約 6 語に限定された言語機能の低下
		(b)理解し得る語彙はただ 1 つの単語となる
		(c)歩行能力の喪失
		(d)着座能力の喪失
		(e)笑う能力の喪失
		(f)昏迷および昏睡

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成25年度 第3回)

— 議事次第 —

日時：平成25年12月6日（金）
10:00～12:00
場所：アルカディア市ヶ谷 穂高の間

- 1. 開会
- 2. 挨拶
- 3. 議事

(1) 在宅生活を支える地域の体制の確立

【資料1・2・3・4・5・6】

(2) その他

- 4. 閉会

<配布資料>

- 議事次第
名簿・座席表
資料1 鴻江委員提出資料
資料2 内藤委員提出資料
資料3 河崎委員提出資料
資料4 宮島委員提出資料
資料5 助川委員提出資料
資料6 高見委員提出資料

参考資料 議事要旨（第2回）

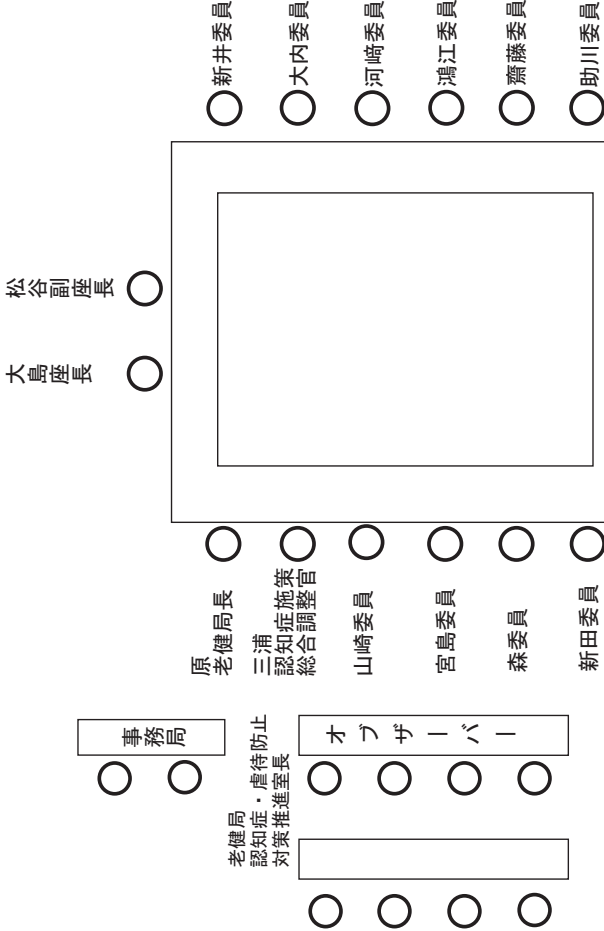
認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成25年度 第3回)

〈五十音順、敬称略〉

委員		
座長	大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長
副座長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長
委員	新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会 理事長
	石田 光広	稲城市役所 福祉部長 欠席
	大内 尉義	一般社団法人 日本老年医学会 理事長
	河崎 茂子	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 代表理事
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長（理事）
	齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
	助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
	高杉 敬久	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	高見 国生	公益社団法人 認知症のひと家族の会 代表理事
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
	新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
	野澤 和弘	株式会社 毎日新聞社 論説委員 欠席
	宮島 渡	全国小規模多機能居宅介護事業者連絡会 副代表
	森 啓	日本認知症学会 理事長
	山崎 學	公益社団法人 日本精神科病院協会 会長

オブザーバー	
原 勝則	厚生労働省老健局長
三浦 公嗣	厚生労働省認知症施策総合調整官・大臣官房技術総括審議官
北島 智子	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
勝又 浜子	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

日時：平成 25 年 12 月 6 日（金）
10:00～12:00
場所：アルカディア市ヶ谷 穂高の間



柱

出入口

報告一般傍聴席

随行者席

資料 1

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

全国老人福祉施設協議会
副会長 鴻江 圭子

(1) 認知症の人に対し実践されているケア内容

①身体的な基本ケア及び環境整備

- ・生活歴、既往歴、性格や家族・介護者との人間関係、趣味や嗜好等についての情報収集と確認
⇒センター方式、ひとときシート、24時間シート等の活用とケアプランへの反映
- ・水分ケア、栄養改善、排泄の自立等の基本ケア
⇒水分、栄養の適切な提供と便秘への対応を含む排泄のパターン把握及び排泄自立への向けた支援
- ・重度化予防及び機能維持、改善のための離床、機能訓練、アクティビティの実施
⇒生活リハビリによる IADL の維持・向上及び機能訓練による ADL の維持向上並びにアクティビティの実施による生活のメリハリと心身の活性化
- ・居室や共用空間の工夫や見守りと事故防止等を踏まえた環境整備
⇒生活の場としての家具や私物の持ち込み及びしつらえ、照明や表示等の工夫、個々の利用者に適合した福祉用具、介護機器の使用

②認知症の原因疾患別特徴を踏まえたケア

- ・四大疾患別（アルツハイマー、脳血管性、レビー、前頭側頭葉変性症）、正常圧水頭症、硬膜下血腫等の確定診断
⇒精神科医による問診、画像、家族・介護者からの情報提供を基に実施
- ・薬剤チェック
⇒抗認知症薬、抗精神薬、身体的基礎疾患への処方について、量、効能、副作用等を定期的に整理

(2) 精神科医療の支援があった場合に、対応が可能となる認知症の人の状態とは、その際の実施可能なケアとは
・事例報告【5例】

(3) 精神科医療に具体的に求める支援内容
・鑑別診断、薬の微調整、BPSDに対するアドバイス

タイトル
今、認知症介護が面白い

取り組んだ課題	具体的な取り組み	活動の成果と評価	今後の課題
きっかけとなった状況 ・開設来16年間同一の精神科医に認知症ケアについて指導を受けてきている。その医師の在宅患者で緊急を要する状態であった ・80床のうち、50床の一般棟（2階）と30床の認知症専用棟（3階）があるが一般棟も認知症の自立度は全員がⅡa以上である ・身体障がい者のショートステイ事業にも取り組んでおり若年の方への違和感がなかった ・本ケース入所時49歳という若さで、小6・中2の女の子もさん（児童養護施設へ入所）とのかかわり ・夫は、貨物船の機関士で3ヶ月乗船、1ヶ月帰宅する勤務状態で、日常の対応は後見人が定められていた	・レビー小体型認知症の勉強会 ・精神科医の回診時での助言・相談 ・幻視への対応、2人室から個室へ、夜間照明 ・視空間失認への対応、主に食事（食器の工夫） ・排泄の自立、場所が記憶しやすいように固定 ・小学校の卒業式、中学校の入学式に参加。母親としての役割を果たす援助、夏休・冬休等長期の休みには当施設へ宿泊し家族として過ごす援助等を児童養護施設と連携して行う ・認知症と身体障害との自立支援の違い（実行機能障害への対応） ・高校看護専攻科の実習生の気づきでBPSDの対応が向上した。食堂テーブルが太陽光の反射で色々なものに見えていた。利用者と学生が同じ目線になることで原因究明ができテーブルクロスを敷くことで解決した ・文字が書けないので、今の思いなどを録音	・ショートステイの利用者の認知症を4つの類型に分けた対応で、BPSDが減り、薬物治療を望んでいたデイ事業所及びそのケアマネの考えを変えることができた ・若年認知症の方の前で施設紹介をする時に老人ホームという言葉遣い、「老人ホームか？」とつぶやかれ一瞬顔を曇らされたことから以後配慮することにした ・アルツハイマー型の人たちを食堂で同じグループ分けにすることでトラブルがなくなった。また、新入所の方もいち早くなじみの関係が作れ疑似会話が成立していることで笑顔があふれ家族に喜ばれている ・認知症の中核症状にアプローチすることでBPSD対策がとれ、今までの単なる寄り添う介護と違って介護に面白さができた	・レビー小体型認知症は認知および身体的にも症状が進行していくのでその状態にあったケアの仕方を模索していく ・介護老人福祉施設として40歳から利用できる役割を積極的に果たしていくことで援助の幅を広げてゆく。まだまだ若年認知症の方が介護老人福祉施設を利用しやすい社会的状況にないのでも今後も積極的に受け入れて先駆的に挑戦していきたい ・若年認知症家族交流会にボランティア参加を続け家族支援、地域貢献をしてゆく ・併設のショート、デイなどを通して認知症介護の方法などを地域に提供する ・グループホームと介護老人福祉施設との利用の仕方について精神科医と模索していく

タイトル
思い寄り添う

取り組んだ課題	具体的な取り組み	活動の成果と評価	今後の課題
・認知症サークルで、対応困難な事例について対策を話し合っている。その中で、環境の変化等により、大声を出し、浮かない表情の増えてきた一人の入居者に対して、「以前のように、穏やかにその方らしく過ごしてもらいたい」との思いから始めた ・認知症サークルで、対応策の一つとして活用している「気分シート」を用いておこなうこととした	対象者：F氏 89歳 女性 身長：147cm 体重：59.5kg 要介護4 日常生活自立度 A2 認知症自立度 IIIa 既往歴：変形性膝関節症、アルツハイマー型認知症（短期記憶障害） ・F氏の状態を知るための「気分シート」の作成（観察項目） 声をあげた回数、場所、内容、職員の対応、F氏の表情などの気づき（期間） 約2か月記録をとり、その都度対策を検討 対策①「日中の役割作り」 F氏の発する言葉から、「なぜここににいるのか…」という不安があると推測しここにいて意味を感じてもらうために実施 →表情に明るさが見えてきたが、大声の回数に変化はない 対策②「生活のメリハリ」 F氏の言動から、疲労感があると推測し、食後に横になって休む時間を作る。	・「気分シート」によりF氏の不安感や体調、生活リズムなど様々な事を把握することができた ・当初200回を超えていた訴えも、対策の実施により減少し、終了時には10回を超えない程になった ・表情が穏やかになり「ありがとう」の言葉がみられるようになった ・実施については、訴えの回数が多く、記録が十分に取れないこともあった ・訴えの回数が多く、F氏の声に耳を傾けられないこともあった ・家族や嘱託医、看護師との協力が得られたことで対策が実施できた	・困難事例の対策として、「気分シート」作成が有効であると実感した。その人に合わせた観察項目を決めて、活用して対応を検討していく ・生活歴、既往歴等の情報を収集できるアセスメントシートの作成、画像診断等による病状別対応等の情報も、「気分シート」作成や対策に活用していく ・認知症サークルの活動を職員全体に広め、認知症についての理解を深め、連携体制を整える

タイトル
大声と過鎮静

取り組んだ課題	具体的な取り組み	活動の成果と評価	今後の課題
80代 男性 要介護4 日常生活自立度 B2 認知症高齢者生活自立度 IIIb 平成14年から治療中のでんかんの発作による入退院とADLの低下による歩行困難、大声などがあり在宅での生活が困難となった。 入所後、身の回りの日用品へのこだわりや、それらを探して大声で興奮されるなど、不安や焦燥が強く見られました。スタッフがそばに付き添って対応すれば理解され、落ち着かれることもあります。が、興奮されると同じ事を大声で繰り返されます。 記憶障害は比較的軽く、会話による意思疎通も可能ですが、身体的な症状としては、立位、歩行はバランスがとれず介助が必要であった	●認知症の原因疾患について 頭部CT画像や下肢の状態を見ると立位・歩行は可能であると考えられる ●機能訓練の取り組み 起立保持訓練→平行棒内歩行訓練→歩行器歩行訓練を行うことで歩行機能の改善を図る ●大声や興奮の改善を図り、不安・焦燥の軽減を検討 →訴えの原因を探るなかで、排泄に対する訴えが多いことを確認、本人の排泄リズムを再度確認し、排泄に関し早めの対応を行う ●内服調整 リスパダール1mg→中止 ジェイゾロフト25mg→中止 ルボックス25mg1T開始→4T→中止 アレビアチン250mg3T→中止 デパケン200mg1T開始→3T	●認知症の原因疾患について 認知症→脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症、アレビアチン中毒（アレビアチン減量→中止→デパケン開始後、精神症状は改善し、認知機能の低下は持続、精神症状についてはてんかんや脳血管障害の影響も考えられる） ●大声・不安の改善 ケアの工夫により大声の減少がみられた ●内服調整 アレビアチンの血中濃度測定で中毒域に達しており、アレビアチンの減量を行うことで歩行状態の改善がみられた。またアレビアチンに変えてデパケンを使用することでてんかん発作に加え気分の高ぶりにアプローチを行った ●リハビリによる歩行状態の改善 立位保持訓練から歩行器歩行訓練が可能となる	認知症患者に歩行障害があると、漠然と認知症の影響と考えられてしまう傾向にあるが、認知症の背景疾患自体で歩行障害が起こることは実際少ない。本症例のように認知症以外の原因で歩行障害をきたしているケースも多いと思われる。 入所前から服用していた薬物を漫然と服用し続けるのではなく、定期的に服用量や継続必要性の評価を行う必要がある。特に抗てんかん薬は投与量の設定が難しく、定期的な血中濃度の測定を要する。 本症例では、歩行障害に加え、精神症状としての大声が問題となっていたが、ケアの工夫（訴え時の即対応や本人が訴えを言語化できない時にスタッフが心情を配慮しケアを行うこと）により大声の減少がみられた。すなわち、積極的な働きかけや機能訓練により、精神面の安定、身体機能の改善がみられた。

タイトル
失語症

取り組んだ課題	具体的な取り組み	活動の成果と評価	今後の課題
80代 女性 要介護4 日常生活自立度 B2 認知所高齢者生活自立度 IV 既往歴：失語症、脳梗塞、認知症 入所前に大声があり、それをターゲットに抗精神薬、抗うつ薬、抗不安薬が処方されていた 家族より「医療機関からの薬を飲みだして、大声は減少したが、意識がはっきりしなくなり、発語も減った」とのこと 入所後は声かけ行いが返事はなく、意識レベルが低下している状態 脳梗塞後遺症による右片麻痺がある	●認知症の原因疾患について CT画像：脳の内包膝部にラクナ梗塞（2ヶ所）が確認できる。麻痺・認知症に影響する部位であるが失語に影響するような個所ではないが…本来の状態はもう少し良いのではないか ●内服薬の見直し・調整 グラマール25mg1T→中止 レスリン25mg0.5T→中止 アモバン7.5mg1T→中止 リスパダール1mg1T→継続 ●ケア・訓練の取り組み 毎日の関わりの中であいさつや声かけを行うことで発声の練習を行う「か」「いぬ」「空が青い」「つくつくぼうし」「いきじびき」「友達に手紙を書いた」 また、機能訓練を実施することで廃用症候群の予防を行う	●認知症の原因疾患について 認知症→脳血管性認知症 鑑別診断を基にケア内容を検討することでポイントを押さえ取り組むことができた ●内服薬の見直し ●ケア・訓練の取り組み 意識：入所時より意識がはっきりとなった 家族より「先日、面会に行きましたが、以前と違って意識がはっきりしている。長男のことは声に出して名前を呼ぶし、声掛けに対する反応が良い」 発語：改善がみられ、自発的に声が出るようになる。質問に対する受け答えができるようになった。 意欲：歌を歌うようになり、笑顔増えた	脳血管性認知症にともなう理解力低下、言葉の出にくさや努力様発語から、BPSD（大声）が重度のように見えてしまっていたケースであり、向精神薬、抗不安薬、抗うつ薬を重複して服用したことにより、意識レベルの低下（過鎮静）が引き起こされていた 本症例では、入所前に処方されていた薬物を見直し、減量及び中止したことにより、意識レベルの改善がみられた また、内服薬の調整と並行して、本人への言葉かけによる発語の訓練や機能訓練を行ったことで発語や意欲の改善がみられた

タイトル
多剤服用

取り組んだ課題	具体的な取り組み	活動の成果と評価	今後の課題
70代 男性 要介護4 日常生活自立度 B2 認知症高齢者生活自立度 IIIa 在宅にて妻と二人暮らしをされていたが、平成元年、交通事故による脳挫傷後遺症あり。妻に対する依存心、易怒性あり。 また在宅では、「今、買いに行けば宝くじが絶対に当たる」「テレビに出た健康食品を食べれば元気になる」「体の調子が悪い、病院に連れて行け」などこだわり・要望が強くみられ、その結果、1日に22種類もの内服薬を服用する状況となり、妻は対応に苦慮していた。 さらに本人より「死にたい」と悲観的な訴えがあり、日常生活における意欲低下に加え、帰宅欲求、意識の不明確さ、流延、体の傾き、体の動きの悪さが顕著であった。	●鑑別診断：外傷性認知症（高次脳機能障害のような）現在の本人の体の動きの悪さについて、CT画像を見ると歩行できないという理由がみつからない ●内服の見直し・調整 内服薬の減量→中止（抗精神病薬、睡眠鎮静薬、抗けいれん薬、抗ヒスタミン薬など） ●ケア・機能訓練の取り組み 機能訓練の実施（温熱療法・膝固定装具の制作による疼痛緩和、平行棒内歩行・歩行器歩行による歩行訓練）することにより、心身機能の向上を目指す 日中の活動性を向上することにより生活リズムの再構築を目指す 本人のこだわりや要望への対応 食生活の改善	●内服薬の調整 6～7ヶ月かけて内服薬を22種類→1種類に減少 ●機能訓練の効果 車椅子使用し自力駆動ができない状態から、歩行器使用し歩行訓練が可能となった ●意欲の向上 リハビリへ毎日参加し、表情がよくなり笑顔がみられる ●精神症状の改善 悲観的な言動、帰宅欲求が減少した ●体重の変化 体重減少による膝への負担軽減が歩行状態の改善につながった (73.4kg→66.4kg)	内服調整・ケア・機能訓練の取り組みを行ったことで、意欲改善、悲観的言動の減少、体重減少、歩行状態改善がみられた。 今後は、現在の心身機能の維持を目標として、機能訓練への参加、本人の不安や要望への対応・アプローチを継続して行う必要がある。 また非薬物療法を行い、奏功しなかった場合に薬物療法検討するという原則にのっとり、非薬物療法を優先することで、本人の立場・心情に配慮したケアを継続し心身機能の経過を見守る。

資料2

平成25年12月6日

第3回認知症の人の精神科入院医療と在宅支援の在り方に関する研究会

在宅生活を支える地域の体制の確立 ～老健施設と認知症病棟での体験を踏まえて～

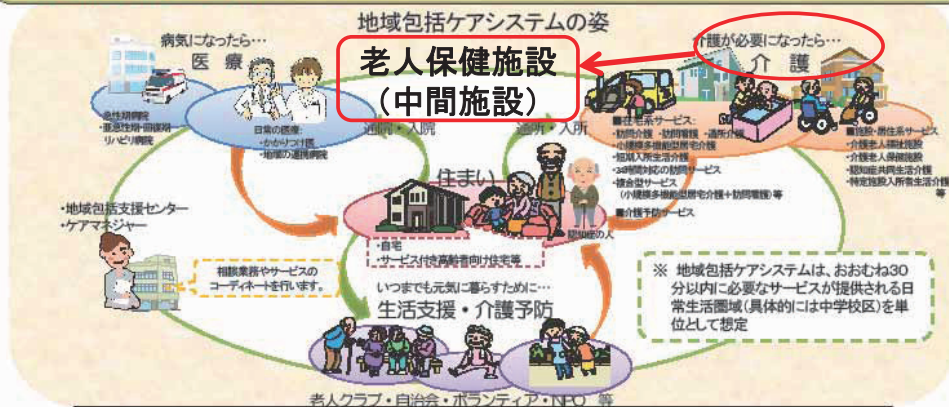
公益社団法人 全国老人保健施設協会
副会長 内藤 圭之

地域包括ケアシステム

老健施設を中間施設として適切に位置づけて、地域リハビリ・地域ケアマネジメントによる「医療と介護」の連携の確立を！

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



第46回介護保険部会 資料3

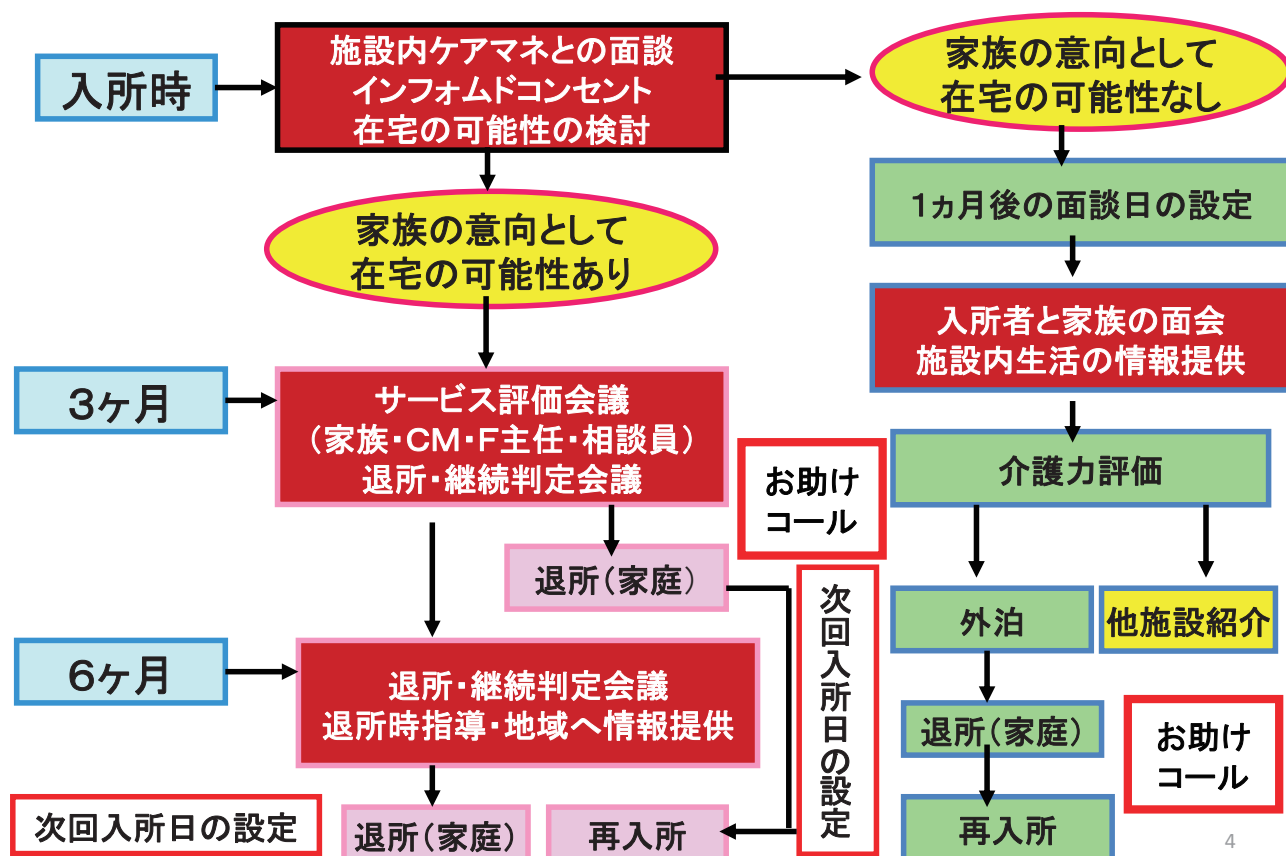
2

介護老人保健施設なのはな苑の概要

- ✳ 平成7年6月開設
- ✳ 認知症専用の老人保健施設として運用
 - 抑制しない介護(ケアマネジメント)と事故防止(リスクマネジメント)が課題
- ✳ 認知症ケアにおける「根拠に基づく介護」の追求
 - インテークの充実: 入所申し込みと情報収集の充実
 - 観察力の育成: アセスメントシステムの導入
 - 個別ケアの推進 ケアプランの立案、実施、その達成度の評価
 - 自立的生活支援・三大介護の見直し⇒個の尊厳
- ✳ 在宅生活支援機能の追求→「繰り返し利用」という手法
 - 介護力の評価、家族・ケアマネ等へのケア情報の提供⇒家族・地域のチームケア
- ✳ 少人数処遇⇒改修型ユニットケアへの取り組み
 - 少人数処遇による環境要因の向上・ケアの質の向上を目指す
 - (介護報酬上は全室個室ユニットケアが評価の対象で、多床室は対象外)

3

なのはな苑・くり返し利用システム



4

在宅強化型老健 なのはな苑のデータ(平成24年4月～25年3月)

平成24年度			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平均在所日数			142	196	159	168	261	229	150	195	225	217	185	167
平均要介護度(月末時点のロング入所者)			3.15	3.24	3.38	3.33	3.36	3.41	3.40	3.44	3.49	3.34	3.45	3.49
入所形態	再入所・ショート含む		63	46	39	57	55	55	62	54	55	43	47	46
	うち、ショート利用者		42	33	26	38	43	46	44	39	43	33	33	29
	新規ショート		6	1	5	2	1	0	2	2	3	1	0	0
	新規入所		7	5	3	5	1	4	10	5	1	1	7	9
退所形態	退所者総数		58	50	67	59	51	55	66	56	48	52	43	47
	ショート		43	35	49	46	42	41	48	43	36	37	31	32
	ロング(死亡含む)		15	15	18	13	9	14	18	13	12	15	12	15
	ロングのうち、自宅への退所		7	12	14	7	7	10	13	9	8	8	8	9
在宅 要件 復帰 率の	前6か月の平均在宅復帰率 (50%以上)		62.1%	65.9%	68.0%	68.9%	71.4%	71.3%	75.9%	75.9%	73.0%	71.4%	73.1%	70.5%
	ベッド回転率(10%以上)		21%	19%	19%	18%	16%	14%	15%	17%	17%	15%	15%	16%
	介護度4・5の比率(35%以上)		42.5%	45.6%	51.1%	54.0%	53.6%	51.0%	51.7%	52.5%	51.8%	50.6%	48.9%	47.9%
ベッド稼働率			97.5%	99.0%	97.0%	97.8%	100.6%	99.3%	99.3%	97.1%	99.4%	97.9%	97.1%	97.3%
通所者数(一日平均)定員実質20人			12.3	12.6	15.0	13.9	13.4	13.9	15.0	15.1	13.7	13.4	13.0	11.9
リハ 加算 の 取 得 状 況	ロング入 所	認知症短期集中リハ加算	14	11	9	5	4	5	9	7	7	5	4	9
		短期集中リハ加算	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
	ショート	個別リハ加算	33	25	41	29	29	33	34	33	32	32	31	27
	通所	認知症短期集中リハ加算	6	9	10	9	8	6	3	5	3	3	1	0

(認知症)短期集中リハの加算は、在宅復帰機能と連動して加算の取得が容易になる
レスパイト目的のショートステイの利用者が増えているが、ベッド稼働率の確保が課題
緊急入所・新規利用への対応がなかなか難しい

