

認知症患者の診療における精神科病院
(精神科病棟) と一般科・精神科診療所の連携
及び精神科病院の担っている役割に関する
実態調査

報告書

公益社団法人 東京都医師会
精神保健医療福祉委員会

精神保健医療福祉委員会 委員名簿

(任期:平成 29 年 8 月 22 日～令和元年 5 月 31 日)

委員長	羽 藤 邦 利	代々木の森診療所(渋谷区医師会)
副委員長	石 橋 幸 滋	石橋クリニック(東久留米市医師会)
委員	土 屋 讓	土屋クリニック(荒川区医師会)
委員	矢 野 正 雄	南町田病院(町田市医師会)
委員	神 山 昭 男	有楽町桜クリニック(千代田区医師会)
委員	塚 本 一	吉祥寺病院(調布市医師会)
委員	田 邊 英 一	慈雲堂病院(練馬区医師会)
委員	石 黒 雅 浩	東京都福祉保健局障害者施策推進部 障害者医療担当部長
委員	西 脇 誠一郎	東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健・医療課長
委員	西 村 由 紀	特定非営利活動法人メンタルケア協議会 (精神保健福祉士)
委員	萱 間 真 美	聖路加国際大学大学院看護研究科教授
東京都医師会		
副会長	平 川 博 之	
理 事	西 田 伸 一	
理 事	土 谷 明 男	

目次

要旨	1
調査の目的	2
I. 調査の実施方法と回答状況	3
II. 調査票 I (施設調査) 結果	5
III. 調査票 II (ケース調査) 結果	20
IV. 考察	41
調査票	48
委員レポート	61

認知症患者の診療における精神科病院と一般科・精神科診療所の連携
及び精神科病院の担っている役割に関する実態調査
(精神科病院調査と診療所調査の比較検討)

東京都医師会精神保健医療福祉委員会

要旨

認知症患者の増加が見込まれる中、激しい認知症行動心理症状（BPSD）等により、精神科病院において入院治療が必要な患者も増加が予測される。認知症患者の精神科病院入院利用の状況と課題を明らかにするためにアンケート調査を行った。

東京都内の精神科病床を持つ病院の認知症患者の受け入れ状況や体制、内科診療所と精神科診療所の認知症患者の診療状況や精神科病院との連携、精神科病院に入院した認知症患者 405 ケースについて調査を行った。

1. 認知症患者に対する精神科病院の入院受入れ状況

回答を得た精神科病院 58 ヶ所のうち、14 ヶ所が認知症疾患医療センターに指定されていた。調査対象となった 203 ケースの約半数は認知症疾患センターが入院対応しており、一精神科病院当りの認知症入院患者は、認知症疾患医療センターに認定されていない精神科病院（非認知症疾患医療センター）より多いと推測された。また、認知症疾患医療センターに指定されていない精神科病院では、指定されている精神科病院に比較して、夜間休日の身体疾患への対応が困難である例が多かった。

2. 隔離拘束の実施について

認知症入院患者が約半年間に一度でも隔離または拘束のいずれかを行ったケースは、42.4%であり、一般科病院における拘束の状況と比較して多くなかった。重篤な BPSD のケースを受け入れる機会の多い精神科病院としてはむしろ少ないと考えられた。

3. 診療所における認知症の在宅医療

精神科診療所では、半数が自院で認知症を診断しているが、内科診療所では 3 割にとどまった。継続的な治療については、精神科診療所の半数以上、都内に 5000 軒以上ある内科診療所の 2/3 が引き受けに積極的であり、在宅医療の中心として期待される。

4. 認知症患者の入院の長期化と、自宅退院困難

入院前の生活場所は自宅からが圧倒的に多かったにも関わらず、入院後半年が経過しても、まだ入院中の患者が 4 割で、施設入所が 2 割、自宅に帰ったのは 1/4 に過ぎなかった。一度入院すると長引くこと、自宅に退院できずに施設入所に繋がって行くケースが少なくないことがわかった。

5. 精神科入院利用の利便化の必要性

症状が激しいにも関わらず、本人家族の入院拒否や、経済的理由で入院に繋がらないケースがある一方で、入院前に激しい症状を呈したために、退院時に家族や施設が受け入れを拒否することがある。また、必要時にすぐ入院できないという意見も多かった。必要が生じたとき、早めに精神科入院できる仕組みや体制、認知症疾患医療センターの周知、精神科病院への偏見も課題である。

調査の目的

認知症を持っている方が在宅で介護を受け、住み慣れた地域で生活し続けられることを目標に体制整備が行われてきた。また、在宅ケアが難しい場合も、高齢者の専用入所施設を利用することが望ましいとされている。しかし、実際には地域で生活できる体制が不十分であるがゆえに、認知症高齢者が精神科病院に入院せざるを得ないことは少なくない。しかし、一度精神科病院に入院してしまうとなかなか地域に戻ることができないのではないかと懸念されている。

都内認知症患者について、精神科病院の利用状況を見てみると、①平成27年6月30日現在で3,821人が在院していた（平成27年度630調査より）。②精神科病院1か月当たりの認知症患者の入院数は450人前後と推計され、（平成27年度630調査で、平成26年6月認知症入院461人、平成27年認知症退院431人）、1年間では約5,400人である。平成27年の1年間に精神科病院を利用した認知症患者は、①と②を合算した約9000人と推計される。

平成28年、東京都の認知症高齢者は推計41万人、そのうち見守り又は支援が必要な人は31万人であった（出典：東京都福祉保健局高齢社会対策部「認知症高齢者数等の分布調査」平成29年3月）。「精神科病院を利用した認知症患者数9千人」は、「見守り又は支援が必要な認知症高齢者31万人」の約3%である。

認知症患者が認知症行動心理症状（BPSD）等によって、危険行為に及んだり、極度の興奮や不穏状態に陥った場合、精神科病院へ入院し、症状が治まるまで治療が必要な場合がある。その場合は、速やかに入院できることが望ましいが、入院先がなかなか見つからず、家族や介護スタッフが大きな負担を強いられることがある。特に、身体疾患と合併した場合は、精神科単科病院の入院受け入れが難しく、入院先選定が困難となることがある。BPSDで家庭や介護施設で対応に困っても、精神科病院ですぐに対応ができず、本人や介護者が疲労困憊してしまう例が少なくない。精神科病院を利用する認知症患者の割合が「現状3%」である。