5

老人保健施設「なのはな苑」の入所者の概要

1. 性別 男性 25名 女性 75名

(平成25年11月8日 N=100)

2. 年齢
(49歳～96歳)

～65 歳	65 歳～	70 歳～	75 歳～	80 歳～	85 歳～	90 歳～	95 歳～
	69 歳	74 歳	79 歳	84 歳	89 歳	94 歳	100 歳
2	4	5	19	23	27	16	4

3. 病 名

アルツハイマー型	前頭・側頭葉型	レビー小体型	脳血管性認知症	橋本脳症
81	12	5	1	1

4. MMSE

0～5(最重度)	6～9(重度)	10～18(中等度)	19～(軽度)
46	8	34	12

5. 介護度

介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
2	2 2	2 9	2 7	2 0

6. 認知症の
日常生活自立度

ランク III	ランク IV
6 7	3 3

7. NPI—NHでのBPSD評価
(該当無し11名…最重度)

妄想	興奮	不安	易刺激性	睡眠障害	幻覚	多幸	脱抑制	異常行動	食の異常
3	1 1	2 8	1 0	5	3	3	9	6	1 1

8. 服薬状況

向精神病薬の服用者	認知症薬の服用者
15	2 6

6

老人保健施設「なのはな苑」の入所者・退所者の状況

	入所前の経路						合計
	家庭	GH	特定施設	急性期病院	老健	特養	
22年度	141	1	0	23	0	1	166
23年度	134	1	1	35	0	0	171
24年度	141	0	4	26	2	1	174

	退所先の状況							合計	在宅復帰率
	家庭	GH	特定施設	急性期病院	老健	特養	死亡		
22年度	117	0	1	21	1	18	16	174	72.08%
23年度	105	3	1	33	2	16	11	171	64.11%
24年度	105	3	4	22	8	14	11	167	71.79%

※病院への転院については、専門的医療(骨折や予期せぬ合併症、基礎疾患の急性増悪、専門的医療等)が目的であり、ほぼその95%は再入所となっている

※入所者は、ほとんどがかかりつけ医、居宅支援事業所(ケアマネ)からの依頼であり、病院からの直接の入所申し込みは極めて少ない

※特養の入所待ちは待機の期間があり、在宅生活となのはな苑入所を繰り返したうえで、トリージを行っている

※死亡事例については、在宅生活を繰り返しながら、なのはな苑での看取りを行っている

7

神奈川県三浦市 福井記念病院

認知症病棟における入院前と入院後の状況

認知症患者入院時紹介元の分類(平成21年～23年)

紹介元	21年	22年	23年	合計
病院(急性期)	13	10	12	35
クリニック・診療所(在宅)	13	18	11	42
施設	0	0	2	2
紹介状無し	3	1	0	4

認知症患者の退院後の行き先(平成21年～23年)

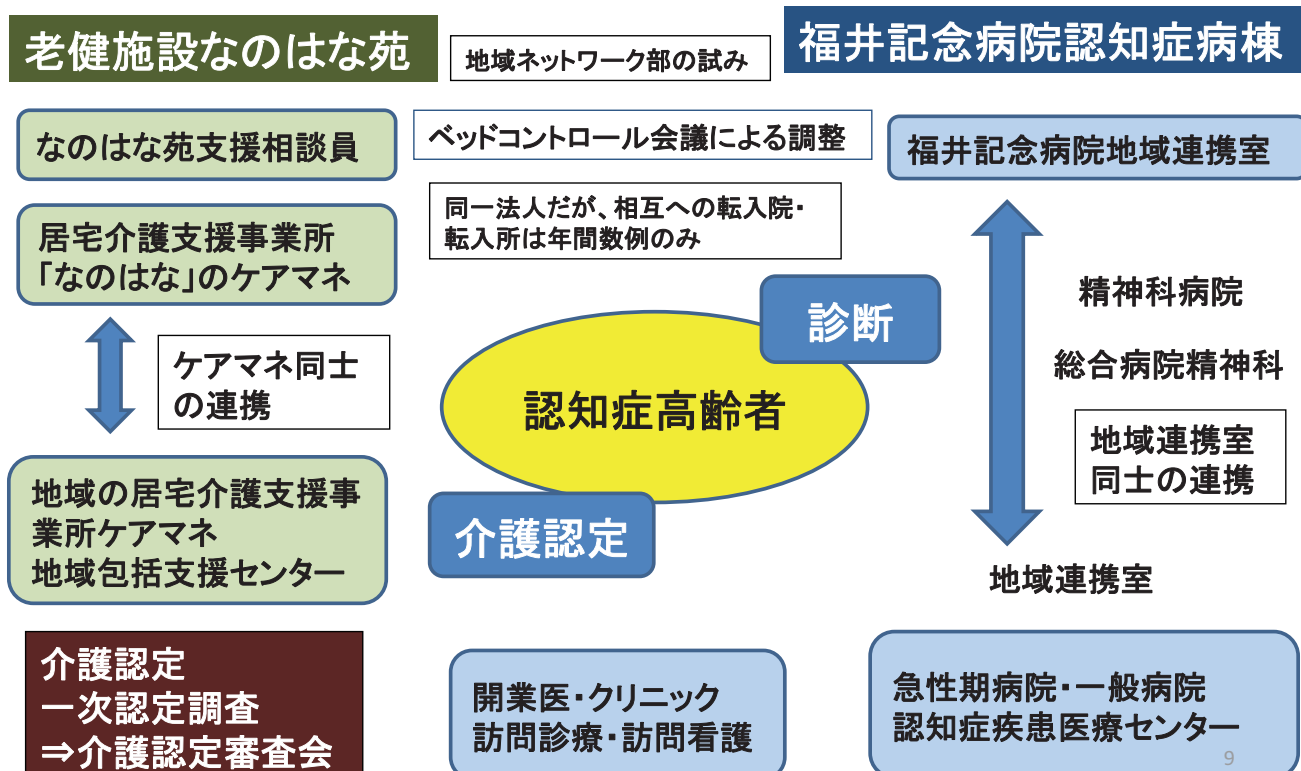
	21年	22年	23年	合計
在宅	5	5	5	15
介護施設	17	16	7	40
病院(急性期)	3	3	1	7
入院継続中	0	2	8	10
死亡	4	3	4	11

※入院の受入れは地域連携室、なのはな苑の受入れは支援相談室であり同一法人でも別個の窓口である
 ※なのはな苑と比較すると、病院(急性期)からの直接の受入れ依頼が多い
 ※かかりつけ医(クリニック等)からの依頼も多く、介護支援事業所(ケアマネ)からの依頼は少ない
 ※退院後の施設とは、ほとんどが老健施設、次いでGHである。
 ※病院(急性期)への転院事例は骨折等である。急性期病院への逆紹介は少ない
 ※治療病棟での看取り件数が少ないのは、当院の合併症病床への転室が多いためである

8

「医療と介護の連携」

診断に基づく入院・介護認定に基づく入所



9

【まとめ】

【認知症における医療と介護の現状】

※精神科病院の入院のためには、認知症の診断名があれば、緊急も含めて概ね入院処遇は可能である

※介護認定には(例えみなし認定・区分変更でも)一定の時間がかかる

※「多く」の認知症のBPSDは、在宅・施設も含めて環境要因の調整でコントロール可能である

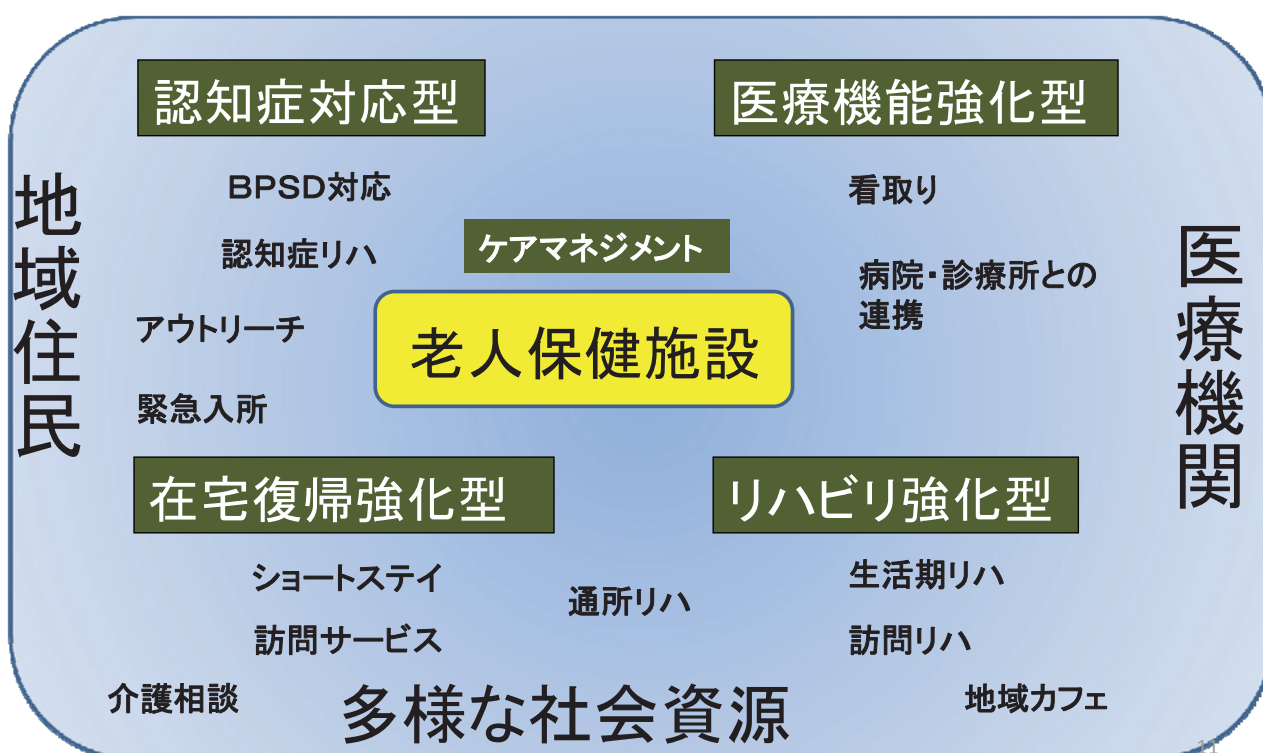
※認知症病棟には、合併症や嚥下機能の低下した入院患者が増えつつある

※精神科一般病棟や精神科療養病棟において、他の精神疾患・障害を持つ患者との同一フロアでの混合処遇は困難である

【認知症処遇に対する方向性】

- 認知症高齢者の処遇の場としては、生活の場であることを前提として、適切なケア、精神科も含めた医療やリハビリテーションが受けられる環境が必要
- 認知症高齢者を支える地域のネットワーク構築のために、介護保険分野と医療分野の相互交流を更に進める必要がある
- 認知症病棟の役割は、長期にわたる処遇困難事例(大声、衝動性亢進、脱抑制、妄想・異食等)や合併症・精神疾患に併発する認知症などへの対応が主ではないか？
- 認知症病棟においては、口腔ケアや合併症診療の充実も必要ではないか？

地域に応じた老人保健施設の機能分化





「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援 のあり方に関する研究会」(第3回)資料

平成25年12月6日

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

代表理事 河崎 茂子

認知症グループホームの概要

①基本的な考え方

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

②入居の対象者

要支援2以上の認知症である利用者

③主な基準

- ・1事業所当たり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営。
- ・1ユニットの定員は、5人以上9人以下。
- ・居室は7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室。
- ・管理者1名、計画作成担当者(介護支援専門員)1名
- ・**介護従事者は日中:利用者3人に対して1以上、夜間:1人以上配置。**
- ・看護師の配置は義務付けられていない。

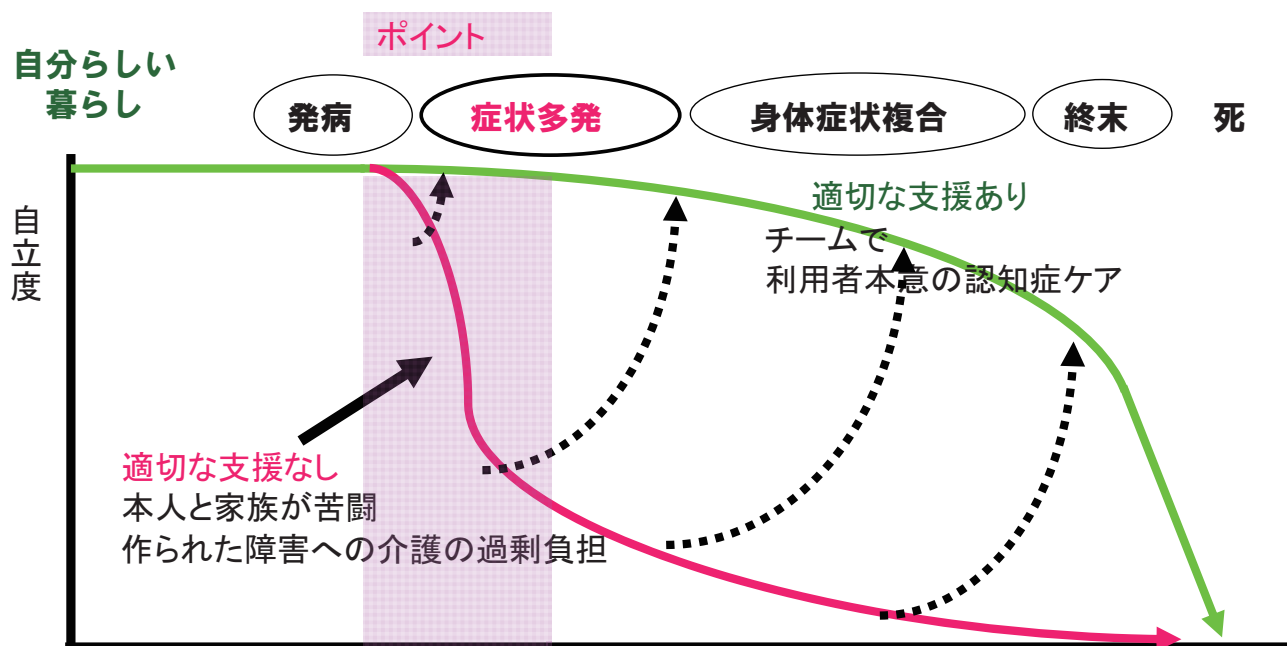
※医療連携体制加算(看護師の配置又は訪問看護ステーションとの契約等)取得事業所 74.3%
富士通総研「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査」(平成25年3月)

④介護保険制度での位置づけ

平成18年4月からの改正介護保険法において、グループホームは「認知症対応型共同生活介護」・「介護予防認知症対応型共同生活介護」として、施設サービスでも居宅サービスでもない新たな概念として地域密着型サービスの中に位置づけられた。

本人中心の認知症ケア

適切な支援により、その人らしい暮らしの継続を支える



※認知症介護研究・研修センター 研究部副部長 永田久美子氏による

認知症グループホームの入居者の状況

1. 入居者の要介護度、認知症自立度の状況

- 要介護度3が28.0%と最も多く、次いで要介護2が25.4%となっている。

- 平均要介護度は2.79となっている。

- 認知症高齢者日常生活自立度はⅢaが28.2%と最も多く次いでⅡbが22.1%となっている。

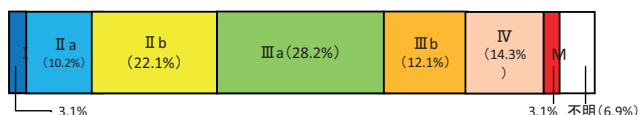
- 平均自立度はⅡbとⅢaの間(Ⅲaに極めて近い3.98)となっている。

※この調査における「平均自立度」とは1=Ⅰ 2=Ⅱa 3=Ⅱb 4=Ⅲa 5=Ⅲb 6=Ⅳ 7=M を係数として活用した平均値をいう。

○要介護度(n=65,802)



○認知症高齢者日常生活自立度(n=65,802)



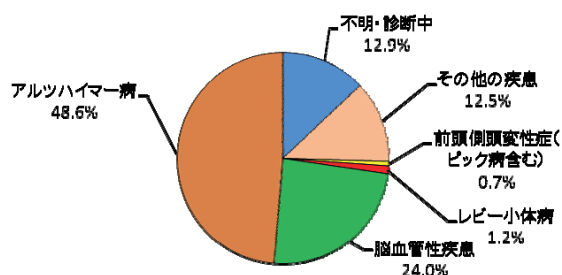
【出典】富士通総研「認知症対応型共同生活介護に関する調査研究事業」(平成25年3月)

2. 入居者の認知症の原因疾患

- 認知症の原因疾患は「アルツハイマー病」が48.6%と最も多く、次いで脳血管性疾患が24.0%となっている。

- 一方、「レビー小体病」は1.2%、「前頭側頭変性症(ピック病含む)」も0.7%となっており、少ない。

○認知症の原因疾患(n=7,408)



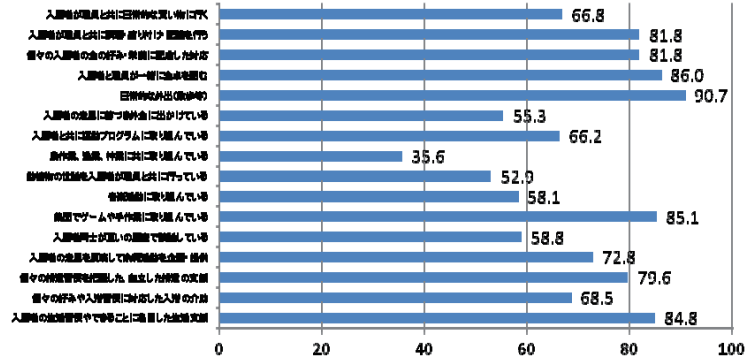
【出典】日本GH協会「認知症グループホームの実態調査報告書」(平成22年3月)

認知症グループホームの生活支援の状況

1. グループホームにおける日常的なケア

- 8割以上のグループホームにおいて「入居者が職員と共に調理・盛り付け・配膳を行う」「個々の入居者の食の好み・栄養状態に配慮した対応」「入居者が職員と一緒に食卓を囲む」「日常的な外出(散歩等)」「集団でゲームや手作業に取り組んでいる」「入居者の生活習慣やできることに着目した生活支援」といった取組を日常的に実施している。

○日常生活のケアとして日常的に行っている取組(n=4,506、複数回答)

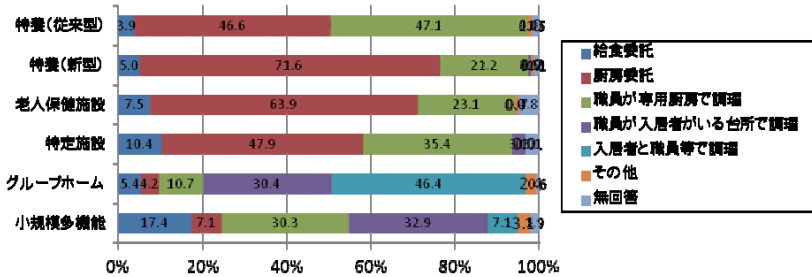


【出典】富士通総研「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究」(平成25年3月)

2. グループホームケアの特徴

- グループホームは「入居者と職員等で調理」が46.4%と最も多く、次いで「職員が入居者がいる台所で調理」が30.4%となっている。
- 両方を合わせると80%弱となり、他と比べて、入居者と職員などで調理する割合が特別に多いことが分かる。
- 共同作業による生活支援はグループホームケアの大きな特徴である。

○施設・事業所の調理方法(n= 特・従206 特・新443 老健147 特定96 GH168 小規模155)



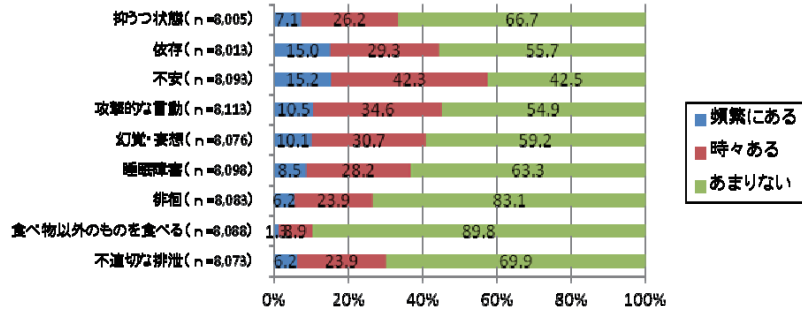
【出典】財形福祉協会「介護施設等における職員人員配置基準に関する調査研究」(平成23年3月)

認知症グループホームの入居者の周辺症状の状況

1. 入居者の周辺症状の状況

- 「頻繁にある」「時々ある」をあわせると、「不安」が57.5%と最も多く、次いで「攻撃的な言動」が45.1%、「依存」が44.3%となっている。
- 「頻繁にある」「時々ある」をあわせた割合は、「食べ物以外のものを食べる」を除いては、どの項目も3割以上の入居者が該当している。

○周辺症状の状況(複数回答)

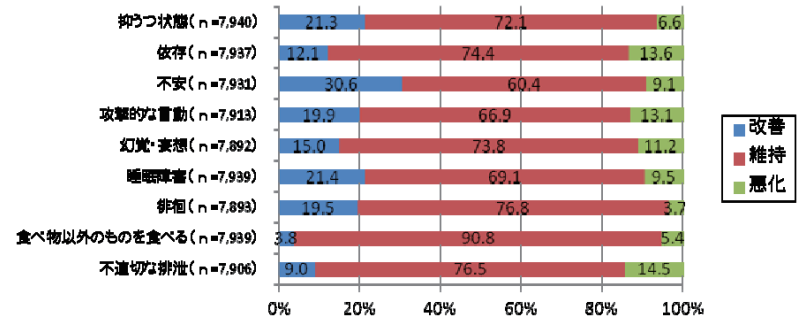


【出典】日本GH協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」(平成22年3月)

2. 入居者の周辺症状の変化

- 周辺症状の入居当初からの変化をみると、いずれも「維持」が最も多くなっている。
- 改善は「不安」が30.6%と最も高く、次いで「睡眠障害」が21.4%となっている。
- 悪化は「不適切な排泄」が14.5%と最も高く、次いで「依存」が13.6%となっている。

○周辺症状の入居当初からの変化



【出典】日本GH協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」(平成22年3月)

1. 小規模多機能型居宅介護事業所で行っている認知症ケア

(1) 認知症の状態像の変化に応じた柔軟な支援

小規模多機能型居宅介護は、「通い」「泊まり」「訪問」など幾つかの機能を持ち、認知症の人の状態像の変化に対して臨機応変に柔軟な支援を行っている。例えば、家族の都合や介護負担の増加に伴い、緊急時の「通い」や「泊まり」を実施する。必要な時に支援をすることで、その時々周囲の介護負担の軽減を目指している。例えば、医療機関からの退院後家族の介護負担への懸念から「泊まり」を中心とした支援を行い、その間に泊まりから通いの必要性を家族と調整し、徐々に自宅での生活に移行させている。結果として、数ヶ月のうちに、毎日の泊まりが、毎日の通いと必要に応じて自宅への訪問と終末の泊まりに移行する実践もある。

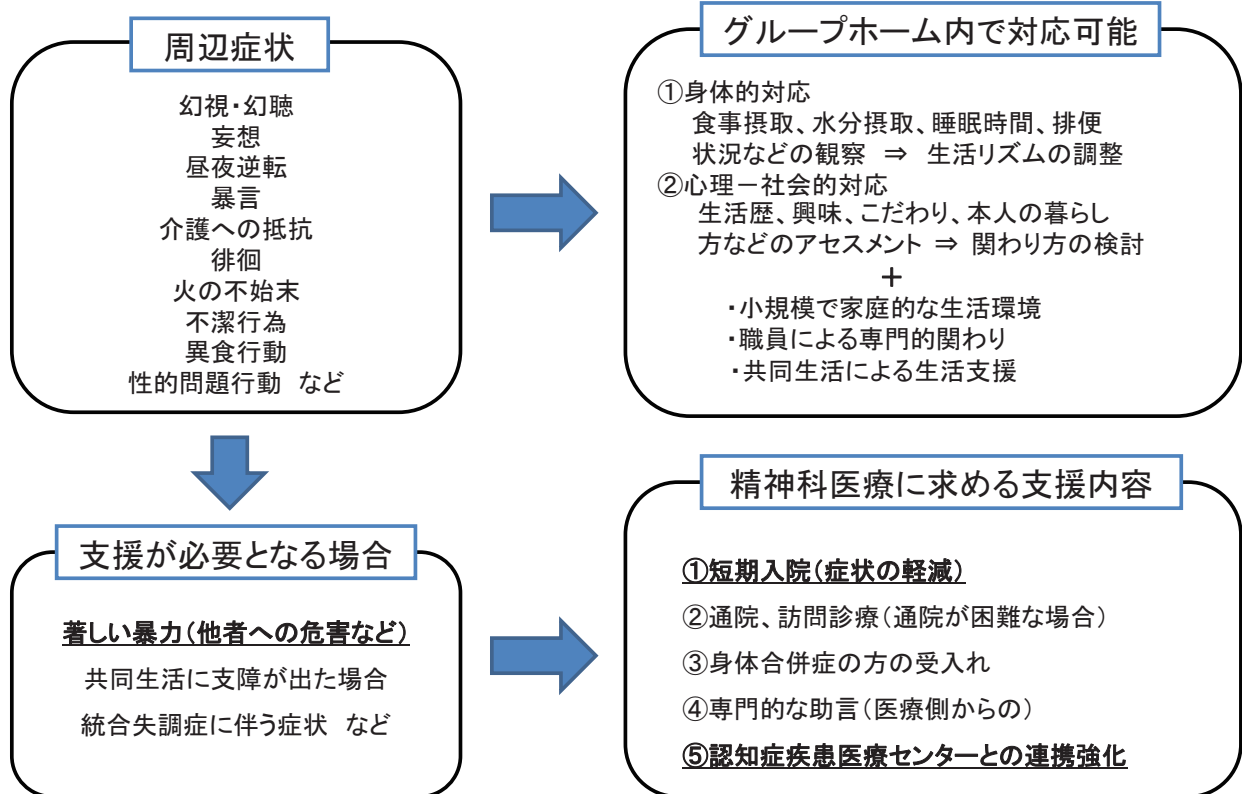
(2) 早期からの関わりによる支援

全国の小規模多機能型居宅介護利用者の平均要介護度はおおそ2.6程度で認知症自立度はⅡ程度が多い、つまり、身体的・ADLは比較的自立しているが認知機能が中等度のいわゆる「動ける認知症」の方が比較的多く利用している。当然、BPSDの発生リスクも高く、通所介護、訪問介護などの組み合わせによる支援では十分に支援できない認知症高齢者が利用している。そのため、毎日の泊まりや毎日の通いの要望への対応が多い。BPSDへの支援は集中して支援する必要がある時期があり、特に夜間の介護者の負担感の軽減は重要で、訪問程度では対応が十分ではない場合が多い。しかし、夜間せん妄や幻覚などの精神症状は専門医による治療によって改善される例が多く、小規模多機能は認知症の人の状態を把握し適切な治療の結びつけることも求められている。