今後、東京都の高齢者人口は急増する。平成37年(2025年)には、認知症高齢者は60万人、そのうち見守り又は支援が必要な人は44万人となると推計されている（出典：東京都福祉保健局高齢社会対策部「認知症高齢者数等の分布調査」平成29年3月）。「見守りまたは支援が必要な認知症高齢者」は、10年間で31万人から44万人に、42%増えると予測される。この44万人に「3%」を当てはめると、認知症で精神科病院を利用する人は13,000人となる。平成27年に9,000人であった認知症の精神科病院利用を、僅か10年間で、13,000人まで増やすことは可能であろうか。

また、平成27年の630調査によると、平成27年6月30日に精神科病院へ医療保護入院している患者127,599名のうち39,997名（31.3%）が、認知症を中心とした器質性精神病（F0）であった。「BPSDにより精神科病院に入院する認知症患者を対象とした全国規模での入院実態調査」厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）主任研究者：岡村仁）によると、退院患者471ケースのうち、6か月以内の退院ケースは50.3%に留まり、半数近くが6か月以上の入院となっている実態が示された。認知症高齢者は一度入院すると長くなる傾向があるため、認知症高齢者の精神科病院利用率が高くなくても、結果的に精神科病床の3割以上を占めている。限られた病床を有効活用するためにも、地域の受け入れ体制が整わないために早期退院ができないことがないように、認知症を持った高齢者の早期退院を促進する必要性がある。平成24年、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた『今後の認知症施策の方向性

について』では、「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令和2年度までに2か月にする（現在は6か月）こと」を目標と掲げている。

今回の調査では、①認知症患者の精神科病院入院の実態と役割、②在宅医療を担う診療所と精神科病院の連携の課題、③必要な時に精神科病院の協力を得ることで地域における認知症患者の生活向上や介護者の負担軽減を勧めるために求められていること、④落ち着けば自宅や適切な施設にすみやかに戻れているのか、障害となっていることは何なのか、を明らかにする。

認知症高齢者が精神科病院をより良く利用できるための対策、今後急増する認知症高齢者に適切に対応出来るようにするための対策を考える上での基礎調査としたい。

I 調査の実施方法と回答状況

I-1. 調査の実施方法

平成28年11月末に、東京都内の精神科病床を有する病院112か所にアンケート用紙を郵送した。返信用封筒を同封し、郵送にて回収を行った。回答期限は、12月20日に設定した。

また、平成29年10月末に、都内の精神科診療所591か所、一般科診療所（実際には内科を標榜する診療所であることから、以下「内科診療所」と表記する）5,200か所にアンケート用紙を郵送した。精神科診療所は、精神科を標榜している診療所とした。内科診療所は、精神科を標榜しておらず内科を標榜しているところ限定した。返信用封筒を同封し、郵送にて回収を行った。回答期限は、11月中旬に設定した。

調査票はいずれも調査票Ⅰ「施設調査」と調査票Ⅱ「ケース調査」の二種類である。ケース調査の対象は、精神科病院は平成28年6月中に入院した「器質性精神障害（ICD10コードF0）」を持った患者（メインの疾患でなくてもよい）全員で、精神科及び内科診療所は、1年以内に調査対象診療所から精神科病院へ依頼して入院となった患者全員である。該当ケースのある医療機関のみに回答を求め、対象ケースについてそれぞれ1枚ずつ記載してもらった。回答医療機関名は、任意で記入を求めた。（巻末の調査票参照）

I-2. 回収率

精神科診療所からは227件の回答を得、回収率は39.0%であった。内科診療所からは、1742件の回答を得、回収率は34.1%であった。精神科病院からは58件の回答を得、回収率は51.8%であった。調査票Ⅰは、回答病院全数から回答があり、調査票Ⅱは39病院から203ケースの有効回答を得た。

調査票Ⅰは、精神科診療所から226件（無記名11件を含む）、内科診療所から1,740件（無記名184件を含む）の有効回答を得た。調査票Ⅱは、精神科は33診療所から75ケースについての回答を得、内科は128診療所から202ケースについての回答を得た。無回答診療所のほとんどが、該当ケース無しであった。

表 1 アンケート回収率

		精神科診療所	内科診療所	精神科病院
発送数		591 件	5,200 件	112 件
該当		582 件	5,110 件	112 件
回収数		227 件	1,744 件	58 件
回収率		39.0%	34.1%	51.8%
調査票 I		226 件	1,740 件	58 件
調 査 票 II	回答診療所数	33 診療所	39 病院	128 診療所
	回答ケース数	74 ケース	203 ケース	202 ケース
	1 医療機関当たり ケース数	平均 2.2 中央値 1 最高 13	平均 5.2 中央値 5 最高 14	平均 1.6 中央値 1 最高 20

I - 3. 調査医療機関の所在地

調査対象医療機関と回答した医療機関の所在地については、表 2 のとおりであった。

内科診療所は、区中央部に少ない傾向があるものの概ね人口と同じような分布をしているのに対し、精神科病院は多摩地区に偏在し、精神科診療所は区中央部に偏在していることがわかる。

表 2 回答医療機関の所在地

医療圏	精神科診療所			内科診療所			精神科病院		
	送付数	回答数	回答率(%)	送付数	回答数	回答率(%)	送付数	回答数	回答率(%)
区中央部	142	49	34.5	701	216	30.8	7	4	57.1
区南部	27	10	37.0	427	144	33.7	4	2	50.0
区西南部	93	28	30.1	639	184	28.8	7	5	71.4
区西部	77	31	40.3	558	165	29.6	5	4	80.0
区西北部	66	21	31.8	722	188	26.0	13	6	46.2
区東北部	25	14	56.0	410	121	29.5	7	5	71.4
区東部	32	11	34.4	445	152	34.2	2	1	50.0
西多摩	7	3	42.9	97	22	22.7	12	4	33.3
南多摩	38	23	60.5	387	121	31.3	30	14	46.7
北多摩西部	26	11	42.3	188	61	32.4	1	1	100.0
北多摩南部	35	12	34.3	334	112	33.5	14	8	57.1
北多摩北部	14	3	21.4	191	56	29.3	10	4	40.0
島しょ	0	0	-	11	5	45.5	0	0	-
所在不明	-	11	-	-	197	-	-	0	-
合計	582	227	39.0	5110	1744	34.1	112	58	51.8

I-4. 回答病院の属性

回答病院のうち 40 件 (73%) は、精神科を主たる標榜科目としていた (図 1)。また、26 件 (47%) は精神科以外の標榜科目を全く持たない単科精神科病院であった (図 2)。8 件 (13.8%) は認知症病棟を持ち、14 件 (24.1%) は認知症疾患医療センターに指定されていた。