(3) 地域にあるフォーマール・インフォーマル資源との協働による支援

小規模多機能型居宅介護に期待されているところとして、地域にあるインフォーマル（各種団体、ボランティア、近隣住民など）資源を活用した認知症の人への支援、例えば、日々の見守りやサロン等の居場所づくり、小規模の通いの交流を行っている。このことで、直接的には認知症の人を地域で支えることを目的としているが、副次的には家族や近隣住民の意識づくりや教育的な機能に役立っている。また、地域のかかりつけ医師や認知症の専門機関とつながる

精神科医療に求める支援内容



※日本GH協会会員事業所からのヒアリングに基づき作成

ことが多く日々の生活支援のなかでの認知症ケアや医療の連携を重要視している。

2. 精神科医療の支援があった場合に、対応が可能となる認知症の人の状態とは、その際に実施可能なケアとは、

(1) 行動症状、精神症状への薬物治療

認知症の進行にともない、強度の不安を訴える人（不安の訴えの頻度が常時ある）に対して人的な関わりを中心としたケアでは十分でない場合や夜間せん妄など身体合併症をともなう症状（薬物の副作用、脱水、感染症など）に対する治療が行われることで、環境の調整や健康管理、日常生活支援、家族支援などのレベルで認知症の人へのケアが可能になると考える。

(2) 一時的な急性増悪期のケアと適切な治療

介護者の身体的、精神的負担感の高い BPSD には、暴言や暴力、目が離せない多動行動、睡眠障害による昼夜逆転、弄便等不潔行為による便汚染の始末などが介護者は負担が高く、頻度が増すほどに在宅での介護が困難になる。小規模多機能では必要に応じて「泊まり」や長時間の「通い」などの利用者すすめ介護者の負担軽減と本人の症状の緩和に努めるが、その頻度が増えたり、長期化すると小規模の支援では限界が生じる。その場合は一時的な入院や薬物による治療が有効な場合があるが、家族が直接かかりつけ医に相談し、専門医との連携がなく薬物を増やすことで混乱が広がる事例も見られる。

(3) 医学的な管理が必要な身体合併症を伴う認知症状の治療

糖尿病や高血圧などの老年期の身体合併症や肺炎や膀胱炎、便秘を伴い、独居や夫婦世帯等医学的管理がおぼつかない世帯の場合、身体合併症の悪化に伴う認知症状の悪化する危険性がある。この場合、認知症状の緩和のみならず血糖値や血圧のコントロールが重要になる。体調が不調な時に認知症状が一時的に重篤化し介護負担が急増する場合がある。このような時に、かかりつけ医による身体合併症の治療と認知症の専門医による治療と小規模の生活支援の連携が必要になる。

3. 精神科医療に、具体的に求める支援内容

- (1) 小規模多機能、かかりつけ医との連携による早期の在宅生活継続に向けた入院や薬物治療
- (2) 精神科からの退院に必要な小規模多機能（通い、泊まり、訪問とケアマネジメント機能）や訪問看護の活用を入院時より行う、入院時からの退院計画の策定と推進
- (3) 生活の場での医学的な管理の必要性に応じた認知症への治療、家族支援を目的とした訪問診療の充実
- (4) かかりつけ医など認知症の非専門医へ、治療上の助言などのバックアップ
- (5) 生活支援、介護、看護、リハビリテーション、ソーシャルワーク、かかりつけ医との協働

認知症の人の在宅生活を支えるためにケアマネジャーの役割りと精神科医療の支援について

日本介護支援専門員協会
常任理事 助川未枝保

介護支援専門員の役割

- 介護支援専門員は、介護保険制度の介護サービスのコーディネートや給付管理を行う役割で、「要」と言われる職種である。
- 認知症の利用者の在宅介護の継続のためには、医療と介護の連携や地域の社会資源の導入が必要であるが、現状は多くの課題を抱えている。

- アルツハイマー型認知症の利用者は、取り繕うことなど、ケアマネジャーの質問になかなか答えないので、ヘルパーやデイサービスの職員等、チームワークで情報を収集している。
- 得意な話を聞き取り、その人の生活歴の中で、輝いていた時代を知る。混乱したときに、本人が楽しい時代の話をして安心感を持ってもらう。
- 本人の好みやこだわりを知り、混乱しないようなケアの提供に気を付ける。

資料78

B-3 暮らしの情報 (私の暮らし方シート)

◎私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート) 名前 松尾 タエ 記入日: 2004 年 12 月 10 日 / 記入者 原田
◎私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

暮らしの様子	私が長年なじんだ習慣や好み	私の現在の状態・状況	私の願いや 支障してほしくないこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が買ったこと、 ケアのヒントやアイデア
毎日の習慣となっていること	隠居してからは、近所に出かけたり友人たちと温泉旅行に出かけたり、絵画を鑑賞したり気ままな生活であった 毎朝夕、庭木の水やり	車いすに座ったとき足を眺める	○移動移動時不眠を誘発してしまうことが多い △座って、外を見たり外にも出たいが移すとき痛がつて大変 ○本人の痛がらない工夫を皆で共有必要
食事の習慣	日中何度もお茶を飲む、和菓子、果物、ミルクコーヒーが好き		○お茶の時間つくりたい
飲酒・喫煙の習慣	息子の晩しやくに付き合う	息子の晩しやくを見ている	△晩しやく相手をしがつている
排泄の習慣・トイレ様式	自宅の洋式トイレを使用 毎日排便	排便留置カテーテル使用・常時オムツ着用	○排便時、もつと気持ちよく
お風呂・みだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、髪をとくなど)	結髪好き・入浴は毎日・熱目が好き お湯温である 月1パーマ	入浴は訪問入浴を週1回 ヘルパーが毎日清拭 かざりさんが髪カット	△髪を伸ばせば少しだけ髪をとくことが出来る ○入浴時間を楽しく
おしゃれ・色の好み・履き物	和服で過ごすことが多く、派手な物は好まない	終日パジャマで過ごす ピンク色を好む	△この頃派手な色を好む ○おしやれがしたいのでは?
好きな音楽・テレビ・ラジオ	若い頃は洋楽をしながら当時の流行歌を歌っていた	CD流すと聴くか	○童謡・昔の歌と一緒に歌うときがある
家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、食事のしたく)	家事全般は好きであった、息子と同居してからも好んで手伝っていた	今は何もできない、全て長男の妻	△晩しやく相手を ○本人の大切な役割に
興味・関心・遊びなど	友人との旅行、親しい友達との会談、絵画鑑賞	生家(千葉)の話を好んでする、昔の歌謡曲をロケすることがある	△生家のある千葉の海が見たいと思っているらしい
なじみのものや道具	結婚の時もってきた軍用、手鏡 アルバム	現在の部屋に置いてある さわり心地のいいピンクの壁かけ アルバム	○アルバムの写真、もつとみんなと活かす工夫
得意な事／苦手な事	家事仕事・和裁／初めての人の会話	なじみのないケア者に困る	○かわるスタッフ多く、変身があるの、なじみの関係づくりの徹底を
性格・特徴など	温和で控えめ、子煩悩	急に変わることがある、機やかな笑顔と攻撃的な言動が交錯する	○突然変わるとき、何かきっかけがあるらしい △本人が急に変わるとき、この頃なんとなくなる
信仰について	仏教(浄土真宗) 仏壇に水をあげる		△車いすを仏壇わきに置く と、じーっと見ている
私の健康法 (例: 乾布摩擦など)	朝の散歩 果物を沢山食べる		
その他			

D-1 焦点情報 (私ができること・私のできないことシート)

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。
◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せず、代行したり、安全・健康のための管理をしっかりと行ってください。

D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 松尾 タエ 記入日: 2004 年 12 月 10 日 / 記入者 原田

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。

◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せず、代行したり、安全・健康のための管理をしっかりと行ってください。

※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24 時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な 行動や場面	できるために必要な支援、 できないことへの代行、 安全や健康のための管理	私ができるように 支援してほしいこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が買ったこと、 ケアのヒントやアイデア
	常時している(自立)	場合によって している	場合によって はできそう	もうできない			
起きる			✓		左手でつかもうとする	今は全介助	○何かがつかみかかっている 自分で体を動かしたい
移動・移動			✓			今は全介助	○何かがつかみかかっている
寝床の片づけなど				✓	全介助		
整容 (洗顔や髪など)			✓		ヘアブラシを自分でつかう 髪をとかせる	なじみの手鏡を利用し できるところをゆつくり行う	○なじみの手鏡で見てもいい
歯磨き (歯ブラシ・歯磨き粉)			✓		全介助	全介助	●歯ブラシを自分でつかう 歯磨き粉を自分でつかう 歯磨き粉を自分でつかう
食事準備 (献立づくり・調理・配膳等)			✓		食に集中を促す	全介助	○食べたいものを聞いてみよう
食事			✓		経管栄養	全介助	△食物のジュース、大好きなミルク コーヒーを飲ませたい
食事の片づけ				✓	経管栄養		
服薬				✓	経管栄養		
排泄			✓		留置カテーテル 常時オムツ着用	使い込む 声かけ	○使っていないときは声かけ大切
掃除・ゴミ出し				✓			
洗濯 (洗いのため)				✓	していない		
買い物 (支払いも含む)				✓	リクライニング 車いすがやつ とである		
金銭管理 (貯金の管理、手持ち現金 の管理、通帳の管理、 ・出し入れ、計画的に使 える)				✓	していない		
読手続き (書類の記入・保管・提出等)				✓	していない		
電話をかける・受ける				✓	していない		
入浴の準備			✓		熱湯のときはい 熱になる	全介助	○入浴時、湯温が適切に保たれるように しよう
入浴時の着脱			✓				○着替えと用
入浴			✓		右手を動かす	訪問入浴にて全介助	△お風呂にタオルを ○お風呂を清潔にして着替え用タオル をぬぐうなどを
寝る前の準備 (歯磨き、寝床の準備)			✓			長男の妻が全介助	○ブラジャーを脱ぐのでできる可能性 がある △長男の妻が可能な時たててみよう
就寝				✓	長男の妻が全介助		
人への気づかい	✓				息子には優しい 長男の妻を したい様子	できるだけ息子と接する 機会をつくらせている	○長男の妻への気遣いは、見づかいの現 れでもあるのでは?
その他							△お風呂のグロブを所す時間をつ くってもらいたい

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な言動や場面	できるために必要な支援	●私の言葉 △家族の言葉 ○ケア者の
	常時している	場合によってしている	場合によってできそう	もうできない			
	できる可能性						
食事	✓				箸を使い自立		
排泄		✓			トイレを探す	下着の上げ下げの手伝い	
入浴		✓			手が背中まで届かない	洗髪と背中を手伝う	●手が動かない
掃除			✓		机の上の小物は片づける	机の上は自分でやってもら	○片づけ好きらしい
				✓			

潜在能力を生かす！
できるように環境を整える

できていることは低下させない

介助の量はできるだけ少なく、自立支援の方向で

もうできないことは、そっと支援する

これまでのBPSDへの対応

- 激しいBPSDが出現したときに、再度アセスメントして原因を検討することなく、すぐに薬物治療に頼ってしまうことである。
- ケアが合わないことが原因かもしれないのに、ケアの見直しをすることがなく、薬物治療に頼ってしまうと、根本的な解決に繋がらない。
- 家族の介護負担の軽減が必要であるが、家族から介護の場面を取り上げる方向を提示することが多い。施設入所等



BPSDへの対応方法

- BPSDの原因や背景を探す。また、その原因が本人にどのような影響を及ぼしたのか、検討する。
- BPSDへの対応方法をチームで検討し、統一したケアを行えるように、カンファレンスを開く。
- 特に、本人の生活スタイルや生活における価値観を共有しながら対応方法を決定する。「尊厳の保持」



ケアマネから介護サービス事業者へ

- 本人の好みやこだわりなどを知らないでケアして、混乱しないように情報を事前に共有する。
- 本人のペースに合わせた会話の仕方にする。話題は何が一番好きか伝える。
- できること、できないことを明確に伝え、本人の能力を低下させないようにする。

精神科医療の支援

- 精神症状で本人がづらいような状態の時に、治療が必要だと思う。

例) 抑うつ状態：自分ができなくなっているのに気が付いていると、食事もとらなくなる。

例) いらいらとして興奮しやすい状態、気分が非常に変わりやすい。

例) 被毒妄想など

精神科医療に求めること

- 家族、及びケアマネジャー・介護職に、認知症の人の精神症状を正しく理解してもらうために身近な存在になってほしい。
- 投薬に関して、その効果と副作用を説明して、服薬後の家庭での様子を家族や介護職がきちんと報告できるように指導してほしい。
- 生活環境が変わると、それだけでリロケーションダメージになるので、できるだけ通院治療にしてほしい。



参考資料

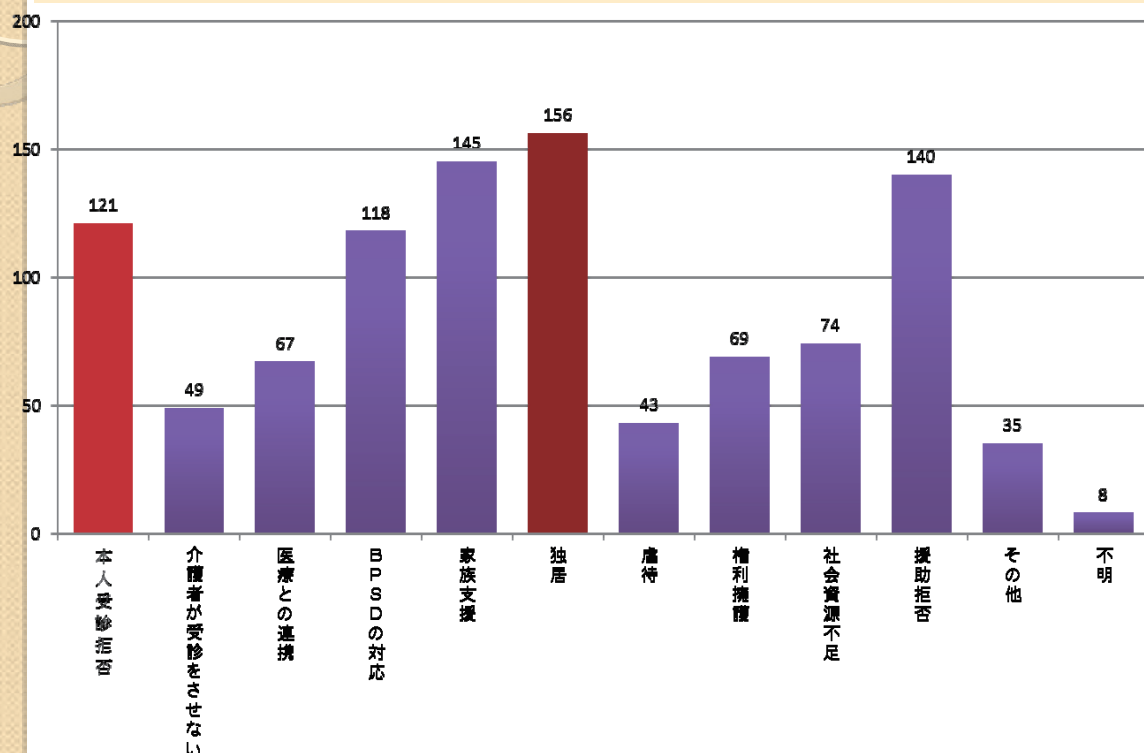


目的

- ・ 認知症の人を地域で暮らし続けるためには、介護保険サービスや地域の力をコーディネートして支援していく必要がある。
- ・ しかし、介護支援専門員の実態からは認知症を有する利用者の支援が難しいという声を多く得ている。
- ・ そのため、主任介護支援専門員は困難性を感じている介護支援専門員にスーパーバイズしたり、また、認知症の人の特徴を理解してもらいながら支援する方法を個別に援助してきた。
- ・ 今回、主任介護支援専門員に現状と課題を把握するためにアンケート調査を行ったので、その結果を報告する。

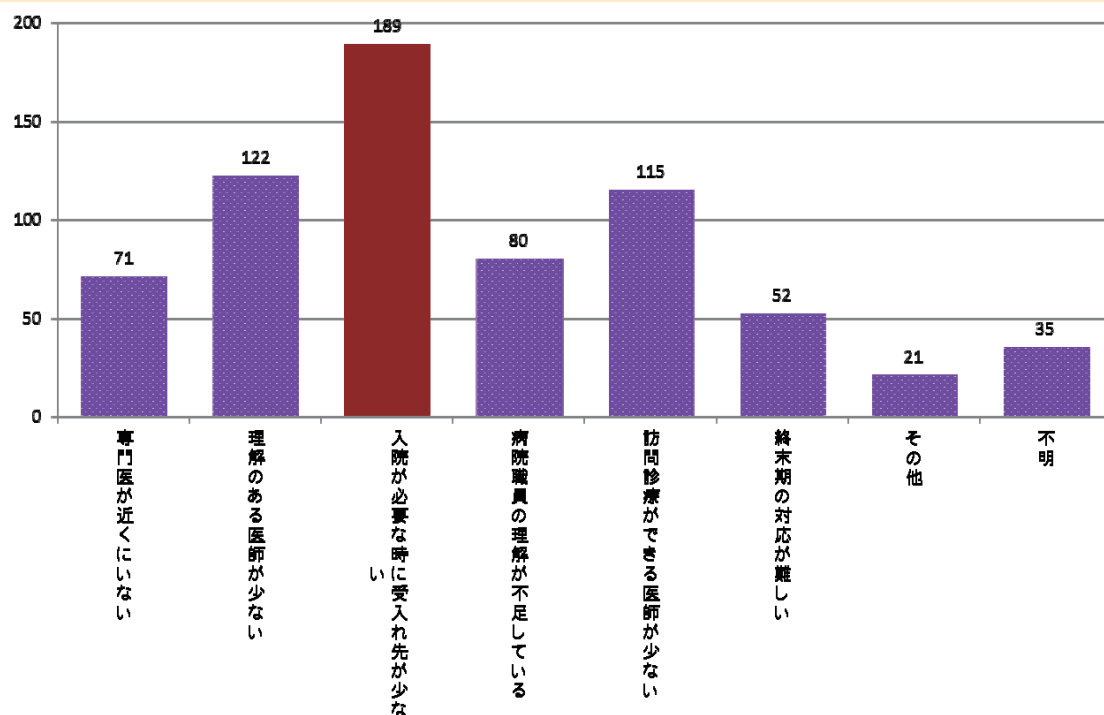
ケアマネジャーが困っていること

認知症で独居のケースが一番多い。次が家族支援、援助拒否、**受信拒否**となっている。



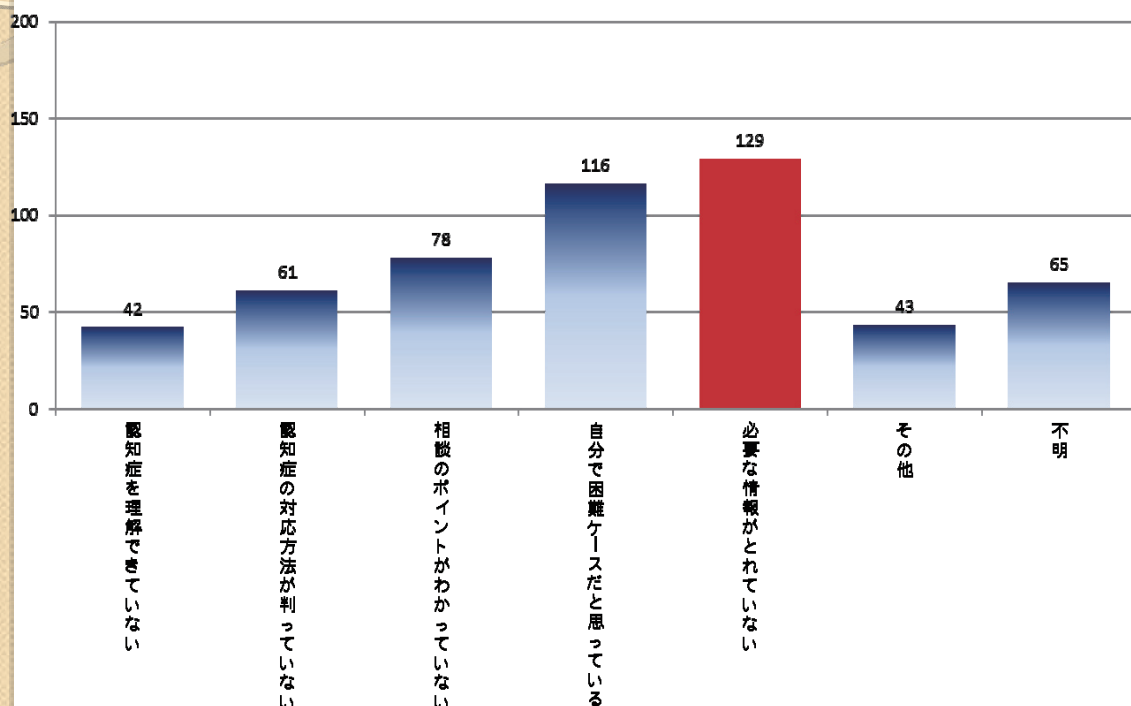
医療との関係で困っていること

入院が必要なときに受け入れ先が少ないが一番多い。次に理解のある医師が少ないと訪問診療できる医師が少ないとなっている。



ケアマネ支援で困っていること

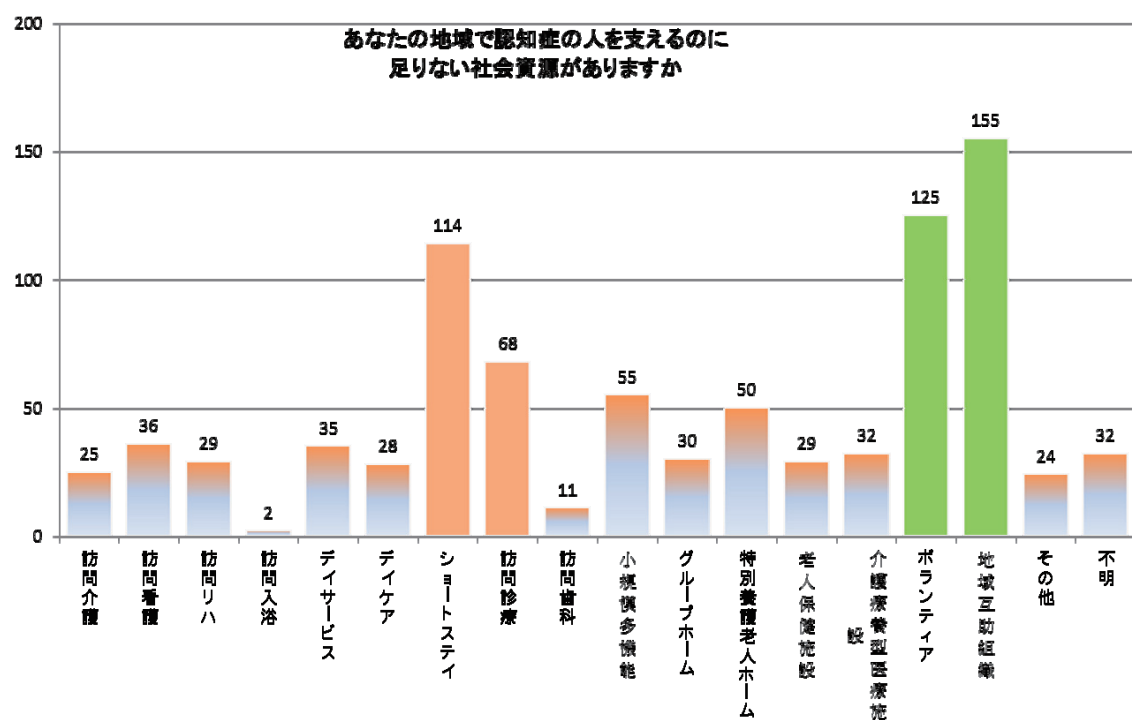
ケアマネが困難を感じる原因には必要な情報が取れていないことが多い。また、自分で困難ケースと思っていることもある。



地域における足りない社会資源

介護保険サービスではショートステイが一番で、次に訪問診療が不足している。

インフォーマルでは、地域支援組織やボランティアが足りない。



結果

- 今回、主任介護支援専門員のアンケート結果から、**独居の認知症のケースが一番困難だ**という結果が出た。続いて家族支援や援助拒否が続いており、認知症の問題より、**環境因素的な問題**が浮き彫りになった。
- 医療との関係では、「入院が必要なときに受け入れ先が少ない」が多く、**認知症状があるために入院治療が受けられない**という実態が明らかになった。
- ケアマネとしての能力の差や社会資源の不足が、地域でのコーディネートをしにくくしている。

まとめ

- 医療・介護との連携の中で、ケアマネは要役ということは自覚している。しかし、入院先の不足・訪問診療の不足や、理解ある医師にめぐり会えないなど、社会的な要因で苦労している。
- 介護サービスのコーディネートに関して、ケアマネの能力で大きく異なる。かかりつけ医などチームメンバーと密に連携できている場合は、在宅を継続できているケースが多い。
- ケアマネの能力差は、アセスメントにおける情報収集能力と分析力の違いが大きい。そのためには、更なる質の向上や地域での多職種協働連携研修など地域ぐるみの仕掛けが必要である。

在宅生活を支える地域の体制の確立のために求めるもの

公益社団法人 認知症のひとと家族の会
代表理事 高 見 国 生

1 家族として現在受けている支援（医療・ケア）内容

認知症問題は、認知症の本人とそれを支える家族一つまり二人の人生をどう支えるかということ。

したがって、本人に対する支援はすなわち家族に対する支援と言える。しかし、完全に一致するわけではなく、固有の家族支援が必要だが、医療とケアの制度の中では、家族支援はきちんと位置づけられていない。家族支援は、「家族の会」など民間ベースで行われているものが主流。

本人に対する精神科の支援は、BPSD（特に暴力行為）が激しくない状態なら、精神科、神経内科、老年科など本人と家族から見れば、その違いは分からない。本人と家族のことを理解してくれているかどうかが良い悪いの基準となっている。

ただし、暴力が激しくなった場合など、精神科病院に頼らざるを得ない。それは、薬物や拘束などで対応できるからである。認知症高齢者462万人、軽度認知障害400万人の時代、精神科医療の重要性も増すと思われる。

2 家族として、地域での精神科の支援があれば、本人がどのような状態まで在宅でみているか

『大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経路を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。』（2012京都文書から）

この考え方は、家族にとって認知症の本人への見方を変えさせてくれるものである。そして介護することへの意欲を湧かせてくれる。しかし、それは精神科医療が家族に寄り添ってくれるかどうかにかかっている。

◇ 家族がとくに精神科の支援を期待すること

- 救急・緊急入院
- 訪問診療、在宅での見取りへの支援
- 地域のネットワークに関わり一般病院、開業医、介護事業所へのアドバイスや協力
- 特養施設と連携してルームシェアリングなどで在宅介護を支援
- BPSD の激しい時期など在宅や施設では対応できないときには積極的に治療、入院を引き受け適切な治療を行う
- 入院後は可能な限り生活を継続させる努力をして地域ケアへの復帰を目指す

- 入院中に精神疾患以外の疾病にも対応できるようにする
- 精神科こそ認知症の人の心、家族の心を理解するケアができると自信を持って宣言し、家族が安心できる認知症治療を行う

3 家族として、地域で生活するために求める支援（医療・ケア）内容

家族への固有の支援として求めるものは次のとおり（精神科に限らず全般的に）。

- 病気治療や症状への対処法支援
- 介護者全般に該当する心身の休息支援
- 介護者個人への健康支援
- 同じ立場の人と話せる場づくり
- 偏見・差別に対する啓蒙
- サービスの質と量の向上
- 経済面など制度上の支援

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成 25 年度第 2 回) 議事要旨

1. 日 時：平成 25 年 10 月 18 日(金) 10 時～12 時 15 分
2. 会 場：アルカディア市ヶ谷 大雪の間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、新井委員、石田委員、大内委員、河崎委員、鴻江委員、齋藤委員、助川委員、高見委員、筒井委員、内藤委員、新田委員、野澤委員、宮島委員、森委員、山崎委員(五十音順)
小川参考人、加藤参考人、島橋参考人、浅野参考人

4. 議事 (概要)

(1) 議論の出発点となるデータ・実態の把握 (その 2) について

- 議論に入るための事実関係の確認・共有として前回、関係データ等を確認した中に精神科病院での治療内容に関するものはなかったが、精神科病院でしかできないことを明らかにする必要があるという議論も踏まえ、老年精神医学会として新井委員から、病院現場からとして浅野参考人から、それぞれ精神科病院での治療内容等に関し紹介。
- これら紹介頂いた内容等に関し、委員から質問や意見等が出された。

〔質疑後の主なまとめ〕

- 「入院治療がベストではなく極力入院せずに済む、入院しても早く退院するのが望ましい」ことは、他疾患と同様に認知症でも原則である。
- 認知症の大変な時期には一時的に精神科病院の支援を頼む必要があるが、早期退院に向け具体的にどの様な治療が受けられるのかを、介護関係者や家族が理解・参考にしていくためにも、コミュニケーションを周知していく必要がある。
- 認知症初期集中支援チームによる早期対応により落ち着くことで入院を極力防ぐことが可能
- 入院治療の要否は、認知症の疾病別に考えると共に、BPSD の重症度と外来治療での改善状況から判断する必要がある。
- 現状の地域バスに関しては、医療機関中心の発想があるように思われるが、生活環境を優先した地域の社会資源による非薬物療法・環境調整等での対応も重要。入院しなくてもできることや入院医療でない方がよいことを明らかにするためにも、介護が行っている専門性の高いケア内容について連携する医療側との情報共有が必要。
- 精神科病院・一般病院・介護施設が本当に連携し円滑・短期での入退院・地域復帰が為されるモデルをつくっていく必要がある。入院が必要な場合、入院治療したほうがいい場合、入院しないほうがいい場合、それぞれが地域によって全く違うということも考えられる。
- 海外では在宅側が退院計画を作成したり、精神科病院が地域の専門ケアサービス機関からケアを購入したりする形態での連携事例がある。国内でも先駆的な病院は退院開業でなく外来通院時から地域資源を把握し調整により地域に渡している。
- 望ましい姿を明らかにするにあたり、誰にとって望ましいのか、望ましい姿は何なのかというの一度自由に考える必要がある。

(2) 認知症の人の受療環境について

- 認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるには、地域の一般の医療機関が身

体合併症に対応することも必要という指摘があることから、一般の医療機関における実施・課題等に関し、看護現場については島橋・加藤参考人から、急性期病院については小川参考人からそれぞれ紹介。

- これら紹介頂いた実態等に関し、委員から質問や意見等が出された。

〔質疑後の主なまとめ〕

- 紹介された、院内デイケアや多職種介入によるせん妄予防は、急性期病院での取組が進みつつあることから、事例を集め、どのようなプログラムがあるか、どのような効果があるか等を調べてみる価値がある。
- 地域で困った時に、病院の認知症ケアの専門家から支援が得られる仕組みが必要。
- 認知症の人の増加スピードや増加人数の時間軸に合った議論、自治体が果たすべき役割を明らかにする議論が必要。
- (3) その他について
 - 松谷副座長より、参考資料 2 を用いつつ、作業部会での検討状況について簡単に報告。
- (4) 座長まとめ
 - 全体として少し前進。
 - 医療は常に未熟・過渡期で完成形はないが、未熟なりにその時点における最高の医学的判断により入院医療が必要な基準を定めるしかない。
 - この問題は、純粋な医学的要因より社会的要因の占めるウェイトが大きいこともあるが、各委員から最高の知恵を出して頂き方向性を決めていくしかない。

以上

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成 25 年度 第 4 回)
〈五十音順、敬称略〉

委員		
座長	大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長
副座長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長
委員	新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会 理事長
	石田 光広	稻城市役所 福祉部長
	大内 尉哉	一般社団法人 日本老年医学会 理事長
	河崎 茂子	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 代表理事
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長 (理事)
	齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
	助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
	高杉 敬久	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	高見 国生	公益社団法人 認知症のひと家族の会 代表理事
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
	新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 会長

参考人	
上野 秀樹	社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所／桜新町アーバンクリニック 内閣府 障害者政策委員会委員

オブザーバー	
原 勝則	厚生労働省老健局長
三浦 公嗣	厚生労働省認知症施策総合調整官・大臣官房技術総括審議官
北島 智子	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
勝又 浜子	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成 25 年度 第 4 回)

— 議事次第 第 一 —

日時：平成 25 年 12 月 25 日 (水)
10:00～12:00
場所：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間

1. 開会

2. 挨拶

3. 議事

(1) 在宅生活を行う場合に必要な医療

【資料 1・2・3】

(2) 精神科病院への入院治療が必要な認知症の人の状態

【資料 4】

4. 閉会

<配布資料>

議事次第

名簿・座席表

資料 1 新田委員提出資料

資料 2 上野参考人提出資料

資料 3 齋藤委員提出資料

資料 4 作業部会の結果報告 (精神科病院への入院治療が必要な状態について)

参考資料 1 議事要旨 (第 3 回)

参考資料 2 アンケート調査票

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会

日時：平成25年12月25日（水）
10:00～12:00

場所：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間

大島座長 ○
松谷副座長 ○

厚生労働省
原老健局長 ○

三浦
認知症施策
総合調整官 ○

老健局
認知症・虐待防止
対策推進室長 ○

上野参考人 ○

山崎委員 ○

森委員 ○

宮島委員 ○

野澤委員 ○

○ 新井委員

○ 石田委員

○ 大内委員

○ 河崎委員

○ 鴻江委員

○ 齋藤委員

○ 助川委員

○ 高杉委員

○ 新田委員
○ 内藤委員
○ 筒井委員
○ 高見委員

柱

出入口

随行者席

報道・一般傍聴席

資料1

認知症の人の精神科入院医療と
在宅支援のあり方に関する研究会(第4回)
平成25年12月25日

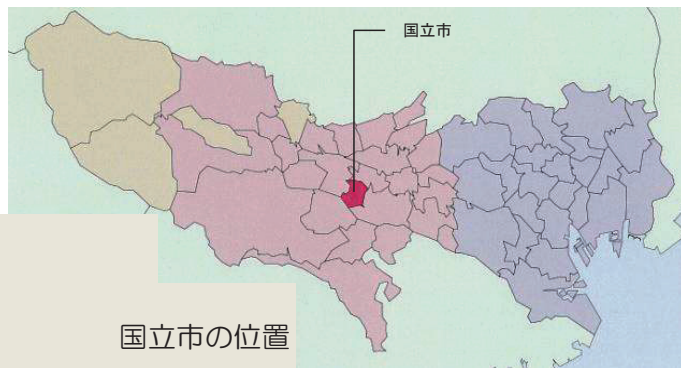
新田委員提出資料

国立市（くにたち）

面積 約8.15km²

人口 約74,400人

平成25年4月の高齢化率 約20.53%



国立市の位置

出典：国土交通省

国立市の人口と高齢者数 （住基登録者）

家族形態や世帯構成が変化する中、今後、高齢者ひとり暮らし世帯や高齢者のみ世帯が増加することが見込まれる。

平成25年4月1日	男性	女性	合計	計/計（%）
全体	36,757	37,624	74,381	100
65歳以上	6,422	8,850	15,272	20.53
75歳以上	2,922	4,616	7,538	10.1
85歳以上	610	1,422	2,032	—
100歳以上	4	28	32	—

国立市の要支援・要介護認定者数（施設利用含）

平成25年3月末（人）

	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	計
認定者数	380	386	643	466	395	304	312	2,886



1

国立市 75歳以上 要介護認定状況 マップ

平成25年1月現在

*このマップにおける認知症とは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上のことを指しています。

*なお、世帯形態は住民登録上の数値です。

平成25年1月現在

【75歳以上の在宅の方】

人数 7,282人

■ 認定者以外 5,140人

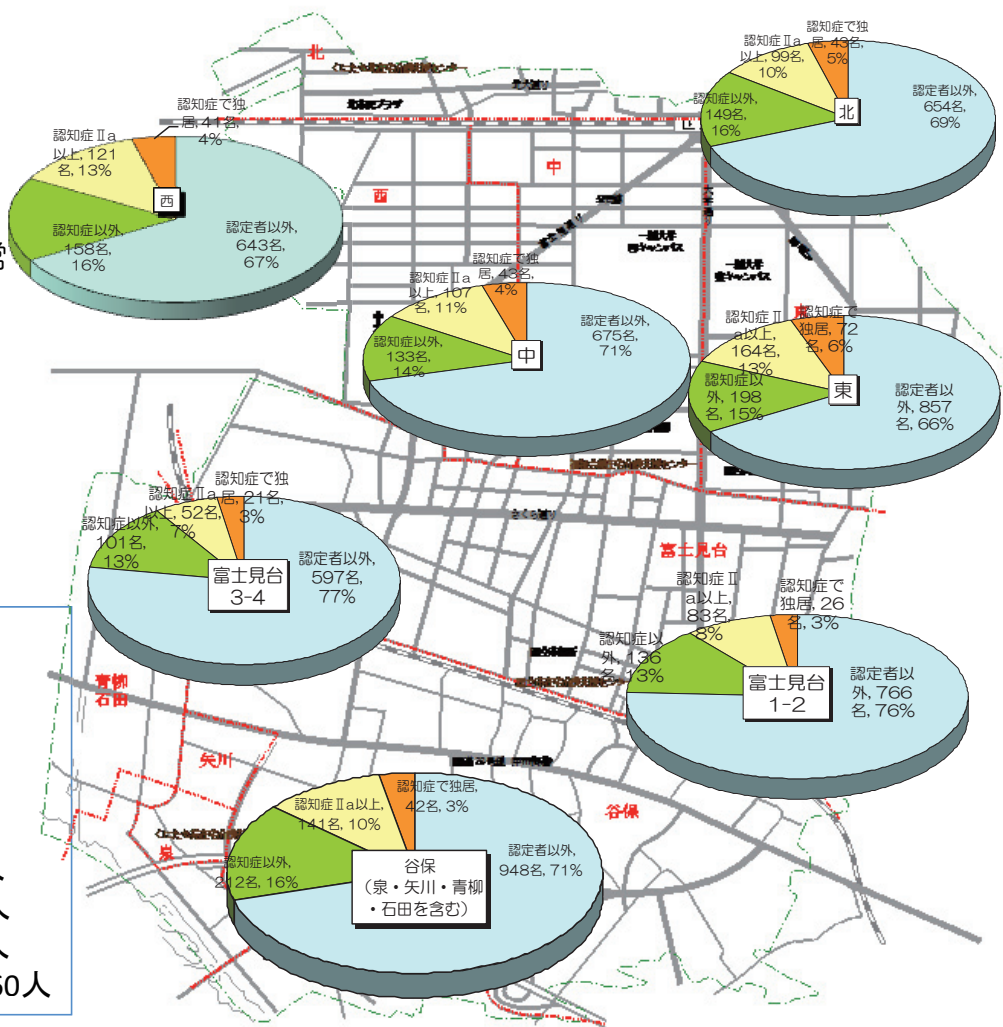
認定者 2,142人

■ 認知症以外 1,087人

■ 認知症で独居以外 767人

■ 認知症独居 288人

*生活実態が独居の方 約60人



認知症高齢者の状況(国立市)

2013.11.1

1 年齢階層別			総 数	40～ 64歳	65～ 74歳	75歳～
居	宅		69.3%	68.2%	73.7%	68.7%
指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設			7.0%	3.4%	3.3%	7.7%
介 護 老 人 保 健 施 設			5.0%	4.5%	2.1%	5.4%
指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設			0.5%	0.0%	0.3%	0.6%
認 知 症 グ ル ー プ ホ ー ム			1.7%	2.3%	0.6%	1.8%
ケ ア ハ ウ ス			5.0%	2.3%	0.3%	5.7%
医 療 機 関 (療 養)			1.8%	3.4%	2.7%	1.6%
医 療 機 関 (療 養 以 外)			8.3%	14.8%	13.6%	7.3%
そ の 他 の 施 設			1.4%	1.1%	3.3%	1.1%

3

認知症高齢者の状況(国立市)

2013.11.1

2 要介護度別			総 数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
居	宅		73.0%	94.8%	93.2%	83.0%	69.7%	57.6%	41.3%	27.0%
指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設			4.5%	0.0%	0.0%	1.6%	5.7%	9.8%	15.9%	23.4%
介 護 老 人 保 健 施 設			4.1%	0.0%	0.0%	1.6%	6.1%	9.5%	11.6%	9.6%
指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設			0.4%	0.0%	0.3%	0.0%	0.2%	0.8%	1.2%	2.1%
認 知 症 グ ル ー プ ホ ー ム			0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	2.1%	2.5%	2.8%	3.3%
ケ ア ハ ウ ス			4.0%	2.7%	1.9%	5.2%	5.9%	5.8%	7.3%	6.3%
医 療 機 関 (療 養)			1.9%	0.2%	0.3%	0.5%	0.4%	1.8%	2.4%	9.3%
医 療 機 関 (療 養 以 外)			10.9%	1.7%	3.8%	5.3%	8.2%	10.3%	14.7%	18.0%
そ の 他 の 施 設			1.3%	0.5%	0.5%	1.3%	1.7%	2.0%	2.8%	0.9%

4

国立市独居 56名

	年齢(平均)	81.8歳
介護度	1	17名
	2	16名
	3	15名
	4	3名
	5	5名
認知症自立度	Ⅱ a	38名
	Ⅱ b	11名
	Ⅲ a	5名
	Ⅲ b	1名
	Ⅳ	1名
家族の状況	一軒家に独居	21名
	アパート、マンション、団地に独居	23名
	その他	12名

5

	氏名	年齢	認知症自立度	要介護度	家族の状況	主たる疾病	状態像	利用サービス	介護・支援
1	A	85	Ⅱ a	2	1軒家に独居	アルツハイマー型認知症、うつ病	泥棒が入る。物が盗まれると昼夜問わず電話が入り市内在住の娘が毎日訪問。日常と違う変化があるとパニックを起こす。	通所介護(週1から~2回)、通所リハ(週1回)短期入所(月4日程度)配食4回	朝の電話、朝夕の服薬、買い物、生活状況を確認のため毎日訪問
2	B	77	Ⅱ a	3	アパートの1Fに独居	脳動脈瘤術後	右目視力なし、左目0.02 右不全麻痺、動作緩慢で室内すり足で伝い歩き トイレに間に合わず失禁あり	訪問介護28回 通所リハ4回	他市在住の娘(午前勤務)が毎日訪問し食事、家事、排せつ等の介助を行っている。 娘が訪問できない時間帯(毎朝と週2回の夕方)はヘルパーが入り食事介助やパツと交換行う
3	C	91	Ⅱ a	2	1軒家に独居	心房細動 心筋症 認知症 廃用性筋力低下 腎機能低下	日常的に転倒多く、現在は動くたびに何処かにぶつけている。 物忘れあり、会話時は脈絡なく話が変わる	訪問介護8回 通所介護12回	近所に長男居住し必要時のみ支援
4	D	82	Ⅱ a	5	マンション5階に独居	パーキンソン症候群(びまん性レビー小体病疑い) 認知症	質問にほとんど回答できず名前に頷く程度 歩行不可、移動は室内外とも車いすで全介助 移乗も一部介助が必要、長女の介護負担大きく自宅ではトイレ誘導ができなくなったデイではトイレ誘導、自宅ではベッド上パツと交換、座位保持は右傾きあり長時間の座位保持はできない。	通所介助12回 ショート18日 配食週4回	近所に長女家族居住し、通所、ショート利用以外の時間、生活の援助を行っている。
5	E	91	Ⅱ a	3	1軒家に独居	慢性心房細動、慢性心不全、胸椎圧迫骨折	腰痛悪化トイレと食事以外はベッド臥床。室内歩行は杖使いヘルパー介助で移動、移乗は自己にて何とかできる。	訪問介助60回 訪問看護8回 居宅療養管理指導2回 配食週4回 自費訪問介護	都内に息子在住、毎日電話を入れ週末は訪問
6	F	80	Ⅱ a	3	1軒家に独居	糖尿病 狭心症 認知症	歩行は不安定ですり足歩行で動作緩慢 親戚に電話し都合のよい作話する TVのリモコン操作できない	訪問介護52回 通所介護4回 配食週7回	他市居住の息子夫婦が毎週末訪問
7	G	77	Ⅱ a	2	アパート1Fに独居	2型糖尿病 びまん性表層角膜炎 右眼内レンズ挿入眼	室内伝い歩き、屋外は杖歩行 薬の飲み忘れあり訪看がセット、ヘルパー援助人付き合い苦手	訪問介護12回 訪問看護4回	市内在住の次男が週1回訪問し入浴援助

6

	氏名	年齢	認知症自立度	要介護度	家族の状況	主たる疾病	状態像	利用サービス	介護・支援
8	H	82	Ⅱ a	2	一軒家に独居	アルツハイマー型認知症 糖尿病 高血圧	簡単な調理や家事はできるが火の消し忘れあり (自動で消えるガステーブル利用) 成年後見制度利用	通所リハ12回 配食週3回	他県の妹が受診時泊まり生活支援 毎夜安否確認の電話入れる
9	I	94	Ⅱ a	1	一軒家に独居、2階居室、1階お風呂	脳梗塞 認知症	日中ベッドで寝たり起きたりの生活 物忘れがあり室内放置の食べ残しで下痢あり	訪問介護8回 自費ヘルパー週1回 配食週3回	市内在住の長男が週3回訪問、2日は泊まりこむ
10	J	86	Ⅱ a	2	団地1階独居	大腿骨骨折	電話連絡を忘れていたり冷蔵庫の中の物を腐らせる。トイレ以外はほとんど入床している	訪問介護14回 通所介護3回	
11	K	79	Ⅱ a	1	一軒家に独居	アルツハイマー型認知症	物とられ妄想	訪問介護8回 訪問看護4回 訪問リハ2回 通所リハ2回	通院時付き添い自己ヘルパー
12	L	76	Ⅱ a	1	一軒家に独居	脳出血 多発性脳こうそく	うつ病あり	訪問介護12回 自費ヘルパー週2回 自費デイサービス週2回	息子土日支援
13	M	90	Ⅱ b	4	マンション3階(EVなし)	糖尿病	認知症進行しトイレの場所がわからない、食事途中で食べなくなる	訪問介護24回 通所リハ8回	娘が仕事場として使用、泊まり込みで介助している
14	N	88	Ⅱ b	3	独居	認知症 高脂血症 高血圧	幻覚、幻聴あり	訪問介護32回 訪問リハ8回 通所介護12回 配食週2回 自己ヘルプ週4回 訪問歯科月1回	他市在住の娘と姪が毎日通っている 生活全般娘、姪が対応

7

	氏名	年齢	認知症自立度	要介護度	家族の状況	主たる疾病	状態像	利用サービス	介護・支援
15	O	92	Ⅱ b	3	団地2階(EVなし)にて独居	アルツハイマー型認知症 変形性腰椎症	買い物がいけない、ガスの使い方がわからない、金銭管理不可	訪問介護10回 通所介護5階 ショート20回	配食はショートのない週の6日 地域福祉権利擁護
16	P	90	Ⅱ b	3	バリアフリーの一軒家に独居	アルツハイマー型認知症 骨粗しょう症	毎日朝昼タヘルパー その場での声掛け、確認が必要	訪問介護68回 通所リハ12回 配食週6回 自費ヘルパー月20万	他県居住の長女が週1回訪問
17	Q	79	Ⅱ b	2	団地3階(EVなし)に独居	認知症 変形性脊椎症	近隣トラブルや不法侵入で警察に保護歴あり	訪問介護8回 通所介護4回 配食週2回	
18	R	87	Ⅱ b	3	団地8回(EV付)に独居	レビー小体型認知症	妄想強くなり物忘れ進行、判断力低下 失禁、冷蔵庫の1年余経過している食品捨てずに食べる	訪問介護47回 通所介護12回 ショート12回 配食週7回 自費ヘルパー月15回	
19	S	95	Ⅱ b	3	一軒家に独居	血管性認知症	デイへ通所している認識なし 日中寝ているため夜に起きだし歌いだしたりする	通所介護8回 配食週2回	3人の息子達が交代で泊まり介助にあたり24時間1人で行っていることではない体制にしている
20	T	81	Ⅲ a	3	一軒家に独居	アルツハイマー型認知症	デイ拒否や食事は食べたこと忘れ夕方毎日買い物に行っている	訪問介護62回 通所介護24回 自費ヘルパー 配食毎夕	
21	U	94	Ⅲ a	5	団地1階独居	アルツハイマー型認知症 慢性心不全	自己で起きられずすべてに介助が必要	訪問介護40回	市内居住の次女が1日1回訪問

8

国立市認知症独居のかかりつけ医(25か所)

病院名	人数	病院名	人数
Iクリニック	1	SHクリニック	2
U医院	1	S病院	1
U脳神経外科	2	S病院	1
O医院	1	SY	1
Kクリニック	1	SRクリニック	1
K内科(三鷹)	1	クリニック(調布)	1
地域中核型T病院	3	TS病院	11
K大学病院	1	T総合病院	4
KC診療所	2	Nクリニック	9
K内科	1	Hクリニック	1
K病院	1	Yクリニック	2
精神科病院	1	YS診療所	3
KS病院	1	YK内科	2

認知症独居の居宅介護支援事業者(23か所)

9

国立市Ⅱa以上の方の 精神科入院状況(平成25年9月現在)

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
40歳～64歳	0	0	0	0	0	0	0	0
65歳～74歳	0	0	0	0	2	1	1	4
75歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	2	1	1	4

- ①73歳男性 介3 アルツハイマー Ⅲa
 ②69歳男性 介5 パーキンソン、認知症 Ⅳ
 ③65歳女性 介3 アルコール性認知症 Ⅲa
 ④73歳女性 介3 アルツハイマー Ⅱb

精神科入院平成25年4月～10月の実績

No.	年齢	性別	病院名	入院日	退院日	入院日数	介護度	日常生活自立度	診断	入院前	退院後
1	74	女	回心堂第二病院	241120	250406	137	介4	Ⅱb	器質性精神病、アルツハイマー	老健	老健
2	66	女	日の出ヶ丘病院	250507	250721	75	介5	Ⅱa	慢性腎不全	居宅	死亡
3	73	女	根岸病院	250531	250731	61	支2	Ⅱb	妄想性障害、認知症	居宅	居宅
4	73	女	根岸病院	250926	至現在	82以上	介4	Ⅱb	アルツハイマー	特養	入院中
5	72	男	高沢病院	250628	250710	12	介5	Ⅱb	誤嚥性肺炎、アルツハイマー	居宅	居宅
6	65	男	東京海道病院	250121	至現在	330以上	介3	Ⅲa	アルコール性認知症	居宅	入院中
7	69	男	東京都立神経病院	250403	250425	22	介5	Ⅳ	パーキンソン、認知症併発	居宅	居宅
8	74	男	東京都立神経病院	250318	250416	29	介3	Ⅲb	レビー小体、慢性腎不全	居宅	居宅
9	68	女	東京都立神経病院	250522	250612	21	介1	Ⅱa	糖尿病	居宅	居宅
10	73	男	桜ヶ丘記念病院	250809	251019	71	介3	Ⅲa	アルツハイマー	居宅	老人保健施設
11	67	男	立川相互病院	241207	250412	126	介5	Ⅱa	脳梗塞後遺症	居宅	死亡
12	69	男	青梅慶友病院	250424	至現在	237以上	介5	Ⅳ	パーキンソン、認知症併発	居宅	入院中

11

現状

認知症の状況

- ・どれ位の方を居宅で見ているか ⇒ 約66%
- ・どれ位の方が施設か ⇒ 約33%
- ・どれ位の方がグループホームか ⇒ 約4%
- ・どれ位の方が精神科入院か ⇒ 1か月で4名程度。1%に満たない

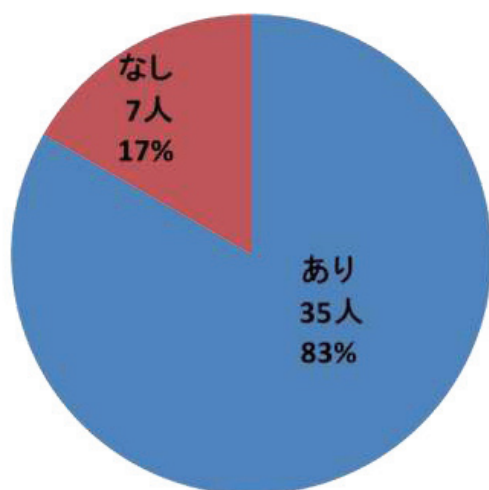
12

認知症に関するアンケート集計(医師)