病院の分析には、認知症疾患医療センター指定の有無で比較を行うこととした。認知症疾患医療センターに指定されている 14 件のうち、総合病院は 6 件、精神科単科ではない病院が 8 件であった。

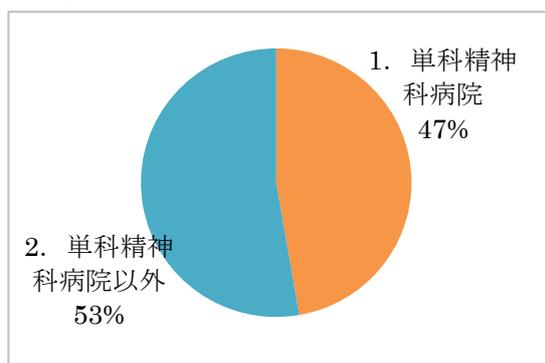


図 1 単科および複数標榜科

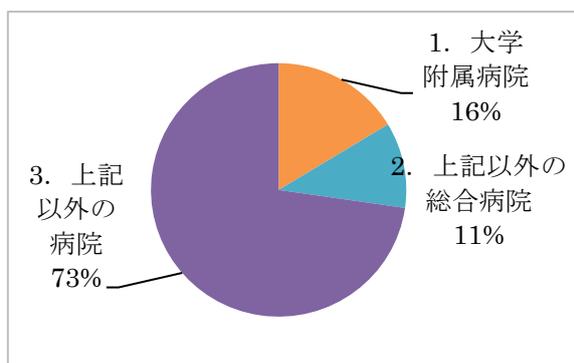


図 2 病院の種類

※総合病院とは、100 床以上で主要な診療科を含む病院のこと。1996 年の医療法改正で法律上は使用されなくなった。

II. 調査票 I (施設調査) 結果

II-1. 精神科病院の身体合併対応について

精神科病院調査票では、一般科病院からの入院患者の転院や、自院入院患者の身体疾患発症時や悪化の際の対応について質問した。

身体合併症のある患者を程度に関わらず積極的に受けて入れているのは、認知症疾患医療センターに指定されていない ICU を持つ総合病院 2 病院であった。一方、身体科医療機関からの転院を受け入れていない病院は 7 件あり、そのうち 6 件は認知症疾患医療センターではない単科の精神科病院であった (図 3)。

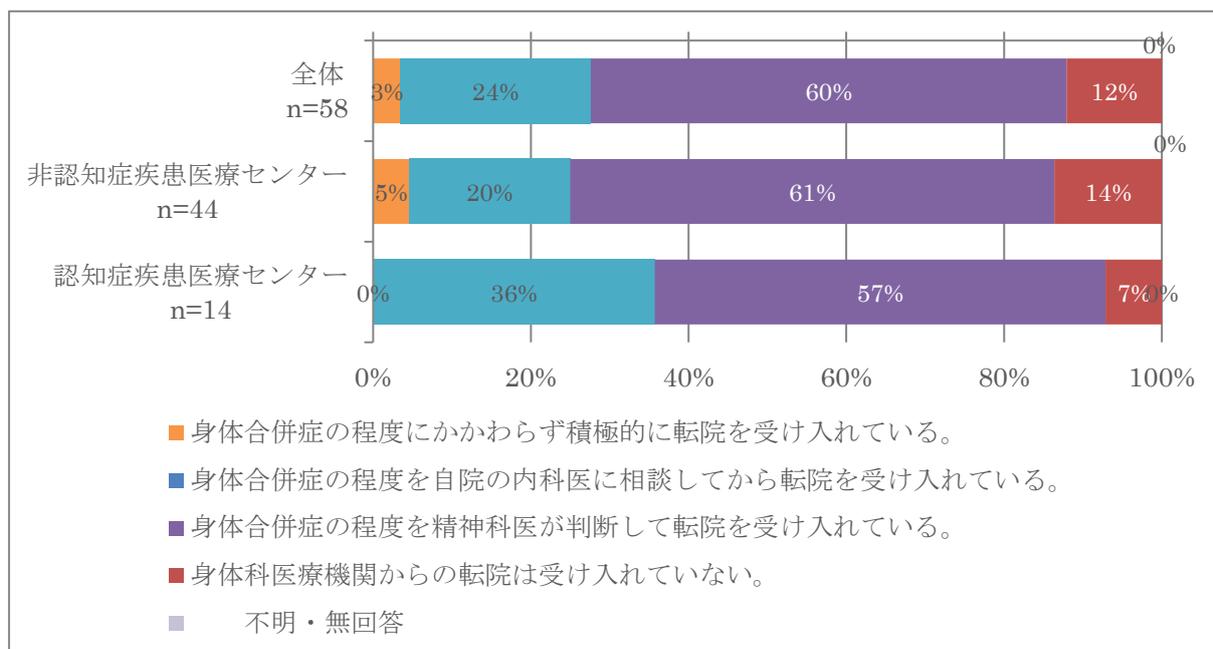


図 3 身体合併症のある患者の受け入れ

一般科病院からの転院患者を受け入れられなかった理由（図 4）は、身体合併症が重篤であったことが最も多く、次いで本人や家族が精神科病院であることを理由にした拒否であった。

「本人や家族が精神科病院であることを理由に拒否した」ことを理由に受け入れに至らなかったケースは認知症疾患医療センターで 64%に上り、非認知症疾患医療センターの 43%よりも多かった。

その他の記載では、閉鎖病棟が無いなどで BPSD の症状が重篤で受けられなかったという回答が複数見られた（表 3）。

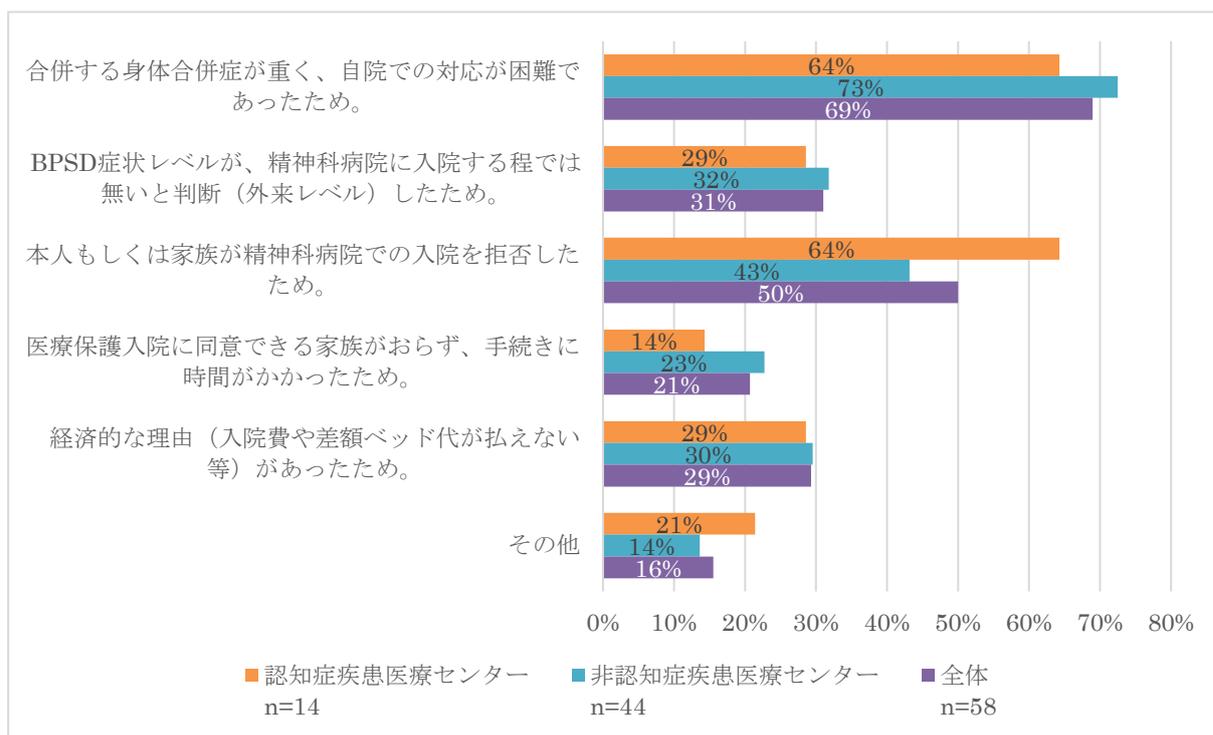


図 4 一般科病院から転院を受けられなかった理由（複数回答）

表 3 「その他」の記述

非認知症疾患医療センター (n=44)	認知症疾患医療センター (n=14)
職域病院で保険対象外の病棟のため	精神科は専門病棟(森田療法棟)しかないため
開放病棟のみであり、ほぼ認知症に対応できないため	当院で対応できない診療科だったため
開放病棟のみであり、入院を要する重度のBPSDに対応できないことが多いため。	他院の方が早く受け入れが決まった時
BPSD 症状が当院精神科病棟で対応できないレベルの症状と判断されたためである事が多い	
開放病棟での管理が難しいため(当院は開放病棟のみ)	
調査時認知症なし	

身体疾患が悪化した場合の対応（図 5）では、認知症疾患医療センターは 57%がほとんど「院内で対応できている」と答えたのに対し、非認知症疾患医療センターでは 39%にとどまった。「院内で対応できている」及び「連携病院が夜間や休日も引き受けてくれている」を合わせると、認知症疾患医療センターでは 86%に上るのに比較し、非認知症疾患医療センターでは 55%にとどま

り、連携先でも平日日中のみの対応であるところが 41%であった。

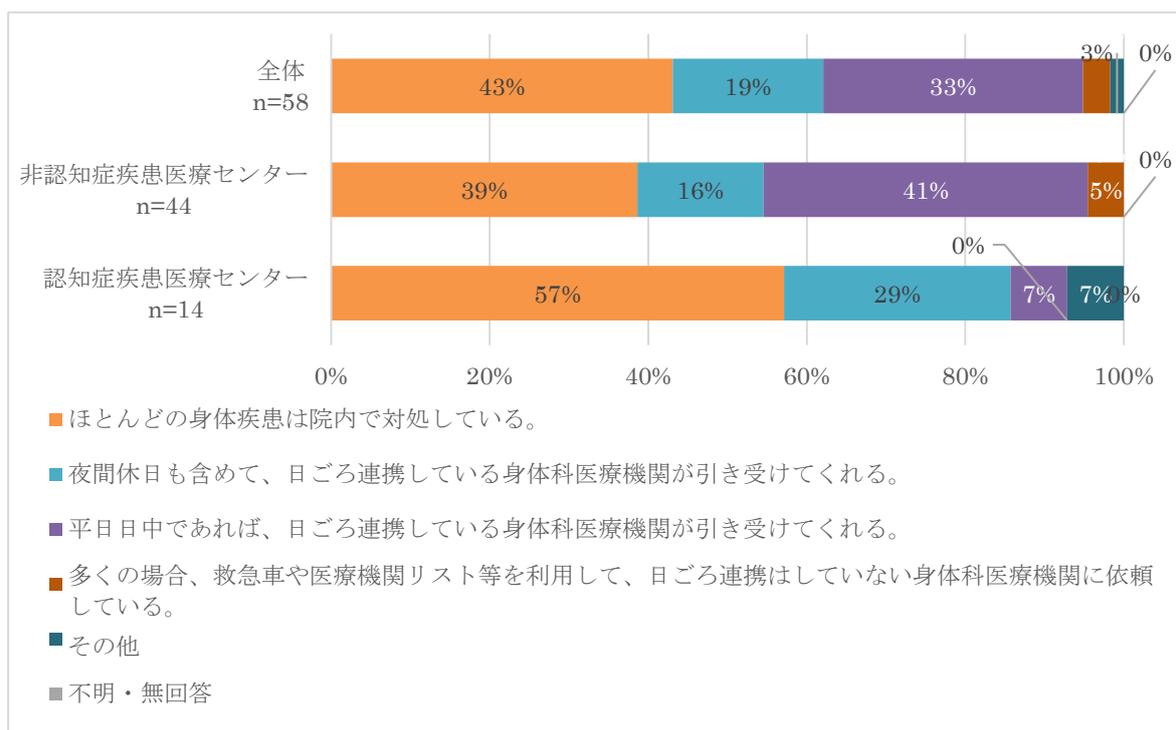


図 5 身体疾患が悪化した場合の対処

II-2. 精神科診療所と内科診療所の比較

認知症の診断について、精神科診療所では「積極的に自院で診断する」「できるだけ自院で診断する」を合わせると約 54%であったが、内科診療所では合わせて約 30%で、「診断は他院に任せることが多い」が 42%と最も多かった (図 6)。