配布数 71人 回収数 42人 回収率 59.2%

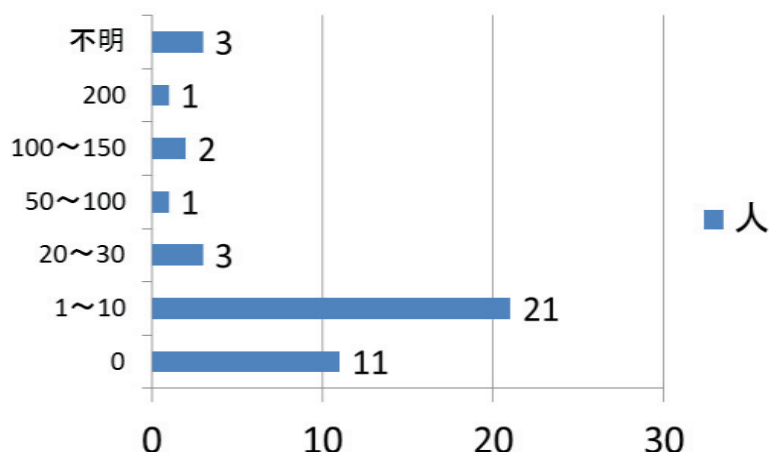
設問1. 認知症患者の診察及び対応をしたことはありますか？

認知症患者の診察・対応



設問2. 現在、認知症患者はどの程度いますか？

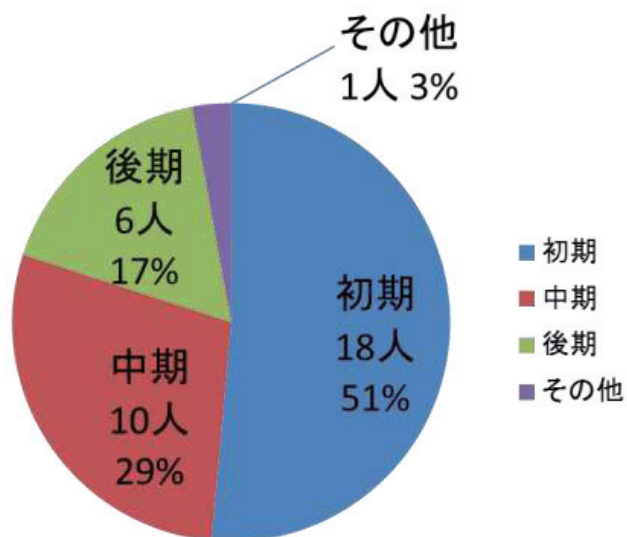
患者数



13

認知症に関するアンケート集計(医師)2

設問3. 認知症患者のレベルについて、どの段階まで対応が可能ですか？

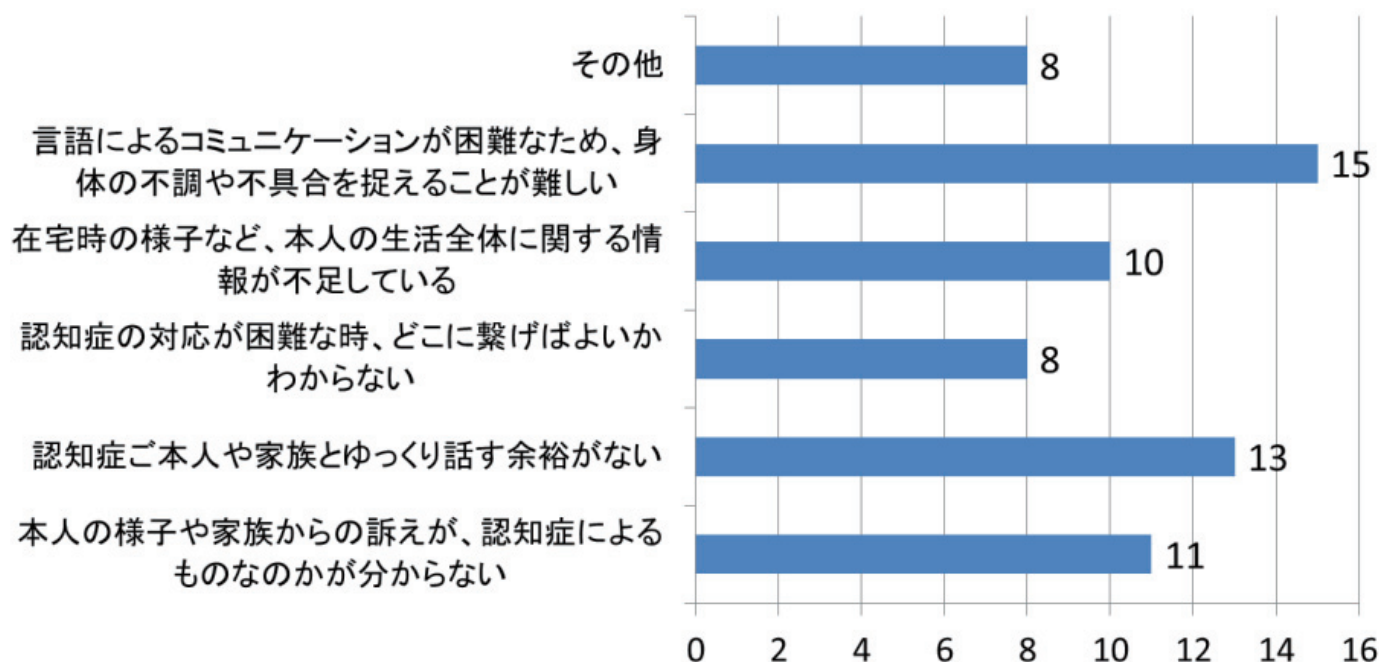


段 階	状 態
初期	物忘れや意欲の低下
中期	見当識の障害著明
後期	認知機能・身体機能全般の高度障害
その他	家族等のサポートがあれば段階は問わない

14

認知症に関するアンケート集計(医師)3

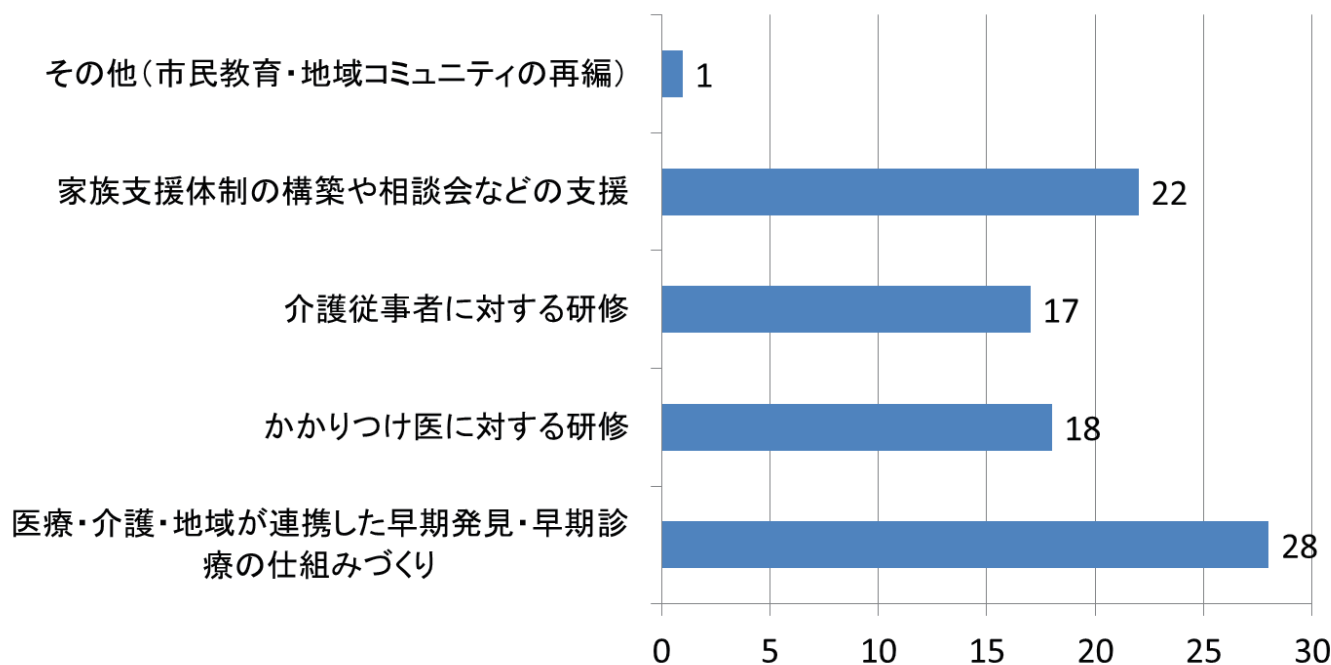
設問4. 認知症の方との関わりでの困り事はどんなことですか？



15

認知症に関するアンケート集計(医師)4

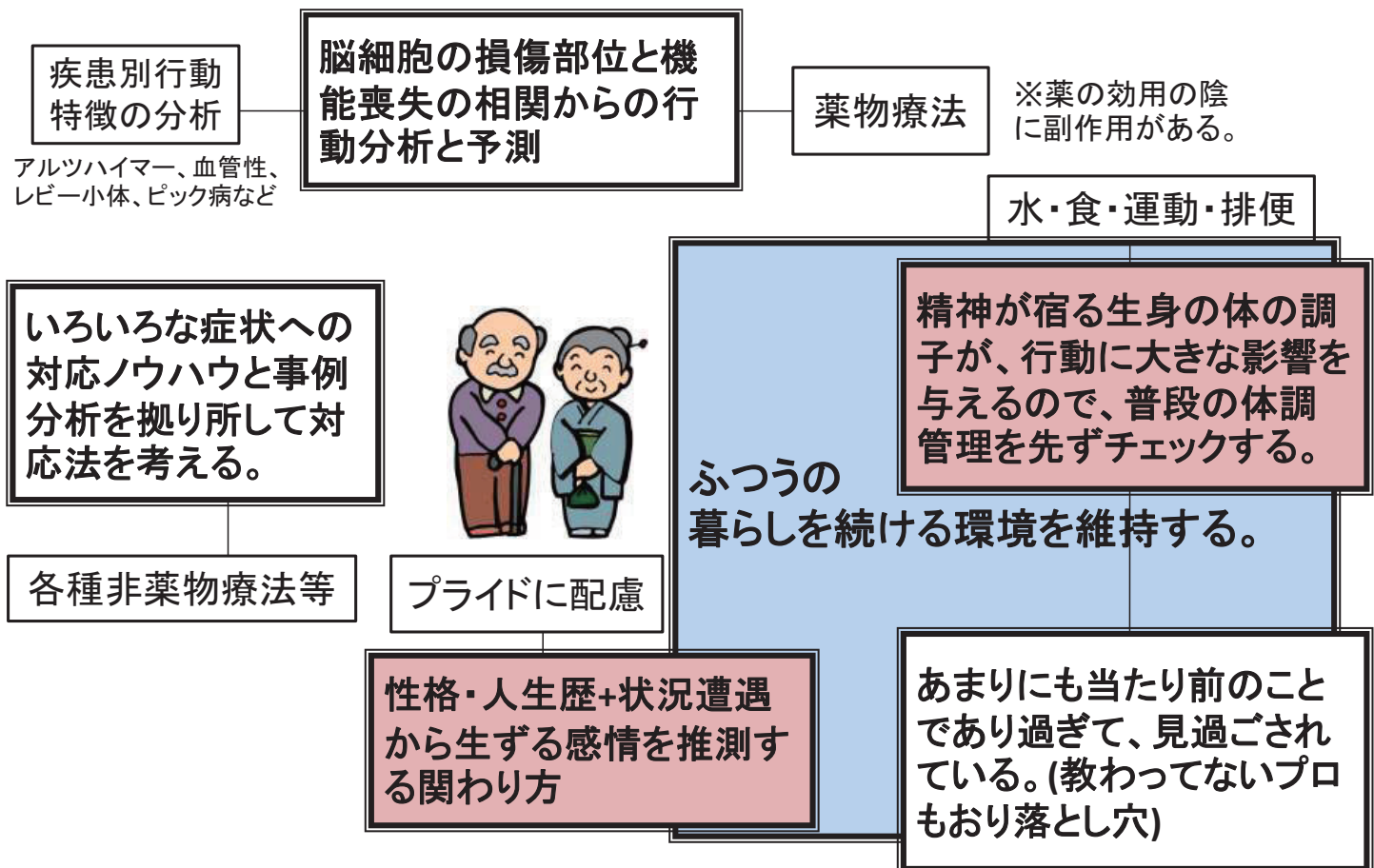
設問5. 今後認知症対策を進めていく上で、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか？



16

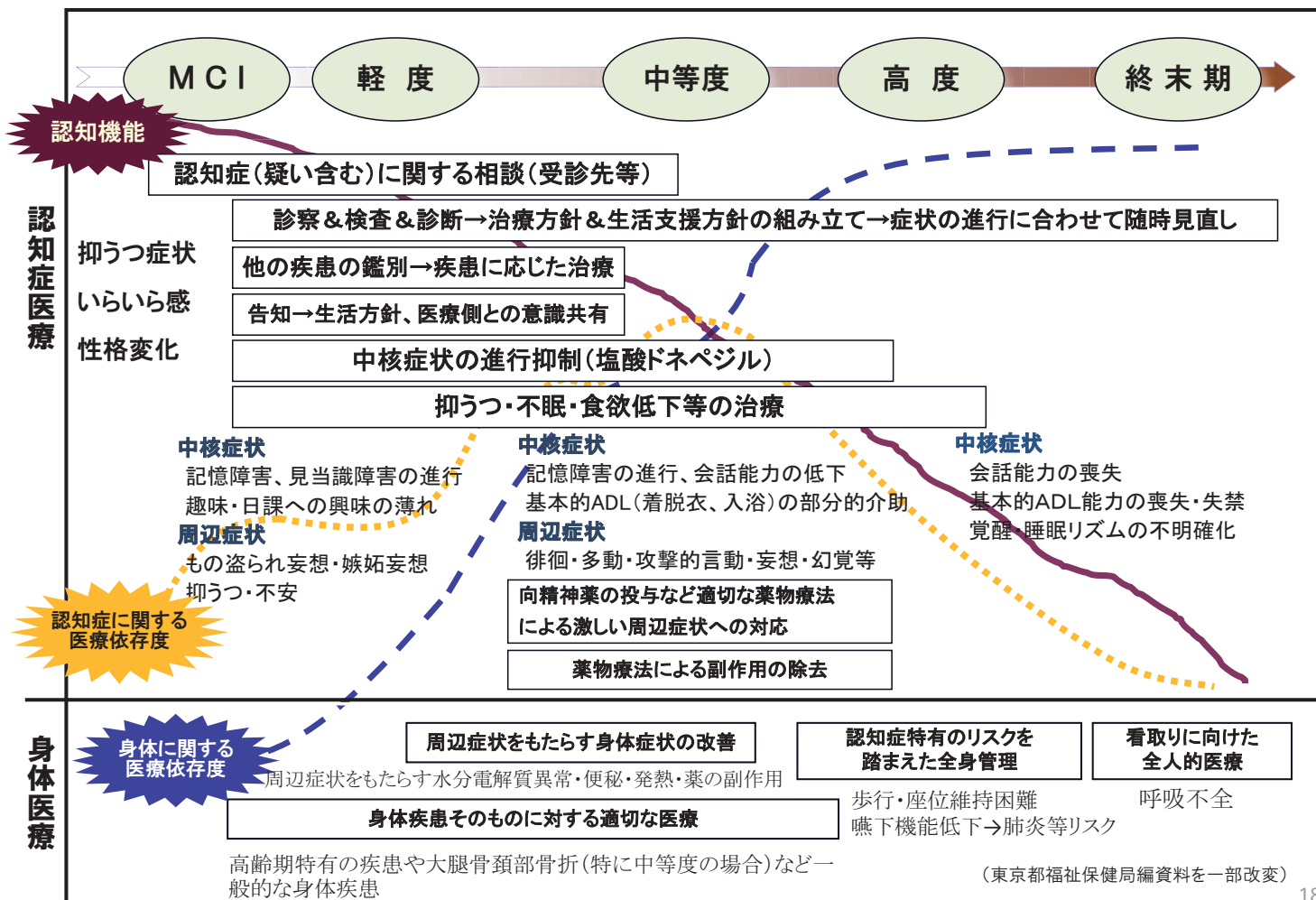
認知症ケアのアプローチ

認知症ケアをトータルで語る専門家はいない。



17

認知症の経過と医療依存度 (アルツハイマー病等変性疾患の場合)



かかりつけ医とサポート医

課題

1. 能力格差が激しい
2. 地域格差がある
3. 個々の機能格差
4. サポート医の能力の限界

解決

1. 地域包括ケア一体体制の構築を基本に考える
2. 新かかりつけ医の育成
3. サポート医の地域における実践の見直し
4. 待つ医療から生活の中へ入り込む医療へ

19

そのためには認知症高齢者のかかりつけ医の育成と同時に、入院・外来医療ではない第3の道である在宅を支える医療が必要となる。

1. 在宅総合診療医育成・促進
2. 認知症医療を含んだかかりつけ医に対して認知症対策
3. 地域医療の連携～認知症サポート医のさらなる育成が必要となる。

上記3つのための認知症教育システムの構築

課題

- ①かかりつけ医による認知症への医療
- ②家族介護者の限界性(この家族だからケアが難しい)と介護者支援
- ③独居生活を支える地域の理解、住民による支援

21

入院1

1035 97歳 女性 M C1

迫害妄想・被毒妄想を伴った老年期認知症？

- ・ 孫家族との5人暮らし。
- ・ 高血圧症で近医受診中。
- ・ 近年、もの忘れや理解力の低下みられていたが、X-1年8月27日、一人娘が自殺した後から、夜中に動きまわったり、独語したりと精神的に不安定となった。9月20日になり、孫娘が用意する食事や飲み物、薬には一切手をつけず、「毒が入っている」「娘はあんた達に殺された」「このうちをのっとうとしている」等言い始めた。また体力低下し、歩行不能となり、昼夜問わず自宅内外を這って徘徊。孫娘が探して、自宅まで誘導しようとするが、抵抗し暴力行為みられた。

- 10月1日、包括職員2名・高齢者支援センター職員1名とPSWが訪問し、本人・家族と面会。包括職員がバナナ1本と水を勧めると、怒りながらも摂取。第三者の介入で、やっと会話は成立。しきりに「若い者に娘が殺された」と繰り返し、表情は陰しい。
- 家族と相談し、介護保険申請手続き実施。包括職員の配慮で認定調査を週内に手配。
- 10月4日、往診。被毒妄想に基づく拒食あり、体力低下が著明で、周囲の関わりに対し拒否的で治療や支援が困難であることから、入院が必要と判断。翌日某精神科病院に医療保護入院。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

23

- 現在入院後14か月経過。
- 本人は自分が入院していることに納得はしていないが、第三者がかかわる事で、食事や水分摂取、服薬が可能となり栄養状態や精神症状は改善。また、男性職員の頭をなでたり、握手を求めたりと対人接触も改善。しかし、孫娘と対面すると、被害的な発言が多くなり、入院前の状態に戻ってしまうため、自宅への退院は難しい状況である。
- 要介護5の認定を受けており、特養入所待機中。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

24

7774 89歳 女性 M J2

AD+DLB疑い

入院2

- 長男夫婦と同居。
- 高血圧症で加療中。
- X-2年頃から置き忘れ、しまい忘れが始まった。X-1年3月からしばらく次女夫婦宅に行っていたが、その頃から物忘れはひどくなった。同年6月19日～7月27日某病院整形外科に第12胸椎圧迫骨折で入院。退院後からおかしなことを言い出した。「娘の亭主が粉みたいなものをぶっかける。薬局から買ってくるみたいだが、TVなんか見ていると後からぶっかける。」と被害的。X年8月23日当院受診(HDS-R:13 遅延再生2/6、CDR:2)。パーキンソン症状なし。頭部MRIにおいて、海馬を含む側頭葉内側の委縮が認められたため、ADと診断。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

25

- ドネペジル・抑肝散を投与。その後症状軽快して、X+2年夏までは安定した生活を送っていた。しかし同年10月から、突発的な攻撃性と会話性幻聴出現。誰かがいる気配を感じているようでおびえて車から出ようとしない行動あり、それらの症状は動揺し、また1日中眠そうにしている時もあるため、DLBの合併を疑った。クエチアピンを25mgから漸増して100mgまで投与するも効果なく、歩行時のふらつき目立つため、11月6日にクエチアピン中止。
- 家族の疲弊も強く、11月11日、某精神科病院に医療保護入院となった。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

26

資料103

- 現在、入院後38日経過。
- 入院後は、リスペリドン漸増し、精神症状はやや安定。退院の機会を計っているが、家族の不安が強く、外出・外泊もままならない。自宅近くに建築中の特養の開所を待っている。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

27

15805 67歳 女性 M J2 AD＋双極性感情障害疑い

入院回避1

- 娘夫婦と孫と同居。元介護職。
- 高血圧症で某医にて治療中。健康で“張り切り”が目立つ人であった。
- X-1年2月に夫が他界し独居となった。同年8月頃から会話がかみ合わず、社会的交流も少なくなったため、認知症を疑い、某病院神経内科受診。MRIで異常ないと言われた。同年12月に娘家族と同居。外出するとその家に戻れない。番地が覚えられない。勘違いが多い。X年3月14日朝、家を出て行くと言って、隣の家に居候させてくれないかと言い出した。その頃から落ち着きなく多弁となった。3月15日当院初診。HDS-R:20/30(時間の見当識1/4、5品目4/5、遅延再生1/6)。また娘婿に対して、「他人が入り込んで財産を狙っている」と被害的であった。MRIでZスコア1.20。妄想、焦燥感を伴うAD初期と診断し、メマンチン投与を開始。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より 28

いつ外に出て行ってしまうかわからないので、目が離せないからと娘は精神科病院入院を希望したが、近隣の病院は満床とのことで断られたため、当法人のDS及びGHでボランティアとして手伝ってもらうことにして、日中は1週間をすべて埋めるというプランをケアマネは立てた。メマンチン20mg、リスペリドン1mg、抑肝散5.0g投与で、娘婿に対しての妄想も消失し、家から出て行こうとしなくなったが、DSにおいてはやはり張り切り過ぎが目立つため、VPA200mgを追加して経過観察中。

双極性感情障害にADを合併した可能性もあると思われる。経過中、担当ケアマネは、自宅とDS・GHの場を頻回に訪問して、家族・スタッフ間の調整を図り、ケアマネ・DS・GHスタッフから主治医に対して頻回の情報提供があった。その後、要介護3が認定された。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

29

8044 84歳 男性 11b J2 AD

入院回避2

- ・ 看護師の長女と二人暮らし
- ・ 約20年前にSAHでクリッピング。プレガバリン150mg ロフラゼプ酸エチル2mgを背部の神経痛で某整形外科より処方されてのんでいる。
- ・ X-1年7月にふらつきあり、某病院脳外科にてNPH疑われ入院精査、tapテスト陰性。身だしなみが崩れ、水の出っぱなしがあるとのことで、同年当院初診。もの忘れの自覚あり、HDS-R:25/30 CDR:0.5。MCIとして経過観察とした。
- ・ X年になってから歩行が不安定で、尿失禁が目立ち、自室の整理整頓ができない。交通事故を起こすとのことで、同年4月23日久しぶりの受診。HDS-R:15/30 CDR:1で麻痺はない。CT上で硬膜下血腫なく、脳室拡大も目立たず。

医療法人あづま会 大井戸診療所 大澤誠氏資料より

30

資料105

数日後に同窓会の旅行中、夜間外出し、旅館に戻れなくなって警察に保護された。家に帰ってきてからも落ち着きなく、怒りっぽく、たびたび外に出ようとするため、娘は仕事にも行けなくなった。精神科病院入院を希望したが、近隣の病院は満床とのことで断られたため、介護保険申請し、暫定でSS(短期入所生活介護)を1週間利用後落ち着いた。SS中、プレガバリン及びロフラゼプ酸エチルは中止した。ガランタミ8mg/日内服中。その後、要介護1が認定された。

考察

- ・ 幻覚妄想状態が存在し、それが被毒妄想・迫害妄想の様相を帯びて、摂食拒否・服薬拒否に結びつき、身体の衰弱・家人や介護者の関わりの困難さとなって、入院を余儀なくされる場合もあると思われる。DLBではそうしたケースが散見される。
- ・ 一方、徘徊・不穏・易怒性や、妄想があったとしても物盗られ妄想の場合には、環境調整(介護保険在宅サービスの利用等)・関わりの工夫・薬物治療により入院を回避できると思われる。
- ・ いったん入院すると在宅復帰は難しくなる。

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
配付資料

海上寮療養所
上野 秀樹

(1) 当院で、在宅生活を送られている認知症の人に対し、実践している精神科医療の具体的な支援内容や実績等

当院では平成 21 年 11 月から、認知症の人に精神科医療をアウトリーチで届けるサービスをを行っています。

これは、次の二つのサービスからなっています。

- ・精神症状のために精神科外来を受診することができない認知症の人のところへ精神科医師が往診するサービス
- ・精神科のない医療機関、介護保険施設等へ精神科医師が往診するサービス

当院の訪問診療は東京都高齢者精神科医療相談班に診療機能をプラスしたものです。

東京都には、昭和 60 年代に開始された「老人性認知症精神科専門医療事業」があります。この事業では、都内 9 カ所の精神科病院に認知症精神科専門病棟が整備され、あわせて都内 3 カ所の精神保健センターに東京都高齢者精神科医療相談班（以下、老人班）が設置されました。

老人班とは精神科医師と看護職のチームです。地域の担当者とともに認知症高齢者の家庭を訪問して診察し、今後の対応方法や認知症専門病棟への入院を含めた処遇の相談をします。ただし、老人班は診察を行うのみで、治療機能はありません。

訪問の対象は、

- ・病院嫌い、医者嫌い、暴れるなどのために家族や関係機関が、認知症高齢者を病院に連れて行くことができないケース
- ・幻覚・妄想・焦燥・易怒性・不安・暴力・徘徊・大声・迷惑行為などの認知症に伴う激しい精神症状に対して近隣住民、民生委員や関係機関が困っているケース

です。

実際の訪問がどのように行われるかご説明しましょう。まず、家族、近隣住民、民生委員等の関係者が、地域の高齢者担当相談窓口（各区の保健センター、福祉事務所、区役所、保健福祉センター、地域行政センター、保健所、保健相談所、地域包括支援センター等）に相談します。その後、地域の保健師や地域包括支援センターの職員が訪問して問題点を整理した上で、老人班に訪問の依頼を行います。