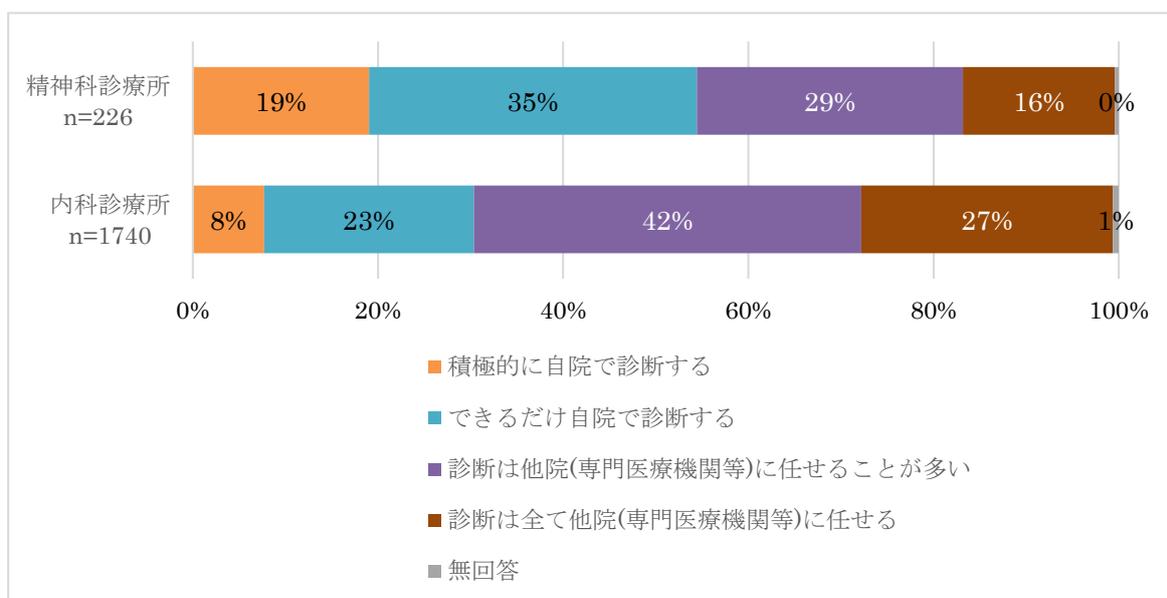


図 6 認知症診断の実施の有無

認知症の継続的な治療については、精神科診療所・内科診療所ともに、「治療している」「できるだけ治療する」を合わせて60%を超えた（図7）。

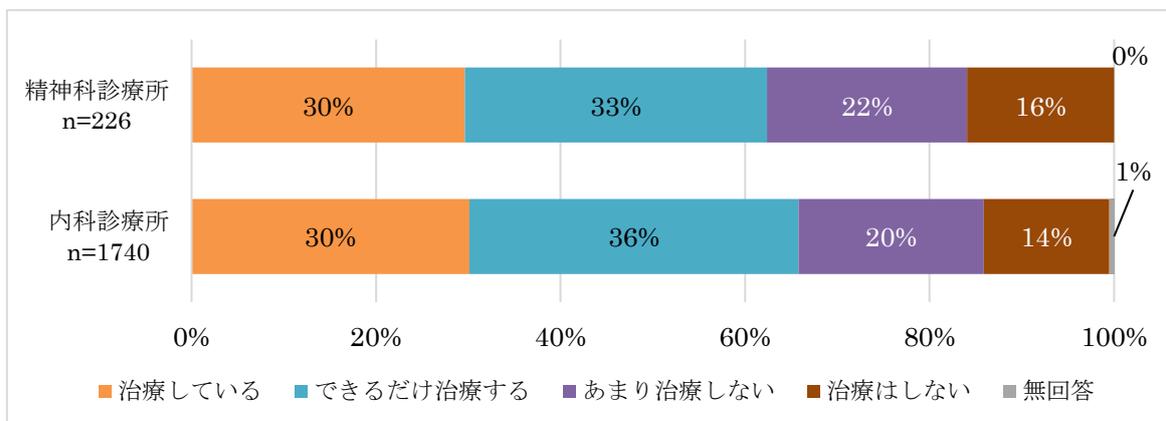


図7 認知症の継続的な治療の有無

今後、認知症の診療に積極的に関わりたいかについては、精神科診療所・内科診療所ともにほぼ半々となり意見が分かれた（図8）。精神科診療所・内科診療所の差はほとんどなかった。

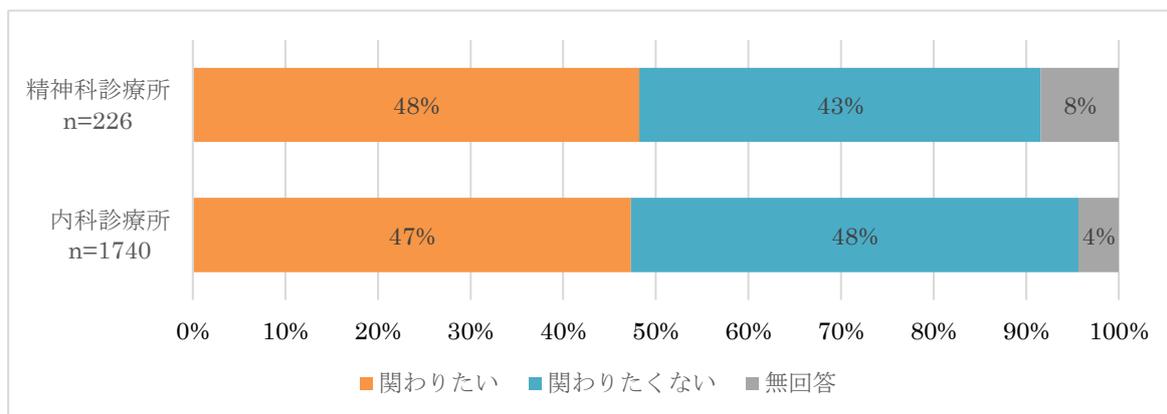


図8 今後、認知症治療に関わりたいか

精神科病院と連携しているケースがあるかどうかについては、「現在ある」または「過去にあるが今はない」を合わせると、内科診療所は約46%であったが、精神科診療所は約57%で、精神科診療所のほうが内科診療所よりも精神科病院と連携している割合は多いが、連携したケースが無いところが4割近くに上った（図9）。