依頼を受け、訪問した老人班の精神科医師が本人を診察し、認知症精神科専門病棟への入院を含め今後の処遇を相談することになります。

＜東京都高齢者精神科医療相談班を利用した専門病棟への入院の流れ＞

家族・近隣住民・民生委員等で認知症のためと思われる問題行動で困っている方



地域の高齢者相談窓口に相談に相談

→保健師、地域包括センター職員の訪問



高齢者精神医療相談班に訪問依頼

→精神科医、看護職が訪問

→家族・関係者と処遇相談（含入院相談）

→専門病棟への入院

私は、東京都立松沢病院にて平成 16 年から 3 年間、認知症精神科専門病棟（30 床）を担当し、約 180 名弱の精神症状のある認知症の人を入院加療してきました。中でも、この老人班が関与したケースを多く入院させる中で、認知症で精神症状が問題となるケースでは、医者嫌い・病院嫌いが多く、家族や関係者が対応に困っても、医療機関に受診困難なために適切な医療を受けることができない場合が多いことを知りました。

- ・精神科のない医療機関からの転院依頼

松沢病院時代に精神科のない医療機関からの転院の依頼を数十件受けましたが、転院して比較的少量の精神科薬物療法で劇的に精神症状が改善する方が多かったのです。「もし、私が往診することが出来れば、そもそも転院させる必要はなかったのではないか」と考えたのが、そもそも認知症の人への精神科訪問診療を考えただけです。松沢病院時代にも精神科のない医療機関への往診を検討しましたが、時間的に難しく断念した経緯があります。

- ・入院の二重の多さ

精神科の認知症病棟への入院の二重の多さを身をもって体験しました。一人が退院するとすぐに次の方が入院するという状況です。どのケースの入院の希望もとても切実なもので、何とか早く入院させてあげたいと思ったことを記憶しています。入院された方のほぼ 7－8 割は精神科薬物療法で比較的良好的に精神症状が改善され、当時は「重い精神症状をもつ認知症の人の治療のために精神科への入院加療が必要であること」に疑いを持っていました。

その後、海上寮療養所に転職し、平成 21 年 4 月にもの忘れ外来をはじめました。しかし、当院はもともと結核療養所として開設された精神科病院で、受診の敷居が高く、ほとんど認知症高齢者の受診がありませんでした。そこで、はじめたのが認知症の人に対する精神科訪問診療です。

上記の東京都高齢者精神科医療相談班に診療機能をプラスしたものととして設計しました。

精神科病棟に入院した場合の治療効果は、かなりの部分が適切な薬物療法によるものです。本来その認知症の人が生活する在宅や施設に往診して適切な薬物療法を提供することが出来れば、環境がより良好で、リロケーションダメージなどが無いため、入院させる以上に治療効果が上がるものと考えられます。

これまで、精神症状のある認知症の人 900 名以上を診療しました。精神科病院への入院が必要であったケースは 40 名弱で、その多くは妄想性障害、うつ病、アルコール関連障害などの精神障害の合併のために入院が必要になったケースです。

最も多いときで、施設等への往診は 20 カ所以上に上りました。

- ① 定期的に往診
 - ・一般科療養病棟 1 カ所
 - ・特別養護老人ホーム 6 カ所
 - ・養護老人ホーム 1 カ所
 - ・有料老人ホーム 1 カ所
 - ・認知症対応 GH 10 カ所
 - ・小規模多機能 2 カ所
- ② 不定期に往診
 - ・一般科急性期病棟 2 カ所
 - ・認知症対応 GH 2 カ所
 - ・ケアハウス 1 カ所

定期的に往診している介護保険施設のショートステイベッドを、認知症の人の精神症状の治療目的で利用することもありました。精神症状が激しくて、在宅で生活を支えることが困難になった人をショートステイさせてもらい、その施設に私が往診して精神的治療を行い、再び在宅で生活を可能にするのです。

適切な精神科医師の往診があると、精神症状があるケースの介護保険施設での受け入れ能力があります。

(3) 精神科医等による在宅療養の支援があっても、症状の悪化等により在宅生活が一時的に困難で、精神科病院への入院が必要となる認知症の人の状態とは、具体的にどのような状態か

日本の現状に基づいて述べます。
認知症の人の一部に精神症状を生じることがあり、増悪してしまうことがあります。そうした精神症状のために、どうしても在宅でその生活を支えることが出来ない場合には、施設への入所、もしくは精神科病院への入院の二つの対応方法があります。
残念ながら現在、精神症状のある認知症の人に対する施設の対応能力は不十分です。そのため、施設での対応を断られ、精神科病院への入院が選択されてしまうケースが多くなっています。
現在の日本では認知症の人の精神症状のために身も心も疲弊し、大変な思いをして介護しているご家族がたくさんいます。そして、精神症状への対応能力の低い施設から対応

を断られ、仕方なく精神科病院しか頼ることが出来ない場合も多いのです。

精神科病院への入院が必要な認知症の人の状態とは「激しい精神症状のため、在宅でその生活を支えることが出来ず、施設での対応も断られてしまったケース」になるかと思っています。

大切なのは、こうした状態になってしまいう認知症の人を減らすことです。これはこれらの私たちの努力で十二分に可能なことです。

認知症に伴う行動・心理症状を含めた精神症状は、もの忘れや判断力の低下のある認知症の人が周囲の環境で混乱したり、「言葉で表現するのが苦手な認知症の人」の「言葉にないメッセージ」の可能性があります。

認知症の人が安心して暮らせるような地域社会、認知症の人が活躍できる地域社会をつくることで、認知症の人の精神症状の発生を予防することが可能です。また、万一発生してしまった場合でも、認知症の人が混乱しないような環境を調整し、ケアや対応の工夫を行い、行動・心理症状に込められた「認知症の人の言葉にならないメッセージ」を読み取ることが出来れば、精神症状を改善することも可能になります。

認知症は、高齢者の割合が圧倒的に高いですが、高齢の認知症では従来の分類の三障害すべてが出現する可能性があります。

- ・高齢化による身体機能障害
 - ・認知機能障害≠知的障害
 - ・一部の認知症の人には行動・心理症状という精神障害
- このように、認知症を障害として捉えて考えてみましょう。

精神症状は、

・本人の要因（認知機能障害の存在、もともとの精神障害等々）＋本人と環境の相互作用によって生じてきます。

障害の社会モデルの考え方からは、周囲が合理的な配慮を行うことで精神症状を改善することが基本となります。精神科医療≠精神科薬物療法は、本人側の要因を変えることで精神症状を改善する方法であり、こうした精神科医療的なアプローチは、認知症に伴う行動・心理症状への対応としては「最後の手段」ということになります。

最後の手段の精神科医療的アプローチは、以下の 2 種類の提供方法があります。

- ・アウトリーチサービスを含む精神科外来医療
- ・精神科入院医療

統合失調症などの一般的な精神疾患では社会的な刺激で幻覚や妄想などの精神症状が悪化する 경우가多く、社会からの隔離自体に治療的な効果があります。精神科入院医療に一定の効果が期待できるのです。しかし、精神症状が激しい認知症の人では、認知機能障害が軽度～中等度の人が多く、自分がどこにいるのが理解できる場合も多いのです。認知症の人は「自分が精神科病院に入院させられた」ということに反応して、入院したことにより精神症状がかえって増悪してしまうということもあります。また、精神科入院医療にはリロケーションダメージなども伴います。最後の手段の精神科医療の提供は、可能な限りアウトリーチサービスを含む精神科外来医療の形で行うべきなのです。

内科や外科などの一般科医療では、医療の必要性が高まった場合、例えば内科的な病気で昏睡状態にあるとか、大けがをしているような場合には医療機関に搬送することが出れば、医療へのアクセスは容易です。精神科医療の場合には、医療の必要性が高まれば高まるほど病識が失われ、通常の形での医療へのアクセスが困難になります。精神科医療の場合には、精神症状故に通常の外来受診が困難な人へのアウトリーチサービスの提供が必要なのです。

現在の日本では、認知症の人が安心して暮らせる社会的な支援が不十分のために、精神症状が激しくなってしまうケースが散見されます。

しかし、私たちが認知症の人が暮らしやすい社会をつくることで、こうしたケースを減らすことが可能になります。また、万一精神症状を生じてしまった場合でも、環境の調整や適切な対応を支援し、最後の手段としての精神科医療のアウトリーチサービスを提供する体制を整備することで精神症状を改善することが出来るようになります。

認知症の人の精神症状では、認知機能障害による心因反応的な要素が大きく、統合失調症などの一般精神疾患に比較して精神科薬物療法の必要性は低いことが多いのです。認知症の人のための精神科医療の提供は、一定の訓練を受けたかかりつけ医でも十分可能な場合が多いと考えられます。精神科医の関与が必須となるのは、妄想性障害、うつ病、アルコール関連疾患などの精神疾患を合併している場合などであると考えられます。

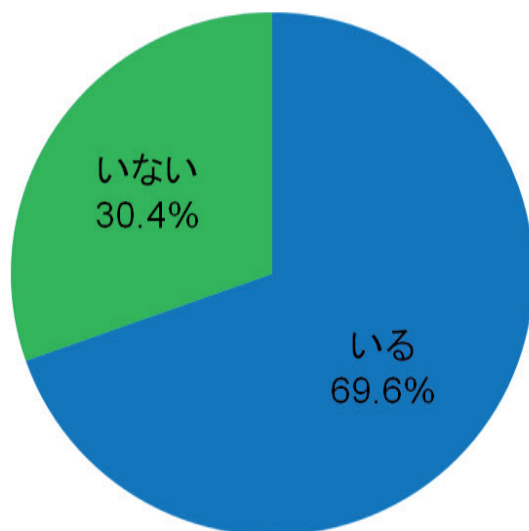
認知症の人の在宅療養における 訪問看護の役割

全国訪問看護事業協会 常務理事
齋藤 訓子

(公益社団法人 日本看護協会 常任理事)

認知症が主傷病である利用者の有無

N=1,125



■ いる ■ いない

平成24年度 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

1

地域における早期発見・診断につなぐ訪問看護のかかわり

事例1 家族からの相談に対する早期対応と連携

70歳代女性 アルツハイマー病

家族からの相談内容



- 先週から母親の様子がおかしい。「同じことを何度も繰り返している」「冷蔵庫に電話の子機が入っていた」
- どこに相談したらよいのかわからないので、WEBで調べて訪問看護ステーションに電話をした。

訪問看護師によるアセスメント



- 家庭での状態、家族の心配ごと、今までの病歴を伺うために面談を実施
- 精神疾患または認知症が疑われると判断した。

訪問看護の導入により

●医師につなぐ

診断のための受診を勧め、近隣で検査診断が可能な医療機関を紹介した。
⇒アルツハイマー型認知症と診断されると家族から連絡が入った。

●在宅での生活が可能に

連携) 在宅療養での生活を整えるため、介護保険の申請、ケアマネージャーやかかりつけ医の紹介を行ない、サポートチームの整備にむけた声かけを実施。

在宅療養を支援するためのチームやサービスが提供が迅速に行われ、在宅で生活できる体制が早期にできた。

●家族の不安の解消

訪問看護師が、定期的に家族に対し利用者への接し方の説明や、病状相談を行った。家族は病気についての理解がすすみ、安心して生活ができた。

2

退院から在宅療養の安定に向けた訪問看護の関わり

事例2 精神科退院直後からの訪問看護

70歳代女性 要介護1 初老期認知症 独居

訪問看護開始時の状況



- 興奮状態がひどく、他人に暴力をふるい入院。
- 投薬にて興奮症状改善し退院。入院期間6か月。
- 退院後も被害妄想(物をとられる)が出現し、興奮状態になったり、日常生活に支障をきたしていた。サービスの導入も拒んでいた。
- 家族が入院していた精神科の病院に相談し、医師より訪問看護ステーションを紹介され、訪問看護開始。

訪問看護師のアセスメント



- 他者との接触に緊張感があるので、「危険な人ではない」ことを認識してもらう必要がある。
- 独居のため1人では服薬管理ができず、服薬が中断されているために、症状が安定しない。
- 確実な服薬を継続するための工夫(服薬の回数・タイミングの見直し等)が必要



訪問看護の導入により

- 接触しても興奮を引き起こさない関係者を見つけ、サービスの導入を図った。
- きめ細かに服薬を見直してもらうようにするため、訪問診療の医師に往診を依頼
- 服薬を確実に行うためには、きちんと食事をとらなければならないと考え、週3回訪問看護を行い、3か月経過した段階で徐々に服薬が習慣化されてきた。
- 毎日の服薬を確実に行うために、配食サービス(毎夕食)を利用してはどうかと考え、医師に連絡し、毎夕食前に服薬できる薬剤に変更してもらった。
- 訪問看護開始1年たち、安定した精神状態で在宅生活を送っている。

3

在宅での看取りを支える訪問看護・複合型サービスの関わり

事例3 ターミナルケア

80歳代男性 主疾患:アルツハイマー病 副疾患:ネフローゼ症候群

訪問看護開始時の状況



- BPSDで介護拒否、徘徊があるが、家族は「出来る限り入院せず、在宅で介護したい」意思が強い。
- 肺炎治療のため入退院の後、次第に食事摂取量が低下。ターミナル期と診断されたため、家族・医師・訪問看護師・ケアマネジャーでカンファレンスを実施。家族は「延命処置は希望しない。最後まで自宅で、苦痛なく看取りたい」と希望し、訪問看護を含めた「複合型サービス」の利用を決定。

訪問看護(複合型サービス)によるアセスメント



- 食事摂取量が低下しており、軽い脱水症状がみられた。BPSDの悪化要因のひとつと判断した。
- 「家で看取りたい」という家族の希望は叶えられるかを検討した。
⇒ 苦痛の軽減のための医療処置を行い、徐々に「泊まり」の比率を増加することにより自宅での看取りを可能にすると判断し、家族に提案した。



訪問看護(複合型サービス)の導入後

●BPSDの軽減

「通い」のサービス利用中に、食事やお茶で無理なく少しずつ栄養・水分が補給できるよう工夫。低栄養・脱水症状の改善にともない、BPSDが軽減され、介護拒否や暴力、徘徊がなくなった。

●家族の不安・負担の軽減

現在の状況や、今後起こりえる変化について訪問看護師が家族に説明。医療的な対応は複合型サービスの「通い」「泊まり」でも実施できることにより、在宅介護を続けてきた家族は夜間や急変時の不安が軽減された。

●在宅での看取り

ターミナル期と診断されて3ヶ月後、在宅で家族に見守られて死亡。

4

1 地域における相談体制の整備

- ・訪問看護ステーションを含めた、認知症の在宅療養相談窓口を設置

2 在宅療養への円滑な移行に向けた多職種連携の整備

- ・入院中より地域の訪問看護、介護サービス等関係職種によるカンファレンスの実施

3 認知症であっても地域での看取りを可能にする医療・介護提供体制の整備

- ・泊まり、通い、医療提供の機能のある複合型サービスの拡充
- ・グループホームへの訪問看護等の外部からの医療提供体制の拡充

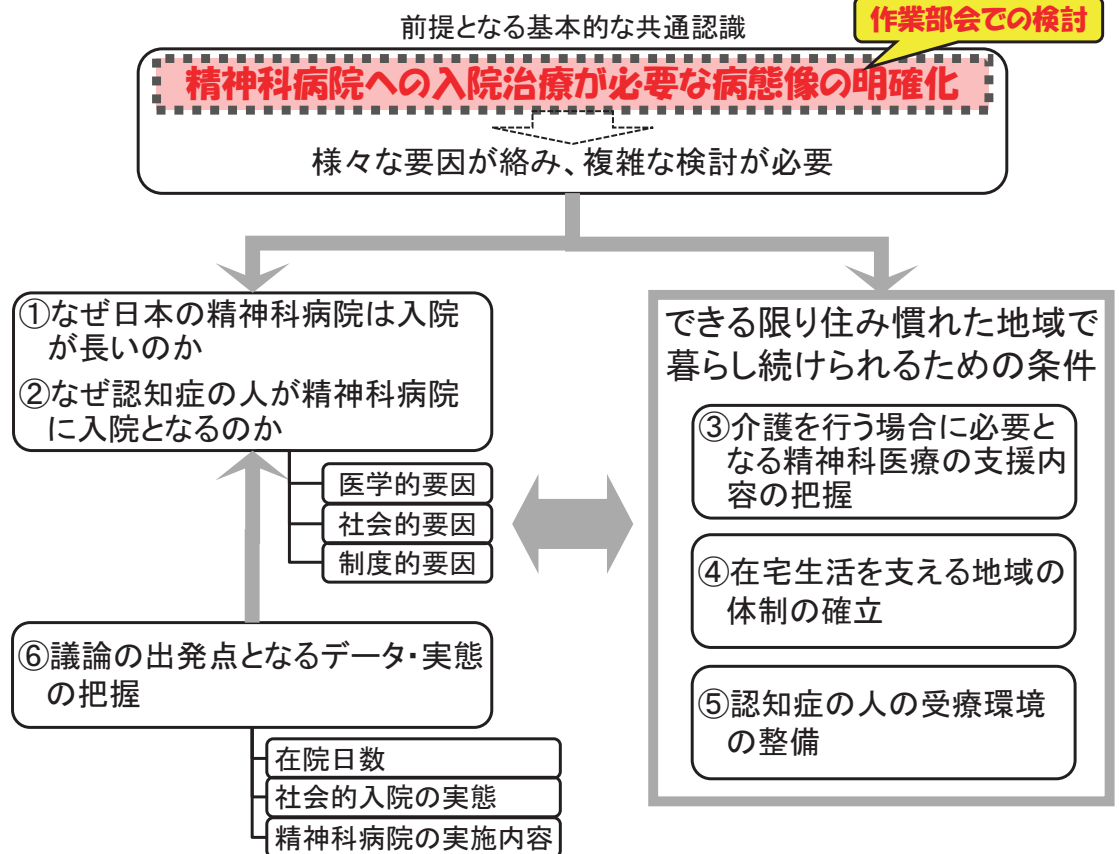


作業部会の結果報告

(精神科病院への入院治療が必要な状態について)

1. これまでの整理

- 昨年度は「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方」について自由に議論
- 議論の結果、主な論点は、概ね右図の様に整理された
- 今年度は、これらをテーマとし、順に議論・意見集約



1

2. 作業部会による集中検討

- 精神科病院への入院が必要な認知症の人の状態は、大人数の研究会で取り纏めるのは難しいことから、学識の専門家を中心とした小人数の作業部会を別途設け、集中的に議論・整理
- 作業部会では、実態データや臨床的観点をベースとした整理を行い、その結果を研究会に報告
- アンケート調査内容の検討(9/25)、調査結果等に基づく状態(部会案)の検討(12/4)を経て、本日の研究会での報告に向け、案を整理

【メンバー】

部会長	松谷有希雄 副座長
部会員	日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本認知症学会、日本精神科病院協会、日本介護支援専門員協会、有識者 (各1名)

【大まかなスケジュール】

回	時期(予定)	議事(予定)
1	9月25日	作業の流れ・分担・スケジュール等の確認 病院向け、介護・福祉事業所向けアンケート調査票の設計
-	10月中旬～ 11月下旬～	アンケート調査の実施 調査結果の入力・集計
2	12月4日	調査結果の確認 調査結果データを踏まえた入院が必要な状態(作業部会案)の検討
-	～本日	作業部会案(研究会への報告内容)の取り纏め

2

3. アンケート調査の概要

■趣旨・目的

- 精神科病院への入院医療が必要な認知症の人の状態の明確化
- 医学的な見地からの基準設定(自傷他害の恐れ・重いBPSD等)に加え、送り出す側(家族・地域・介護施設等)がどこまでなら入院ではなく対応できるのかの観点も必要
- 受入側(精神科病院)と送り出す側双方の観点から、作業部会で議論・整理するための基礎データとして、精神科病院への入院患者の入院時点の状態を把握し比較

■調査対象・方法

- 紙の調査票を郵送し、FAX・郵便等で返送頂く
- 介護側は一次スクリーニング後に実査

	調査対象者	対象施設・事業所の数	発送・回収方法
医療側	● 全国の認知症治療病棟を有する精神科病院に入院する患者(7～9月の入院患者)	● 406	● 富士通総研⇔対象病院
介護側	● 介護施設(特養・GH・老健・小規模多機能)から、精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:昨年10月～本年9月)	● 特養:206 ● 老健:782 ● グループホーム:172 ● 小規模多機能:74	● 第1段階(各団体が対象者のいる事業所を把握):各団体⇔各事業所 ● 第2段階:富士通総研⇔対象者のいる事業所
	● 自宅から精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:昨年10月～本年9月)	● ケアマネ:108	

3

4. 回収状況

	対象施設 (発送日順)	発送日	締切	配布数(施設・事業所)		回収数		
					うち該当者 無し	施設・事業所		患者
							回収率(%)	
1	精神科病院	10/12	10/21	406	0	92	22.7	3,540
2	老健	10/17	10/25	782	2	381	48.8	811
3	グループホーム	10/18	11/30	172	5	115	68.9	154
4	小規模多機能	10/23	11/30	74	3	34	47.9	45
5	特養	10/26	11/5	206	1	119	58.0	165
6	ケアマネ	11/1	12/11	108	4	93	89.4	114
合計				1,748	15	834	48.1	4,829

※締切時点で回収率の低かったグループホーム、小規模多機能、ケアマネの未回答事業所には督促の葉書を送付し、締切を延長

※事業所ベース回収率の分母からは、該当者無しの連絡があった事業所を除く

4

5. 設問項目

- 精神科病院への入院患者の、入院時点の状況を質問
- 回答負担・難易度を考慮し、設問を絞り込み

※調査票は第2回研究会にてご提示。今回も参考資料としてご提示
※網掛けは回答負担を考慮し集計時に回答内容から抽出・加工した項目

設問番号	項目	
	施設種別	
	記載者の職種	
1	入院日	入院回数[※介護側調査票のみ]
2	退院日	退院の有無
		退院日
2-2	入院日数[※集計時に追加]	
3	性別	
4	年齢	
5	市区町村	都道府県
		市区町村
6	認知症の診断名	
7	入院形態	
8	入院希望者	
9	入院前の居所	居所
		一般病床の診療科
		入院期間
10	認知症高齢者の日常生活自立度	
11	障害高齢者日常生活自立度	
12	要介護度	
13	入院前のかかりつけ医の有無	
14	入院前に利用していた主なサービス	
15	入院理由	
16	入院の理解・同意能力	
17	認知症の重症度	ステージ
		FASTにおける特徴
18	認知症の周辺症状(有無)	
19	BPSDの状況(有無・程度)	
19-1	BPSDの総重症度[※集計時に追加]	
19-2	BPSDの総負担度[※集計時に追加]	

5

6. 医療側と介護側での回答と両群の差

- 殆どの項目で医療側(認知症治療病棟を有する精神科病院)と介護側(特養・老健・GH・小規模多機能・ケアマネ)で回答が有意に異なった。入院が必要な状態に関係すると思われる項目の結果は以下の通り。

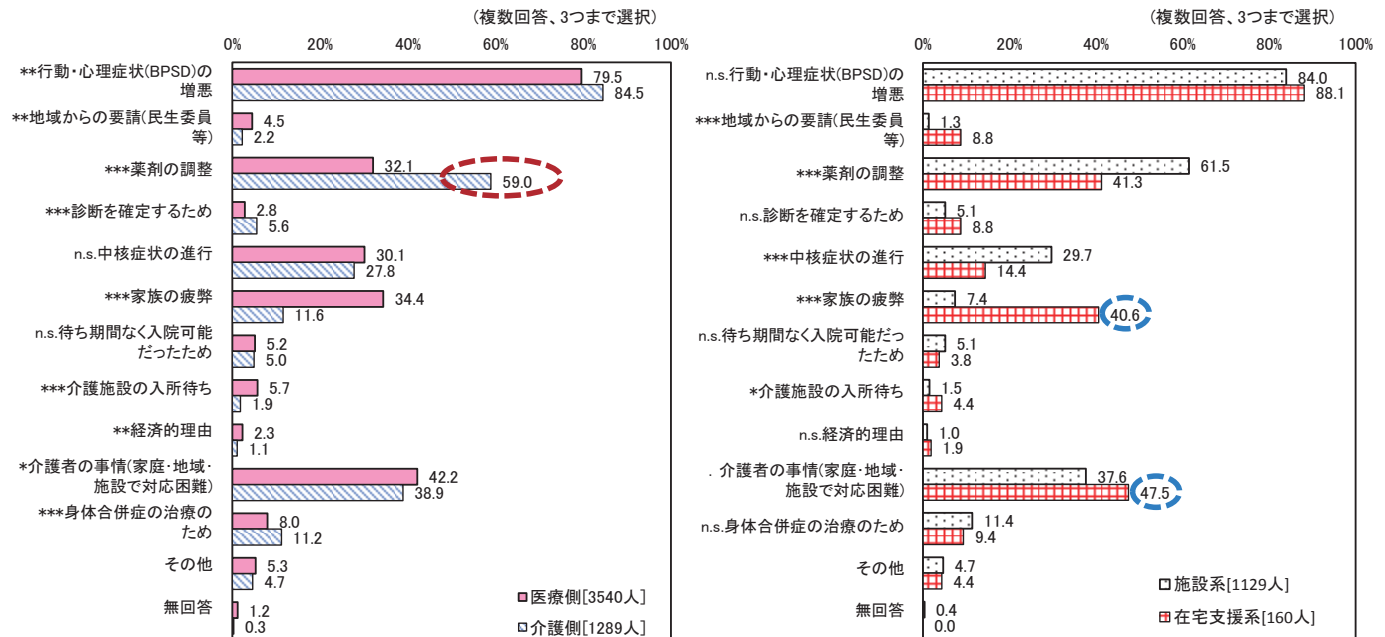
設問	医療側(医)・介護側(介)の回答の主な特徴
6 認知症の診断名***	(医)アルツハイマー型が6割、(介)アルツハイマー型は半数弱、混合型が5%
7 入院形態***	(医)医療保護入院が3/4超、(介)任意入院が半数弱、措置入院等もあり
8 入院希望者***	(医)家族が8割超、(介)家族は7割、介護職・その他の希望・事情等が各3割
10 認知症高齢者の日常生活自立度***	(医)Mが1/4。(介)特養・GHは比較的重度者が多い
11 障害高齢者日常生活自立度***	(介)が(医)に比べやや重度。GH・小規模多機能・ケアマネはAが、特養・老健はBが、それぞれ多い
12 要介護度***	(介)が(医)に比べやや重度。在宅支援系(小規模多機能・ケアマネ)は比較軽度。
13 入院前のかかりつけ医の有無***	8割前後は有、4割前後は精神科医。(医)無が16%、(介)両方が5%(特養・GHに多い)
15 入院理由***	行動・心理症状の増悪が8割、介護者の事情が4割、中核症状の進行が3割と共通。(医)「家族の疲弊」が1/3、(介)「薬剤の調整」が6割と多く、在宅支援系は「家族の疲弊」「介護者の事情」が4~5割
16 入院の理解・同意能力***	7割前後は能力なし。(介)は不明がやや多い
17 認知症の重症度(FAST)***	(介)が(医)に比べやや高い
18 認知症の周辺症状	「妄想」「介護への抵抗」は共通して多い。(介)はより多くの症状。特に「介護への抵抗」「暴言」が多い
19 BPSDの程度(NPI-Q)	「興奮」「易怒性」は共通して多い。(介)はより多くの症状。(介)「無関心」「脱抑制」が比較的多い(6割前後)
総重症度・総負担度***	(介)が(医)に比べ高い

6

有意水準 **=5%、*=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

7. 入院理由(Q15)

- 共通して「行動・心理症状(BPSD)の増悪」が最多(ほぼ8割以上)
- 介護側、特に施設系(特養・老健・GH)では「薬剤の調整」(5~6割) ⇔ 医療側は3割 ()
- 在宅支援系(小規模多機能・ケアマネ)は「介護者の事情」「家族の疲弊」が比較的多い(4~5割) ()

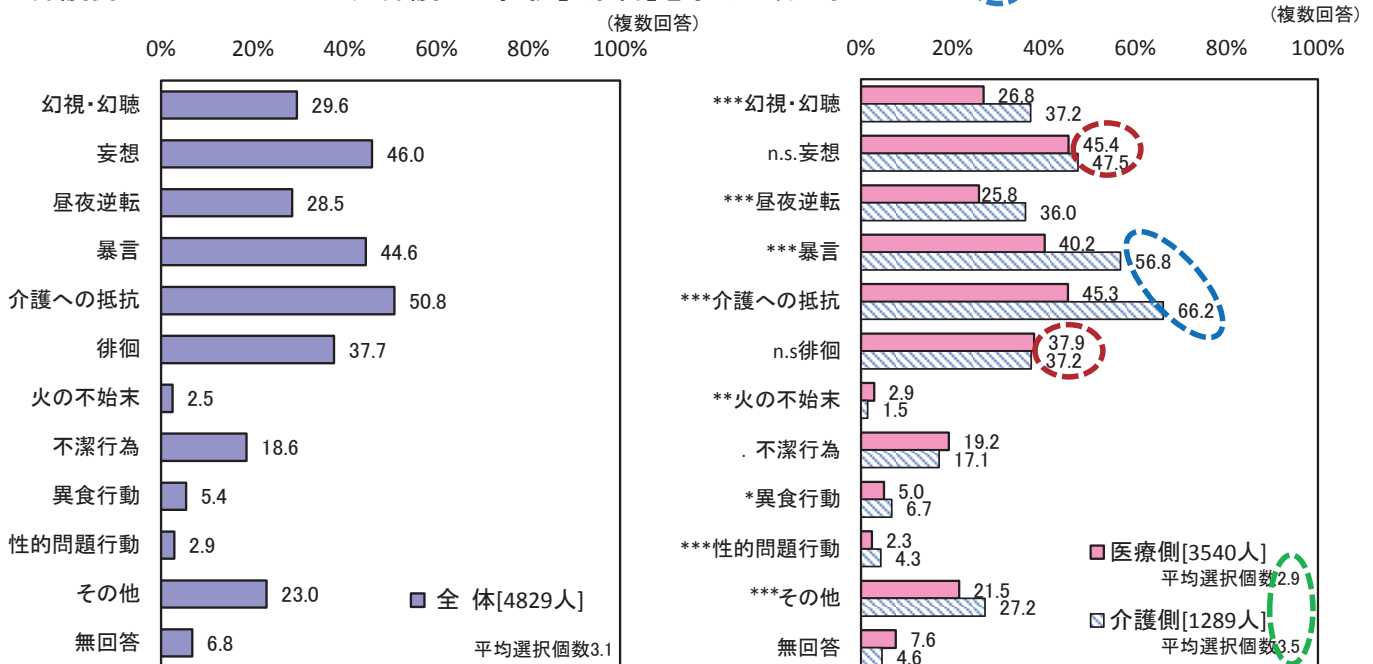


7

8. 認知症の周辺症状(Q18)

※介護保険の認定調査票における項目

- 同程度の割合なのは、「妄想」(5割程度)、「徘徊」(4割程度) ()
- 介護側は(日常的に見ている機会が多く、また要介護認定で慣れ親しんだ項目のためか)、平均選択個数は医療側より多い ()
- 介護側は(介護しているためか)、「介護への抵抗」「暴言」を挙げる者が多い(5~7割) ()



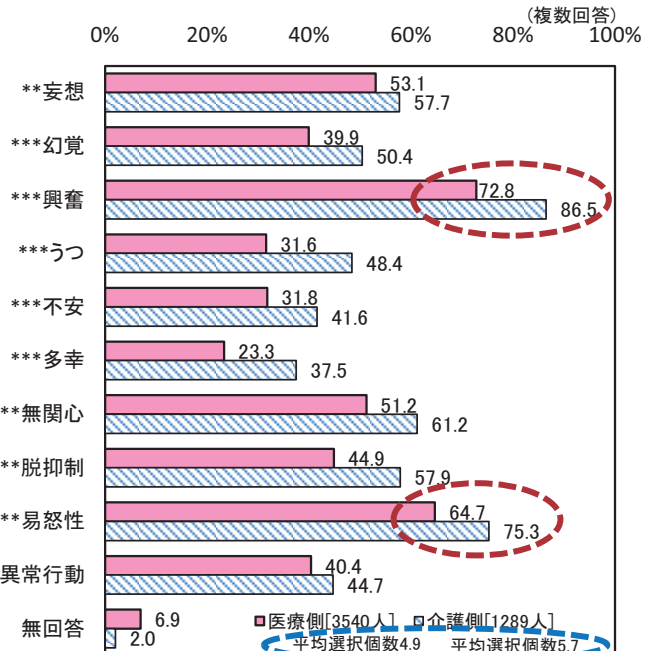
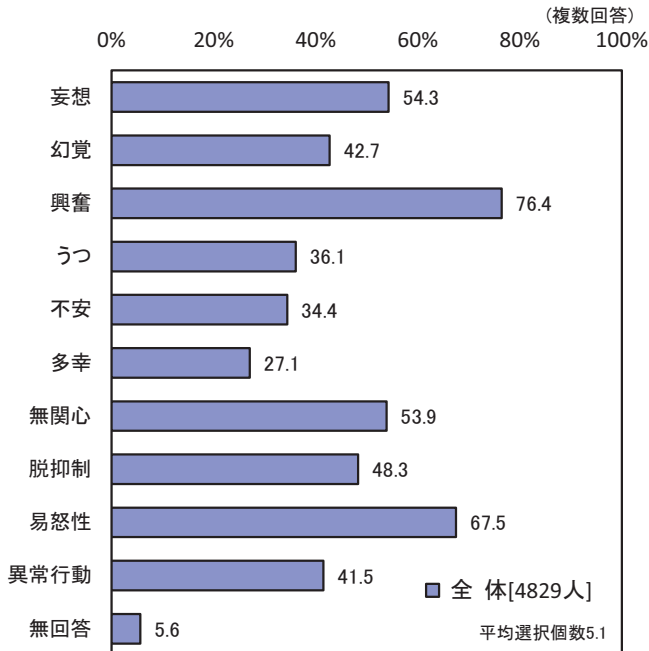
8

9. BPSDの有無(Q19)

※NPI-Q(Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form)に基づく項目

【「症状あり」とする者の割合】

- 「興奮」「易怒性」がほぼ共通して多い (○)
- Q18と同様、平均選択個数は介護側の方が多い (○)



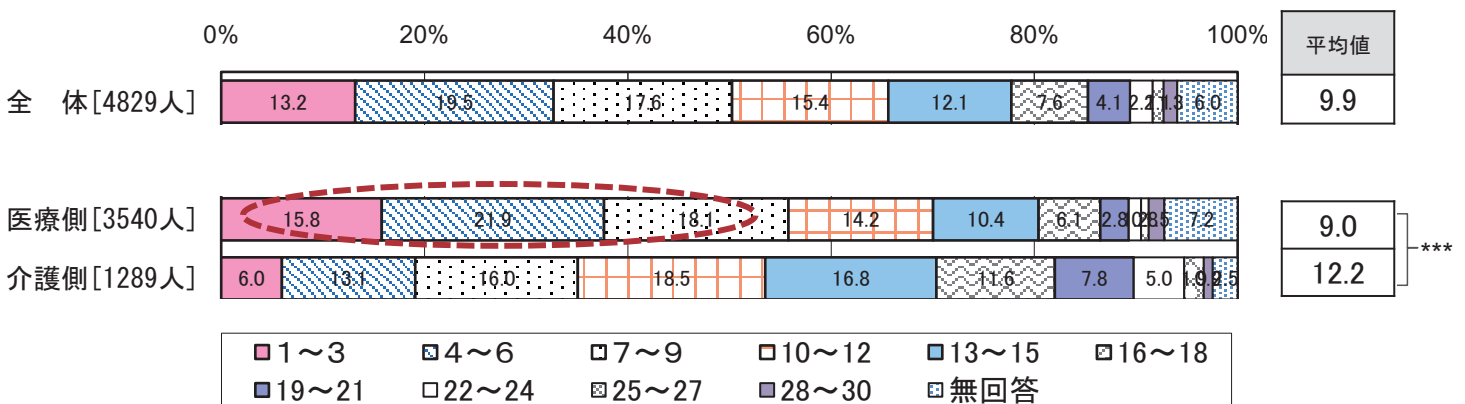
9

有意水準 **=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

10. BPSDの総重症度(Q19)

※総重症度
NPI-Qに基づく各症状で回答者の感じる重症度を合計した値

- 介護側は、医療側に比べ重症とする者が多い(医療側の半数以上が総重症度10未満) (○)

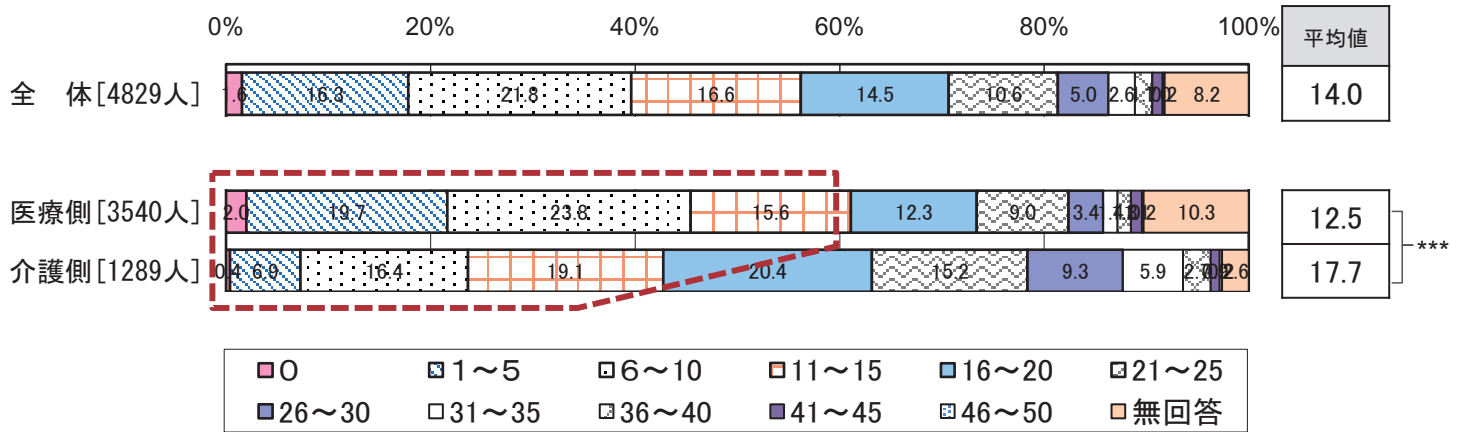


11. BPSDの総負担度(Q19)

※総負担度
NPI-Qに基づく各症状で回答者の感じる負担度を合計した値

※総重症度と傾向が一致(重症=負担感となっている)

- 介護側は、医療側に比べ負担度を高いとする者が多い(医療側の6割が総負担度15以下、介護側は4割)



12. 入院が必要とされた者の状態とは

■考え方

- 入院が必要な状態(入院適応基準)の検討のため、入院の主要因と考えられる行動・心理症状(BPSD)について注目してみる
- 但し、回答の中には、介護者の事情による任意入院等純粋に医療的要因とは言にくい入院も含まれていること、また多くの設問で医療側と介護側で差異があることから、医療側の入院理由の回答のうち純粋に医療的要因と非医療的入院を抽出し、そのBPSDの現状を見ることとした。
 - ⇒医療的要因については、医療側の回答のうち、Q15(入院理由)における回答が、選択肢1(行動・心理症状の増悪)・3(薬剤の調整)・4(診断の確定)・5(中核症状の進行)・11(身体合併症の治療)のみ選択、あるいは12(その他)を選択し自由記載した内容が医療的な入院(BPSDの悪化等)のみであったものに絞り込んだ。
 - ⇒非医療的入院については、医療側の回答のうち、Q15(入院理由)における回答が、選択肢2(地域からの要請)・6(家族の疲弊)・7(待ち期間なく入院可能だったため)・8(介護施設の入所待ち)・9(経済的理由)・10(介護者の事情)のみ選択、あるいは12(その他)を選択し自由記載した内容が医療的な入院(BPSDの悪化等)以外であったものに絞り込んだ。
 - ⇒NPI-Qにおける各項目のBPSDの症状の有無と医療的入院・非医療的入院の関連性について、カイ二乗検定を行い、現状で医療側で入院となっている者の状態のイメージを表現することを試みた。
- さらに、NPI-QにおけるBPSDの症状(10種)によって症状ありとする者の割合が様々であったこと、また1人で複数の症状をありとする者が多く一緒に発症する症状の組み合わせもあると考えられることから、入院に影響する症状の絞り込みが必要と考えられる

13. BPSDの有無と医療的入院・非医療的入院の関連性

■前ページの考え方に基づいた分析結果

- 医療的入院群でのBPSDの発現傾向や非医療的入院群とのBPSD発現傾向の比較を通して、現在の実態として、医療的に入院となっている者の特徴を示せるのではないかと考えられる

医療側の判断による医療的入院群と非医療的入院群でのNPI-QにおけるBPSD項目の回答の比較
(医療的入院群でBPSDがありとされた項目の割合降順)

	医療的入院群(n=774)						非医療的入院群(n=189)						P値
	あり		なし		無回答		あり		なし		無回答		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
3. 興奮	604	78.0	164	21.2	6	0.8	105	55.6	78	41.3	6	3.2	***
9. 易怒性	534	69.0	233	30.1	7	0.9	81	42.9	105	55.6	3	1.6	***
1. 妄想	446	57.6	318	41.1	10	1.3	60	31.7	127	67.2	2	1.1	***
7. 無関心	428	55.3	339	43.8	7	0.9	69	36.5	115	60.8	5	2.6	***
8. 脱抑制	392	50.6	373	48.2	9	1.2	48	25.4	139	73.5	2	1.1	***
2. 幻覚	347	44.8	416	53.7	11	1.4	35	18.5	149	78.8	5	2.6	***
10. 異常行動	346	44.7	418	54.0	10	1.3	40	21.2	147	77.8	2	1.1	***
4. うつ	267	34.5	501	64.7	6	0.8	47	24.9	139	73.5	3	1.6	*
5. 不安	255	32.9	510	65.9	9	1.2	47	24.9	139	73.5	3	1.6	*
6. 多幸	179	23.1	587	75.8	8	1.0	38	20.1	147	77.8	4	2.1	

**P<0.01,*P<0.05

14. 作業部会としての整理

■考え方

- これまでの研究会の議論でも、入院は短期間での高度に専門的な支援サービスであるべきであり、真に入院が必要な人が短期で地域に帰れる地域づくりが共通認識
- アンケートでは、精神科病院への入院の主要因は行動・心理症状(BPSD)の増悪のためであるものの、家族の希望や介護者の事情等も少なからず認められた。現状では上記の地域づくり等が不十分である等のため家族や介護者の要因がBPSD出現に関与し医療的入院に繋がることもある。この場合、将来的には必要な条件が整えば必ずしも入院に結びつかないと考えられる
- したがって、入院が必要な状態の提言としては、必須となる地域づくり等の整備を前提として、将来に向けては医療的な理由に収斂すると考えられる

■入院している状態とは

- 行動・心理症状(BPSD)の発現傾向に起因していると考えられる。(P7入院理由参照)
 - アンケートの選択肢のうち、医療的要因と考えられる「薬剤の調整」「診断確定」「中核症状」については、BPSD薬物療法の確立のための入院等を除き、個別例によっては入院の必要が考慮されるが、基本的には専門外来で可能ではないか(更なる議論が必要だが)。
 - 医療的要因と言える身体合併症については、重症のBPSDを伴う症例では精神科病院への入院理由になるが、BPSDが軽度の場合には身体疾患の治療を行う医療側が本来担当することが望ましい(現状では困難な場合が多い)。
- 但し、各症状がどのような具体的な状態の場合に入院すべきか、また複数の症状の組み合わせではどうかについては、専門家により今後整理が必要

15. 入院が必要な状態の表現方法

- BPSD(10項目)の、あり・なしの相関が高い項目を集約し、入院が必要な状態表現のモデル構築などを行う。

NPI-QのBPSD10項目における項目間の相関

	1. 妄想	2. 幻覚	3. 興奮	4. うつ	5. 不安	6. 多幸	7. 無関心	8. 脱抑制	9. 易怒性	10. 異常行動
1. 妄想	相関係数 人数									
2. 幻覚	相関係数 人数	0.54 ** 952								
3. 興奮	相関係数 人数	0.28 ** 953	0.23 ** 953							
4. うつ	相関係数 人数	0.22 ** 953	0.23 ** 952	0.15 ** 953						
5. 不安	相関係数 人数	0.16 ** 951	0.13 ** 951	0.11 ** 953	0.52 ** 951					
6. 多幸	相関係数 人数	0.24 ** 951	0.28 ** 951	0.19 ** 953	0.34 ** 951	0.20 ** 952				
7. 無関心	相関係数 人数	0.09 ** 949	0.20 ** 949	0.14 ** 951	0.20 ** 949	0.07 * 950	0.28 ** 950			
8. 脱抑制	相関係数 人数	0.33 ** 951	0.26 ** 951	0.41 ** 953	0.20 ** 951	0.17 ** 952	0.23 ** 950	0.50 ** 954		
9. 易怒性	相関係数 人数	0.23 ** 953	0.21 ** 953	0.62 ** 955	0.12 ** 953	0.10 ** 954	0.12 ** 952	0.50 ** 954	0.24 ** 952	
10. 異常行動	相関係数 人数	0.25 ** 950	0.23 ** 950	0.26 ** 952	0.12 ** 950	0.15 ** 950	0.11 ** 948	0.22 ** 951	0.38 ** 951	0.24 ** 952

注) ここでの人数とは相関をみようとしている両方の項目で欠損がない人数をいう。

**P<0.01, *P<0.05

(参考) 相関係数

+1.000 ~ +0.600 高い正の相関
+0.599 ~ +0.400 中位の正の相関
+0.399 ~ +0.200 低い正の相関
+0.199 ~ -0.199 無相関
-0.200 ~ -0.399 低い負の相関
-0.400 ~ -0.599 中位の負の相関
-0.600 ~ -1.000 高い負の相関

- 現状に基づき絞り込まれた症状群に基づいて表現するにあたっては、(例えば単に「興奮」とのみ表現するのではなく)それがどのような状態を意味するのかが、関係者全員にわかることが望ましい
- そのため、関係者がイメージしやすいよう、該当する状態の例示等を、作業部会委員のうち専門家により作文し、次回研究会にて提示予定

・「易怒性」、「興奮」、「脱抑制」、「うつ」、「不安」、「幻覚」、「妄想」

【今後作業部会委員により作成される例示のイメージ】

- ・ 対応を工夫しても暴力が激しく、強制力を利用しなければコントロールできない場合
- ・ 被害妄想など精神症状に基づく拒食があり、生命に危険が及ぶ場合
- ・ 精神症状に基づく拒薬があり、薬物療法が不可能な場合

出典:厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について(平成24年6月18日)」 8ページ

参考図表

参考1. 入院理由(Q15)

- 共通して「行動・心理症状(BPSD)の増悪」が最多(ほぼ8割以上)
- 介護側、特に施設系(特養・老健・GH)では「薬剤の調整」(5~6割) ⇔ 医療側は3割
- 在宅支援系(小規模多機能・ケアマネ)は「介護者の事情」「家族の疲弊」が比較的多い(4~5割)

複数回答 単位:%	(B P S D 心理 の 増 悪	地 域 の 生 活 支 援 要 請 (民 生 委 員 等)	薬 剤 の 調 整	診 断 を 確 定 す る た め	中 核 症 状 の 進 行	家 族 の 疲 弊	待 ち 期 間 な く 入 院 可 能 だ っ た た め	介 護 施 設 の 入 所 待 ち	経 済 的 理 由	介 護 者 の 事 情 (家 庭 ・ 地 域 ・ 施 設 で 対 応 困 難)	身 体 合 併 症 の 治 療 の た め	そ の 他	無 回 答
全体[4829人]	80.9	3.9	39.2	3.6	29.5	28.3	5.1	4.7	2.0	41.3	8.8	5.1	1.0

***	医療側[3540人]	79.5	4.5	32.1	2.8	30.1	34.4	5.2	5.7	2.3	42.2	8.0	5.3	1.2
	介護側[1289人]	84.5	2.2	59.0	5.6	27.8	11.6	5.0	1.9	1.1	38.9	11.2	4.7	0.3

病院[3540人]	79.5	4.5	32.1	2.8	30.1	34.4	5.2	5.7	2.3	42.2	8.0	5.3	1.2
特養[165人]	90.3	0.6	69.1	4.2	29.1	5.5	2.4	1.2	1.8	40.6	9.1	6.7	0.0
老健[810人]	83.3	1.2	61.7	5.4	29.8	7.4	5.7	1.0	1.0	37.0	12.2	2.8	0.2
GH[154人]	80.5	2.6	51.9	4.5	29.9	9.7	5.2	4.5	0.0	37.7	9.7	12.3	1.3
小規模多機能[45人]	80.0	6.7	46.7	0.0	11.1	46.7	2.2	6.7	6.7	51.1	8.9	6.7	0.0
ケアマネ[115人]	91.3	9.6	39.1	12.2	15.7	38.3	4.3	3.5	0.0	46.1	9.6	3.5	0.0

施設・くりに最も多いものに黒、2番めに濃いグレー、3番目に薄いグレーのアミカケ

17

有意水準 **=5%、*=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

参考2. 認知症の周辺症状(Q18)

- 施設種別問わず同程度の割合なのは、「妄想」(5割程度)、「徘徊」(4割程度)
- 介護側は(日常的に見ている機会が多く、また要介護認定で慣れ親しんだ項目のためか)、平均選択個数は医療側より多い
- 介護側は(介護しているためか)、「介護への抵抗」「暴言」を挙げる者が多い(5~7割)

複数回答	幻 視 ・ 幻 聴	妄 想	昼 夜 逆 転	暴 言	介 護 へ の 抵 抗	徘 徊	火 の 不 始 末	不 潔 行 為	異 食 行 動	性 行 動 問 題	そ の 他	無 回 答	平 均 選 択 個 数
全体[4829人]	29.6	46.0	28.5	44.6	50.8	37.7	2.5	18.6	5.4	2.9	23.0	6.8	3.1

医療側[3540人]	26.8	45.4	25.8	40.2	45.3	37.9	2.9	19.2	5.0	2.3	21.5	7.6	2.9
介護側[1289人]	37.2	47.5	36.0	56.8	66.2	37.2	1.5	17.1	6.7	4.3	27.2	4.6	3.5
χ 二乗検定	***	n.s.	***	***	***	n.s.	**	.	*	***	***		

病院[3540人]	26.8	45.4	25.8	40.2	45.3	37.9	2.9	19.2	5.0	2.3	21.5	7.6	2.9
特養[165人]	40.6	47.3	36.4	68.5	76.4	33.3	0.6	21.8	6.7	2.4	32.7	1.2	3.7
老健[810人]	34.1	45.1	34.4	54.6	65.9	37.3	0.5	16.3	5.6	4.1	27.9	4.8	3.4
GH[154人]	49.4	52.6	38.3	61.7	66.9	40.9	1.9	24.7	11.0	6.5	28.6	4.5	4.0
小規模多機能[45人]	37.8	60.0	42.2	55.6	60.0	51.1	4.4	11.1	11.1	6.7	17.8	6.7	3.8
ケアマネ[115人]	37.4	53.0	40.9	49.6	54.8	32.2	7.8	7.8	7.8	5.2	15.7	7.0	3.4

施設・くりに最も多いものに黒、2番めに濃いグレー、3番目に薄いグレーのアミカケ

18

有意水準 n.s.=有意差なし、.=5~10%、*=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

参考3. BPSDの有無(Q19)

【「症状あり」とする者の割合】

- 「興奮」「易怒性」がほぼ共通して多い
- Q18と同様、平均選択個数は介護側の方が多い
- 介護側は(介護しているためか)、「無関心」「脱抑制」を挙げる者が多い(5～7割)

複数回答	妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易怒性	異常行動	無回答	平均 数選 択個
全体[4829人]	54.3	42.7	76.4	36.1	34.4	27.1	53.9	48.3	67.5	41.5	5.6	5.1
%												

医療側[3540人]	53.1	39.9	72.8	31.6	31.8	23.3	51.2	44.9	64.7	40.4	6.9	4.9
介護側[1289人]	57.7	50.4	86.5	48.4	41.6	37.5	61.2	57.9	75.3	44.7	2.0	5.7
χ ² 二乗検定	**	***	***	***	***	***	***	***	***	**		

病院[3540人]	53.1	39.9	72.8	31.6	31.8	23.3	51.2	44.9	64.7	40.4	6.9	4.9
特養[165人]	60.0	58.8	90.9	50.9	46.7	38.8	63.0	64.2	79.4	46.1	0.6	6.0
老健[810人]	54.7	45.8	84.9	43.1	36.8	32.3	57.2	53.6	74.1	43.3	2.6	5.4
GH[154人]	62.3	64.3	92.2	64.3	55.8	57.1	74.7	73.4	81.8	51.9	0.6	6.8
小規模多機能[45人]	64.4	48.9	86.7	71.1	60.0	62.2	80.0	71.1	68.9	46.7	0.0	6.6
ケアマネ[115人]	67.0	53.0	83.5	52.2	41.7	35.7	61.7	53.0	71.3	41.7	2.6	5.8