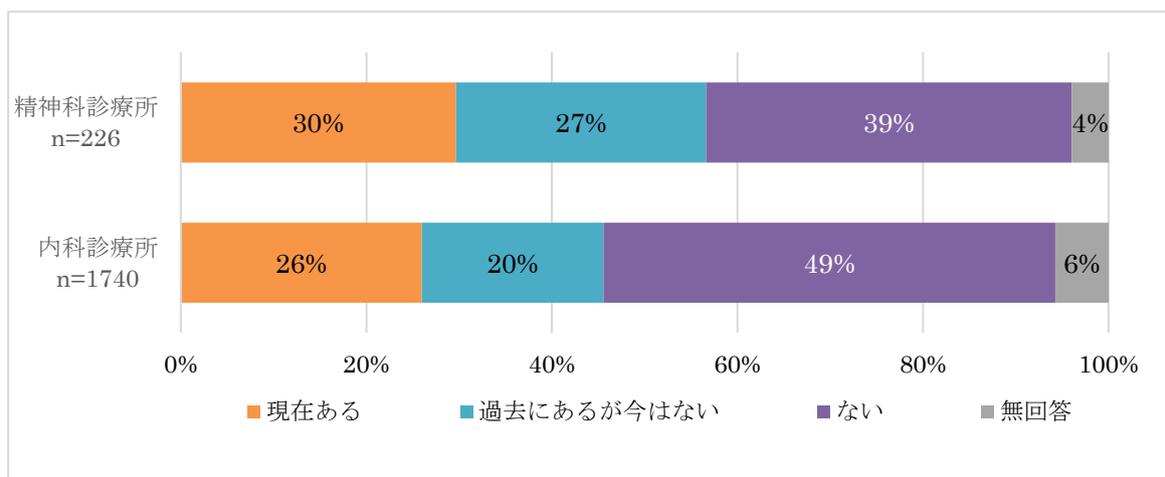


図 9 精神科病院との連携ケースの有無

認知症や精神科の専門的な教育を受けた医師が在籍しているかどうかについては、内科診療所では、「東京都かかりつけ医認知症研修を受けた医師」が 632 の診療所（36%）において、「認知症サポート医養成研修を受講した医師」も 393 の診療所（23%）に在籍していた（図 10）。一方、精神科診療所では、いずれも 35 診療所（15%）程度にとどまった。精神科診療所には、「精神保健指定医」「日本精神神経学会専門医」がそれぞれ 94%、81%に在籍していた。

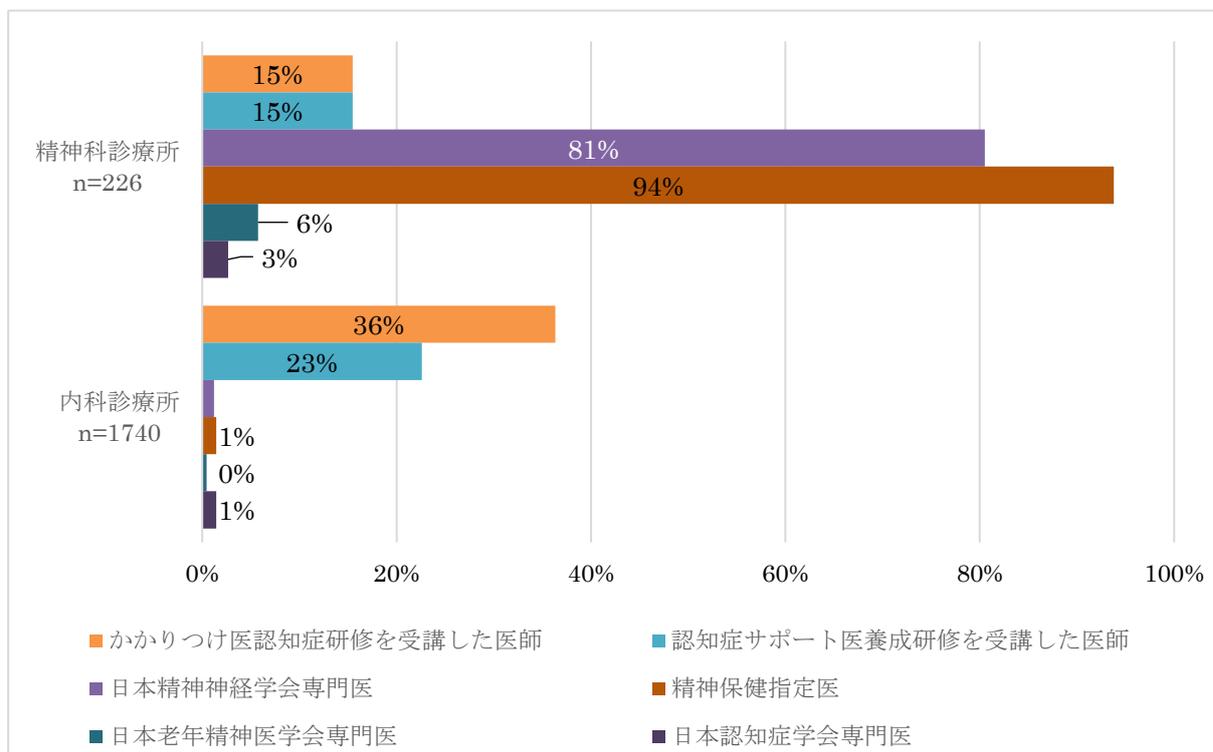


図 10 在籍する認知症関連専門医（複数回答）

診療所から精神科病院(精神科病棟含む)に紹介し入院となった認知症患者がいるかどうかについては、「1年以内にある」または「1年以上前にある」と回答しているのが、内科診療所では約30%、精神科診療所では約50%であった(図11)。精神科診療所のほうが内科診療所よりも多い割合で、認知症患者を入院のために精神科病院へ紹介していることがわかった。