施設・くりごとに最も多いものに黒、2番めに濃いグレー、3番目に薄いグレーのアミカケ

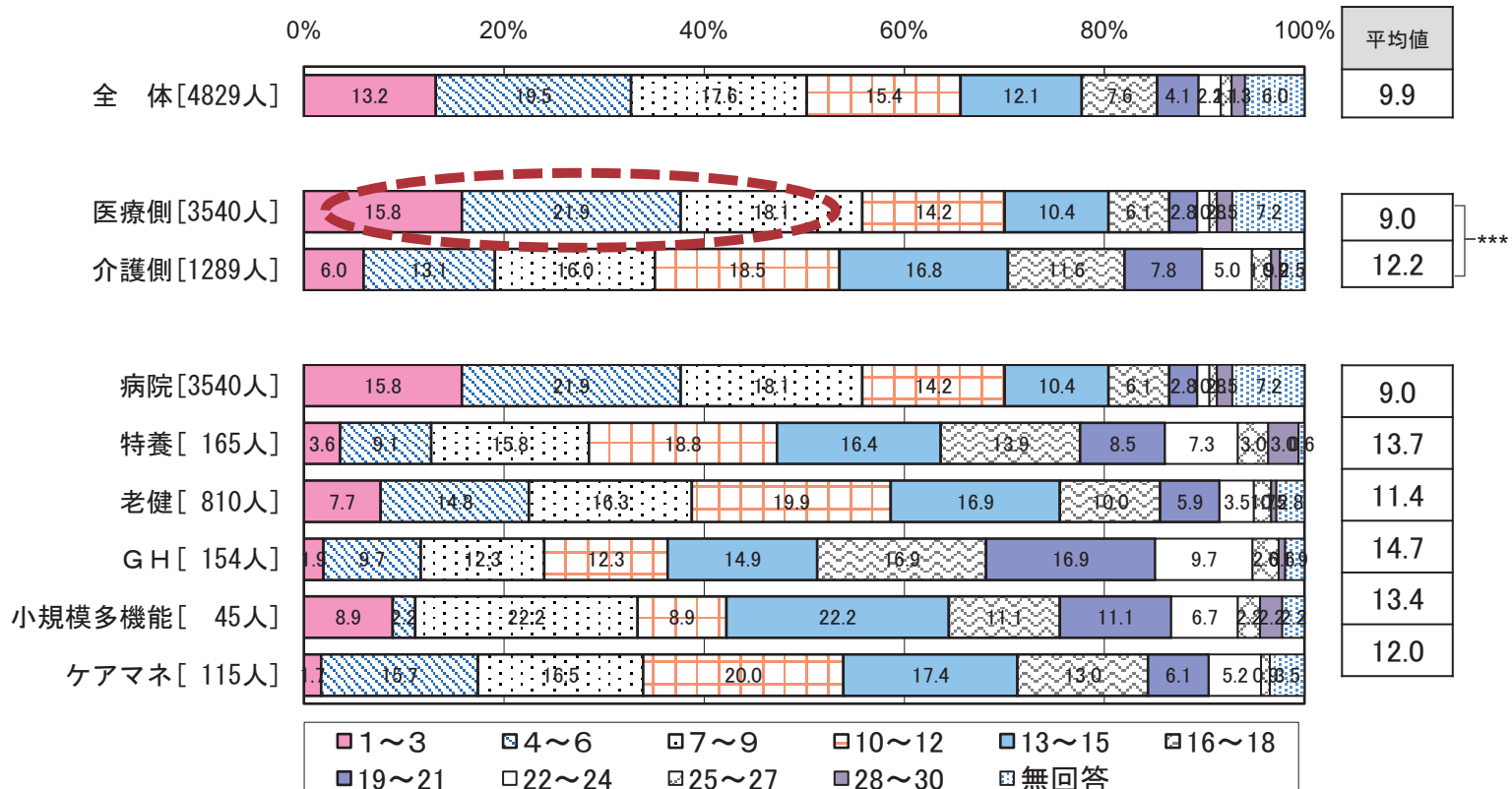
19

有意水準 *=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

参考4. BPSDの総重症度(Q19)

※総重症度＝各症状で回答者の感じる重症度を合計した値

- 介護側は、医療側に比べ重症とする者が多い(医療側の半数以上が総重症度10未満)



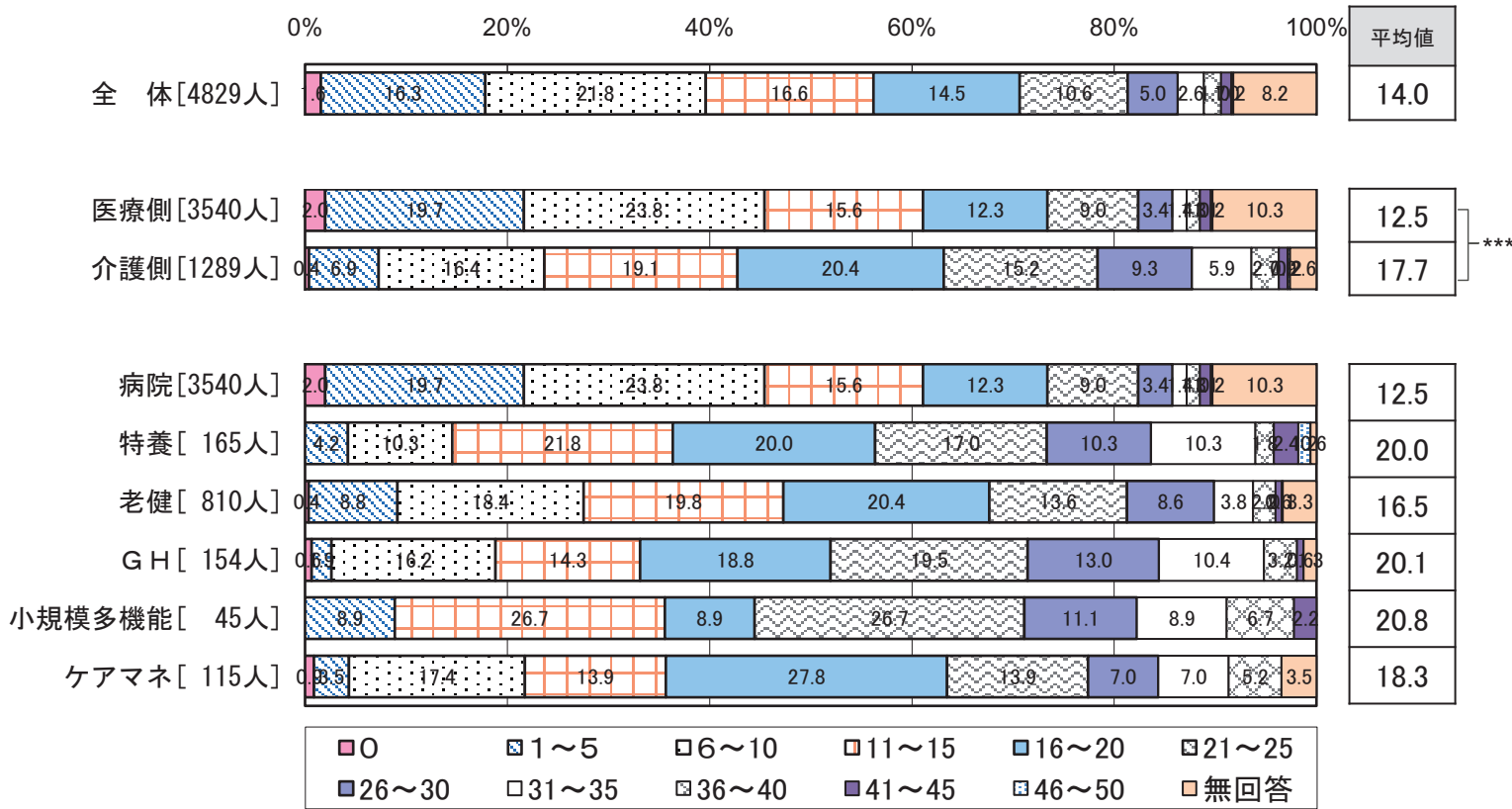
20

有意水準 *=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

参考5. BPSDの総負担度(Q19)

※総負担度＝各症状で回答者の感じる負担度を合計した値

●介護側でも施設により異なり、特養・GH・小規模多機能 > 老健・ケアマネ



21

有意水準 * = 5%, ** = 1%, *** = 0.1% (それぞれ以下)

参考資料 1

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成25年度 第3回) 議事要旨

1. 日 時：平成25年12月6日 (金) 10時～12時
2. 会 場：「アルカディア市ヶ谷」穂高の間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、新井委員、大内委員、河崎委員、鴻江委員、齋藤委員、助川委員、高杉委員、高見委員、筒井委員、内藤委員、新田委員、宮島委員、森委員、山崎委員

4. 議事 (概要)

(1) 在宅生活を支える地域の体制の確立

- 介護側の委員5名と(患者・家族の視点から)高見委員に、認知症の人に対して実施されているケア内容、精神科医療の支援がある場合に対応可能な認知症の人の状態と可能なケア、精神科医療に求める支援内容等について報告。
- これら報告頂いた内容等に関し、委員から質問や意見等が出された。

【質疑後の主なまとめ】

【医療・介護の連携と棲み分けについて】

- 介護の状況に理解のある地域の医師やかかりつけ医は少なく、介護側と精神科が連携できていない。また訪問診療ができる医師も少ない。大多数の認知症の人の初期から終末期までかかりつけ医がきちんと診る体制や、精神科医が副主治医となる体制をつくる必要がある。
- 患者や家族にとっていい精神科病院というのは、病院そのものよりも地域のつながりを持っている病院ではないか。
- 精神科の開業医を上手に活性化させる必要がある。
- 精神科医師と、身体を全体的に診る老年科や内科等の診療科目の医師、介護施設の間で、地域毎の連携をつくる必要がある。各診療科目の棲み分け等についても更に一般の理解を図るべき。
- 家族や介護側では行動として現れるBPSDや周辺症状が関心やケアの対象であるが、医療側の治療の主な対象は中核症状という違いを認識する必要がある。
- 精神科病院を他の急性期病院と同様に、標準化されたサービスを短期間提供する場と位置づけ、個別性が言いサービスを長期間提供する介護施設と棲み分けという考え方が必要ではないか。

【退院・在宅復帰について】

- BPSDがなくなっても、施設や家族が「退院されては困る」と言うことは多い。これを解決しないと「できる限り地域で過ごす」は実現できない。
- 家族は、限界まで疲れ果てて認知症の人を入院させることが多いため、在宅復帰させる時にも、どこまで正常な状態に戻ったのか模範的になりがちなためである。
- 介護が家族に過度な負担となるケースや退院させたくても地域に受け入れられる資源がないケースがある。地域の資源の状況等を充分把握しながら連携を進めることが極めて重要。
- この研究会は入院がテーマなのでは理解しているが、一般的にいかにスムーズに在宅に戻すかの議論は少ない。ケアマネは入院時から関わって地域や自宅の状況を踏まえて治療計画に情

精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査

ご協力のお願い

弊社では、現在、厚生労働省「平成 25 年度老人保健健康増進等事業」における「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業」を実施しており、その一環として標記のアンケート調査を実施することとなりました。

本調査は、認知症の人が、精神科病院の支援を受けながら、できる限り地域で暮らし続けることが可能となるよう、精神科病院への入院治療が必要な認知症の人の状態等を検討するため、過去 1 年の間に、介護保険施設等や自宅から精神科病院に入院となった利用者の状態等を把握するためのものです。

なお、ご協力頂いたアンケートの結果は、全国的な実態を把握するための統計的な数値として取りまとめますので、個別の介護サービス事業所・入院となった利用者に関する内容が公表されることは、一切ございません。

ご多忙中の折、恐れ入りますが、本アンケートの趣旨をご理解頂き、是非ともご協力下さいませよう何卒宜しくお願い致します。

平成 25 年 10 月

株式会社富士通総研

ご回答に際してのお願い

- 1 アンケートへの回答方法
 - ◆介護保険施設等を利用する認知症の人のうち、平成 24 年 10 月～平成 25 年 9 月の間に精神科病院に入院となった利用者さんが、調査対象となります。
 - ◆調査対象者お 1 人につき 2 枚の回答用紙となります。5 人分同封していますが、該当者が多く、用紙が不足する場合は、お手数をおかけして申し訳ありませんがコピーにより増やして頂き、必要人数分、回答願います。
 - ◆調査対象者の、入院時点の状況について回答願います。各問の案内に沿って選択・記入等願います。認知症の重症度(FAST)は別添資料をご参照の上、回答用紙にご記入下さい。
 - ◆ご回答は、調査対象者ご本人ではなく、貴事業所で調査対象者ご本人をよく知る方（医師・看護師・介護職員・事務職員等）にお願いします。
- 2 ご返送方法
 - ◆回答用紙のみ（人数分）を、平成 25 年 11 月 11 日(月)までに、FAX にて返送願います。FAX 送先（専用受付）：03-5401-8437
 - ◆FAX が困難な場合は、同封の返信用封筒に回答用紙を封入し（切手は不要です）、投函願います。
- 3 本調査に関するお問い合わせ先
 - ◆担当者不在のことがありますので、下記電子メールにてお尋ね頂けますと助かります。fri-ninchi-totai@cs.jp.fujitsu.com（株式会社富士通総研 公共事業部 藤原宛）

報提供する仕組みだが、これが精神科ではできず病院任せになっているため、在宅に戻す方向性が見えにくくなっている。退院間際にケアマネが関わっても急な家族調整が難しく、戻れても自宅でも介護施設になってしまいうことがデータで明らかになっている。在宅から入院したら在宅に戻す工夫が必要。

- 平成 26 年 4 月 1 日施行の改正精神保健福祉法では、入院当初から在宅復帰調整員を置くことが義務付けられており、これによって在宅との連携はできると考えられる。
- 認知症に限らないが、病院内では医療モデルから生活モデルへの転換ができていない。また病院内で実現できる生活モデルには限界がある。
- IPSD が固定化して退院させられない人というのも一定数おり、医療的要因で退院できない人とそうでない人にきちんと線引きをする必要がある。
- 身体合併症があり、特に嚥下機能が落ち日常的に口腔ケアが必要な場合、家族の食事介護スキルでは嚥下性肺炎を起こすことがあり、受け皿があっても退院は難しい。

【地域移行・在宅復帰へのソフトウェア・ハードウェアについて】

- 精神科病院から居宅に直接戻るのではなく、一時的に施設を利用する工夫も必要ではないか。
- 診療報酬上、試験外泊や退院当日に訪問看護が使えるようになったので、退院や生活環境を移動する時に療養環境のギャップを埋めるサービスをきちんと入れていくと、かなり症状が落ち着いた形で移動できる傾向がある。

【その他】

- 精神保健福祉法の下で入院基準は明確化されており、高度・専門・短期のサービスと位置づけてそうでないものと棲み分けることも精神科の急性期治療病棟と認知症疾患治療病棟という明確な分類で実現されている。また、日本精神科病院協会等からもクリティカルパスとして標準化されていることから、標準化の段階ではなくそれらを普及・認知させていくところに課題があるのではないかな。

(2) その他

- 松谷副座長より作業部会の進捗状況の報告。

(3) 座長まとめ

- 医学的に適切に判断・対応すべき状況は間違いなく存在するが、これを急性期モデルとしてきちんと標準化し、標準化されたものの認知を図る作業が必要。
- 精神科だけでなく認知症に係る複数の診療科目の医師の連携、これを取り巻く他の職種の総合的な連携をどううまくつくっていくか、地域力を上げていくことがこれから向かうべき一つの形。
- 他の疾患にも増して認知症の人のあり方、個別性・多様性・特殊性は、その周囲を含めて極めて悲惨な状況を招く例があり、何らかの特別な手当ても必要。

以上

入院時点の認知症の人について記入願います

(1患者1通)※2枚組です

Q1 入院日:回数	数値記入	西暦	年	月	日	今日で入院 () 回目
Q2 退院日	番号に1つ〇 1は日付記入	1. 退院済 (退院日＝西暦) 2. 退院済だが退院日不明	年	月	日	4. 退院したか不明
Q3 性別		1. 男性 2. 女性				
Q4 年齢(入院時)	番号に1つ〇	1. 65歳未満 2. 65～74歳 3. 75～84歳 4. 85～94歳 5. 95歳以上				
Q5 市区町村	患者の住所地	都・道・府・県	市・区・町・村			
Q6 認知症の診断名	番号に〇(混合型は複数に〇)	1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 6. その他 ()	7. 不明			
Q7 入院形態	番号に1つ〇 その他は内容記載	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 応急入院 4. 緊急措置入院 5. 措置入院 6. その他 ()	7. わからない			
Q8 入院希望者	番号に〇(複数選択可) 詳細を記載	1. 本人 2. 家族 3. 介護職 4. その他の希望・事情等 5. 希望者不明 上記の詳細 ()				
		自宅(家族構成)	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 夫婦と子 4. 本人と子のみ 5. その他同居者あり			
		施設等	6. 認知症対応型グループホーム 7. 特別介護老人ホーム 8. 介護老人保健施設 9. 介護療養型医療施設 10. 老人ホーム (介護付有料、養護、軽費) 11. サービス付き高齢者向け住宅 12. その他施設 13. 一般病床 () 科 14. 療養病床 15. その他病床 16. その他 ()			
Q9 入院前の居所	番号に1つ〇	医療機関(同一医療機関内の病床変更を含む) その他(言語以外)				
Q10 認知症高齢者の日常生活自立度		1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
Q11 障害高齢者の日常生活自立度	番号に1つ〇	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
Q12 要介護度	※入院時点	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 不明				
Q13 入院前のかかりつけ医の有無		1. あり (精神科) 2. あり (精神科以外) 3. なし				
Q14 入院前に利用していた主なサービス	当てはまる番号全てに〇	医療 保険 4. 精神科ナイケア 5. 精神科デイ・ナイトケア 6. 重度認知症ダイケア 7. 精神科訪問看護 8. その他医療保険 9. 利用無し 介護 10. 介護予防サービス 11. 介護付ケアサービス 12. 地域密着型介護予防サービス 13. その他予防給付 14. 居宅サービス 15. 居宅介護支援 16. 施設サービス 17. 地域密着型サービス 18. その他介護給付 19. 利用無し				
Q15 入院理由	上位3つまで番号を順位欄に記載 10と12選択時は()に詳細を記載 11 選択時は英字も選択し詳細を記載	1. 行動・心理症状(BPSD)の増悪 2. 地域からの要請(民生委員等) 3. 薬剤の調整 4. 診断を確定するため 5. 中核症状の進行 6. 家族の疲弊 7. 待ち期間なく入院可能だったため 8. 介護施設の入所待ち 9. 経済的理由 10. 介護者の事情(家庭・地域・施設で対応困難⇒ ()) 11. 身体合併症の治療のため a. 外傷 b. 感染症 c. 慢性疾患の増悪 d. その他 () 12. その他 ()				
Q16 記載者からみて、本人は入院の必要を認識し同意する能力がありましたか	番号に1つ〇	1. 能力あり 2. 能力なし 3. 不明				

Q17 認知症の重症度(入院時)	別添参照し、数字・英字を記入	ステージ(1～7のいずれかを記入) FASTにおける特徴
Q18 認知症の周辺症状(入院時)	当てはまる番号全てに〇	1. 幻視・幻聴 2. 妄想 3. 昼夜逆転 4. 暴言 5. 介護への抵抗 6. 徘徊 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行動 10. 性的問題行動 11. その他 ()

Q19 BPSD の程度(入院時)

1～10 について、あてはまる数字に〇をつけて下さい (「あり」の場合のみ、重症度・負担度の数字に〇)

NPI-Q(Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form)		なし (番号に〇)	症状の重症度 (患者さんご自身で 認識しているか)	あり (1つずつ番号に〇) この症状について介護者 が感じている負担度 (介護者ご自身で認識しているか)
1.妄想	患者さんは事実でないと言っていることを信じていますか。例えば患者さんから金品を盗まうとしたり、誰かが患者さんに危害を加えようとしていると言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
2.幻覚	患者さんは幻視や幻聴がありますか。実際にはないものが聞こえたり見えたりしている様に見えますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
3.興奮	患者さんは介助を拒んだり、扱いにくくなる時がありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
4.うつ	患者さんは、悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
5.不安	患者さんは、あなただけでいると落ちつかなくなり、息苦しさやため息、リラックスができず、過度に緊張している等の、神経質を示すことがありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
6.多幸	患者さんは、過度に機嫌がよくったり幸せそうであることはありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
7.無関心	患者さんは自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなっているように見受けられますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
8.脱抑制	患者さんは衝動的に行動する様に見えますか。たとえば、見ず知らずの人にたかとも知人であるように話しかけたり、他人の感情を傷つけるようなことを言ったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
9.易怒性	患者さんは気難しく、怒りっぽいですか。計画が遅れたり待たされたりすることが、かまんでできなかったりしますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度
10.異常行動	患者さんは家の周辺を歩いたり、ボタンをもてあそんだり紐を巻くことたりするなど、同じ行動を繰り返す事がありますか。	1. なし	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度	0. 全くない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 重度 5. 非常に重度あるいは極度

(注)

重症度	負担度
1.軽度 2.中等度 3.重度	0.全くない 1.ごく軽度 2.軽度 3.中等度 4.重度 5.非常に重度あるいは極度
1.軽度 2.中等度 3.重度	0.全くない 1.ごく軽度 2.軽度 3.中等度 4.重度 5.非常に重度あるいは極度

ご協力誠にありがとうございました。

この回答用紙2枚を、11月11日(月)までに、FAX(03-5401-8437)・郵送にてご返送願います。

別添 「Q17 認知症の重症度(入院時)を回答頂く際にご覧下さい (太枠内の番号を1つ選択、6か7の場合は英字も選択)

ステージ	FAST における特徴	臨床的特徴
1. 認知機能の障害なし	主観的および客観的機能低下は認められない	5-10 年前と比較して職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化は全く認められず支障を来すこともない。
2. 非常に軽度の認知機能の低下	物の置き忘れを訴える。喚語困難	名前や物の場所、約束を忘れたりすることがあるが年齢相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気がつかない。複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適応していくうえで支障はない。多くの場合正常な老化以外の状態は認められない。
3. 軽度の認知機能低下	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難	初めて、重要な約束を忘れてしまうことがある。初めての土地への旅行のよな複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をするうえでは支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまふこともあるが、その後の日常生活の中では障害は明らかとはならず、臨床的には軽微である。
4. 中等度の認知機能低下	夕食に客を招く段取りをつけた。家計を管理したり、買い物をする程度の仕事でも支障を来す。	買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができない。誰かがついていないと買い物物の勘定を正しく払うことができない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はないために日常生活では介助を要しないが、社会生活では支障を来すことがある。単身でアパート生活している老人の場合、家賃の額で大家とトラブルを起こすようこともある。
5. やや高度の認知機能低下	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとかかきだめすかして脱得することが必要なこともある。	家庭での日常生活でも自立できない。買い物物をひとりですることができない。季節にあった洋服を選んで着ることができないために介助が必要となる。明らかに縫い合がはれていない組合せで洋服を着たりし、適切に洋服を選べない。毎日の入浴を忘れることもある。なだめすかして入浴させなければならぬにしても、自分で体をきちんと洗うことはできないし、お湯の調節もできる。自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人が初めて事故を起こすこともある。きちんと服が揃えておくれは適切に着ることはできる。大声をあおたりするよる感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不適応を起こし医師による治療が必要になり、しばしば必要になる。
6. 高度の認知機能低下	(a)不適切な着衣 (b)入浴に介助を要す。 入浴を嫌がる (c)トイレの水を流さなくなる (d)尿失禁 (e)便失禁	寝巻の上に普段着を重ねて着てしまふ。靴紐が結べなくなったり、ボタンを掛けられなくなったり、ネクタイをきちんと結べなくなったり、左右間違えずに靴をはけなくなったりする。着衣に介助が必要になる。 お湯の温度や量を調節できなくなり、体もまう流さなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできにくくなり、風呂から出た後まきちんと体を拭くことができない。このように障害に先立って風呂に入りたがらなくなり、嫌がるという行動がみられることもある。 用を済ませた後水を流すのを忘れたり、きちんと拭くのを忘れる。あるいは済ませた後服をきちんと直さなかったりする。 時に(c)の段階と同時に起こるが、これらの段階の間には数ヶ月間の間隔があることが多い。この時期に起こる尿失禁は尿路感染やまの生殖泌尿器系の障害がよく起こる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行おうとする認知機能の低下によって起こる。 この時期の障害は(c)や(d)の段階でみられることはあるが、通常は一時的にしろ別々にみられることが多い。焦燥や明らかな精神症状のために施設入所が考慮されることが多い。攻撃的行為や失禁のために施設入所が考慮されることが多い。
7. 非常に高度の認知機能低下	(a)最大限約 6 語に限定された言語機能の低下 (b)理解し得る語彙はただ 1 つの単語となる	言葉と言語能力の貧困化は Alzheimer 型認知症の特徴であるが、発語量の減少と話し言葉のときれがしばしば認められる。更に進行すると完全な文章を話す能力は次第に失われる。失禁がみられるようになると、話し言葉は幾つかの単語あるいは短い文節に限られ、言葉は 2、3 の単語のみに限れてしまふ。 最後に残される単語には個人差があり、ある患者では「はい」という言葉が肯定と否定の両方の意志を示すときもあり、逆に「いいえ」という返事が両方の意味をもつこともある。病期が進行するに従ってこのようになつた 1 つの言葉は失われてしまふ。一旦、言葉が完全に失われてしまつたと思われてから数か月後に突然最後に残されていた単語を一時性的に発語することがあるが、理解し得る話し言葉が失われた後は叫び声や意味不明のぶつぶつ言の声のみとなる。
	(c)歩行能力の喪失	歩行障害が出現する。ゆっくりとした小刻みの歩行となり階段の上り下りに介助を要するようになる。歩行できなくなる時期は個人差はあるが、次第に歩行がゆっくりとなり、歩幅がいさぐなつていく場合もあり、歩くときに前方あるいは後方や側方に傾いたりする。寝たきりになつて数か月すると拘縮が出現する。
	(d)着座能力の喪失	寝たきり状態であってもはじめのうちは介助なしで椅子に座っていることは可能である。しかし、次第に介助なしで椅子に座っていることもできなくなる。この時期ではまだ笑ったり、囁んだり、握ることはできる。
	(e)笑う能力の喪失	この時期では刺激に対して眼球をゆっくり動かしやすことは可能である。多くの患者では把握反射は嚥下運動とともに保たれる。
	(f)昏迷および昏睡	Alzheimer 型認知症の末期ともいえるこの時期は本疾患に付随する代謝機能の低下と関連する。