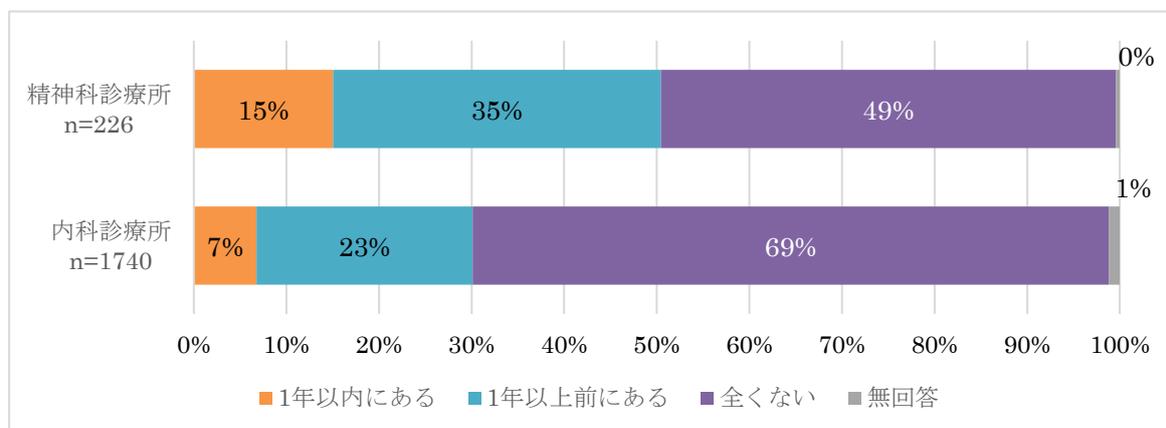


図 11 精神科病院に紹介し入院した認知症患者の有無

精神科病院(精神科病棟含む)を退院した認知症患者の診療の依頼を受けたことがあるかどうかについては、「1年以内にある」「1年以上前にある」が、内科診療所では約22%、精神科診療所では36%であった(図12)。精神科、内科とも診療所から精神科病院へ入院させる割合と比較して、退院後に診療所で引き続き診療を続ける割合は少ないことがわかった。

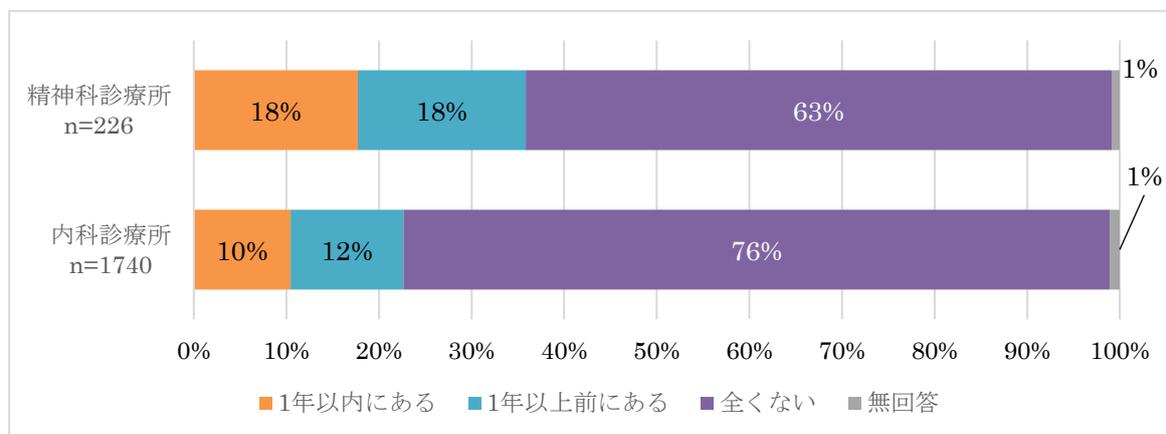


図 12 精神科病院を退院した認知症患者の診療依頼の有無

「精神科病院から退院した患者の紹介を受けたことが1年以内にある」場合、紹介を受けた理由を尋ねた(図13)。精神科診療所は「家族からの依頼があったから」が最も多く、次いで「日頃から連携ができてきているから」であった。内科診療所は、「自院のかかりつけ患者だったから」が最も多く、次いで「自分が紹介した患者だから」であった。

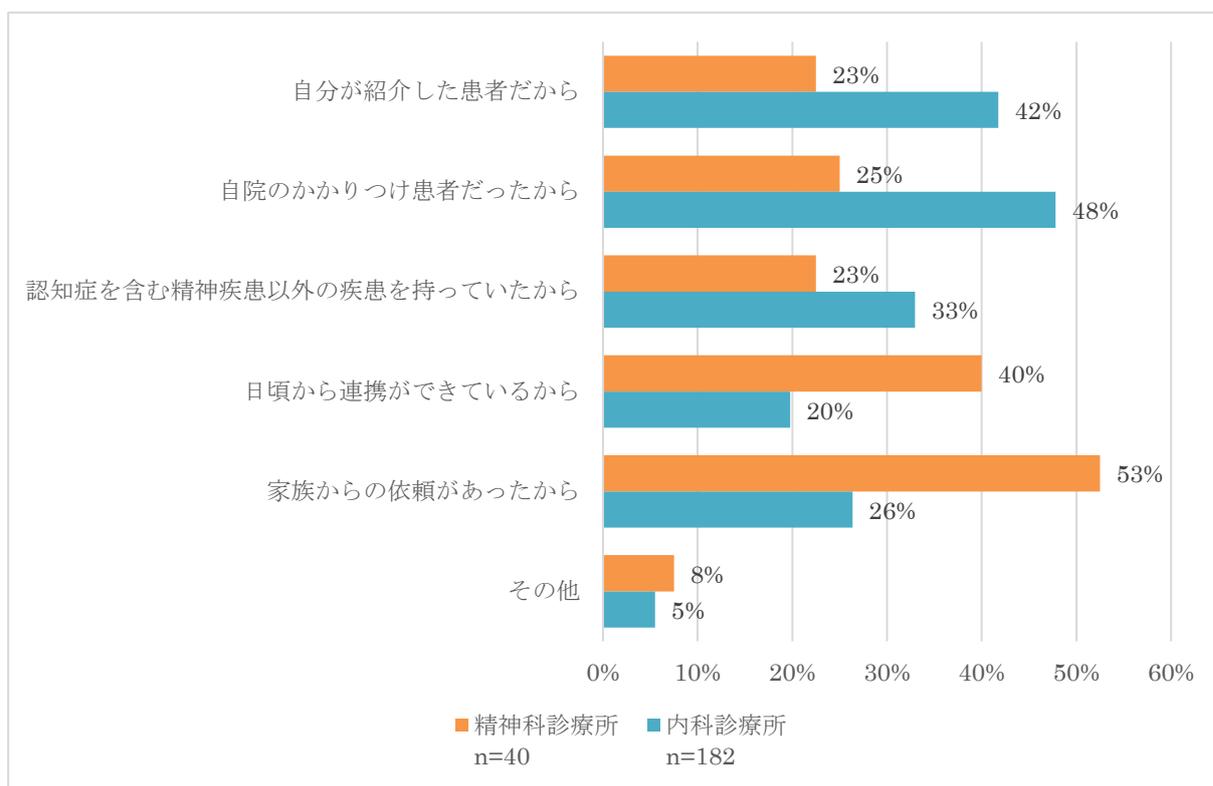


図 13 精神科病院を退院した認知症患者の診療を引き受けた理由（複数回答）

「その他」の回答 13 票（精神科診療所 3 票、内科診療所 10 票）

<精神科診療所> ・近隣のため（2）、 ・高齢者福祉課から強く要請された

<内科診療所> ・近隣のため、 ・ほかに医療機関がない、 ・役所からの依頼、 ・身体疾患を診療するため（風邪、ガン（2））、 ・併設している高齢者施設の入居者、 ・配置医や往診をしている高齢者施設に入居

認知症疾患医療センターを「知っている」が、精神科診療所は 54%であったが、内科診療所は 42%にとどまった（図 14）。内科診療所の半数以上は、認知症疾患医療センターのことを知らなかった。

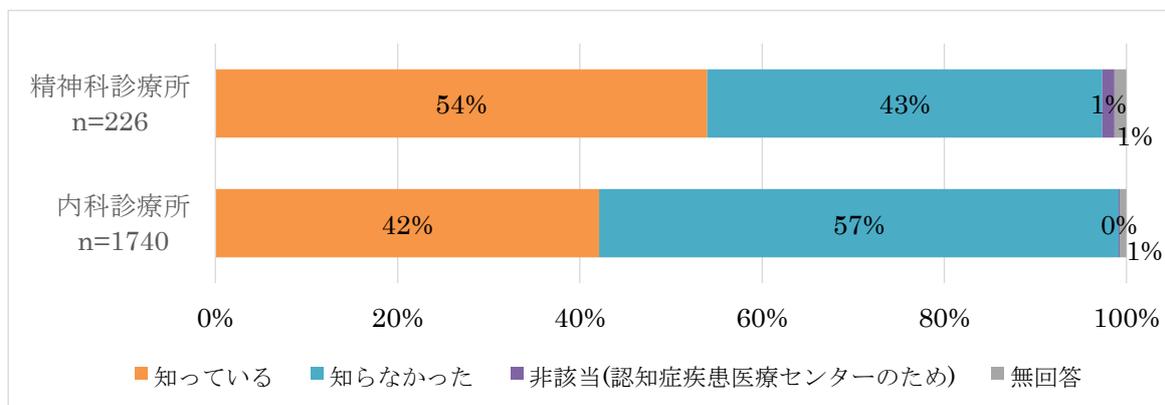


図 14 認知症疾患医療センターの認知度

認知症疾患医療センターを「知っている」と回答をした診療所について、認知症患者への対応において認知症疾患医療センターを利用したことがあるかを尋ねた(図 15)。内科診療所では 49%、精神科診療所では 34%が利用したことがあると回答した。内科診療所では、認知症疾患医療センターを知っている診療所の約半数が、利用したことがあると回答している。

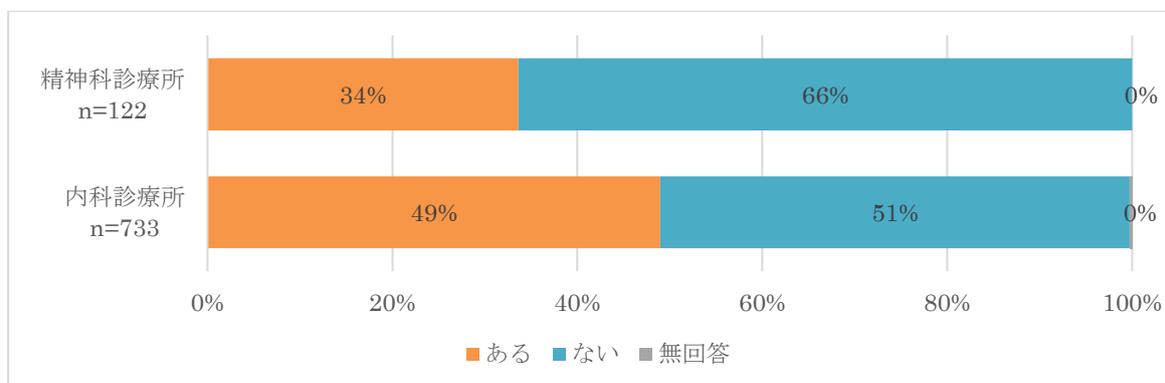


図 15 認知症疾患医療センターの利用経験（認知症患者に係る相談、紹介、入院調整等）

認知症疾患医療センターを利用したことが「ある」と回答した診療所に利用時の対応状況が適切であったかどうかを尋ねた（図 16）。精神科診療所・内科診療所ともに「適切」が 7 割前後であった。

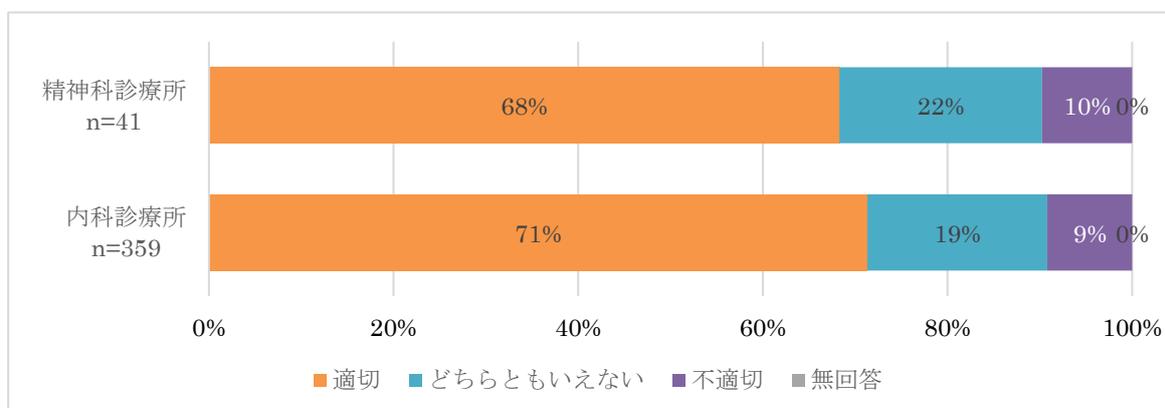


図 16 認知症疾患医療センターの利用時の対応

さらに、利用時の対応状況について「不適切」と回答した診療所にその理由を尋ねた（図 17）。内科診療所については、「対応まで時間がかかる」が最も多く、85%を占めた。「その他」の回答（内科診療所 1 票）は、「家族からも、センターからも何の連絡がない」であった。

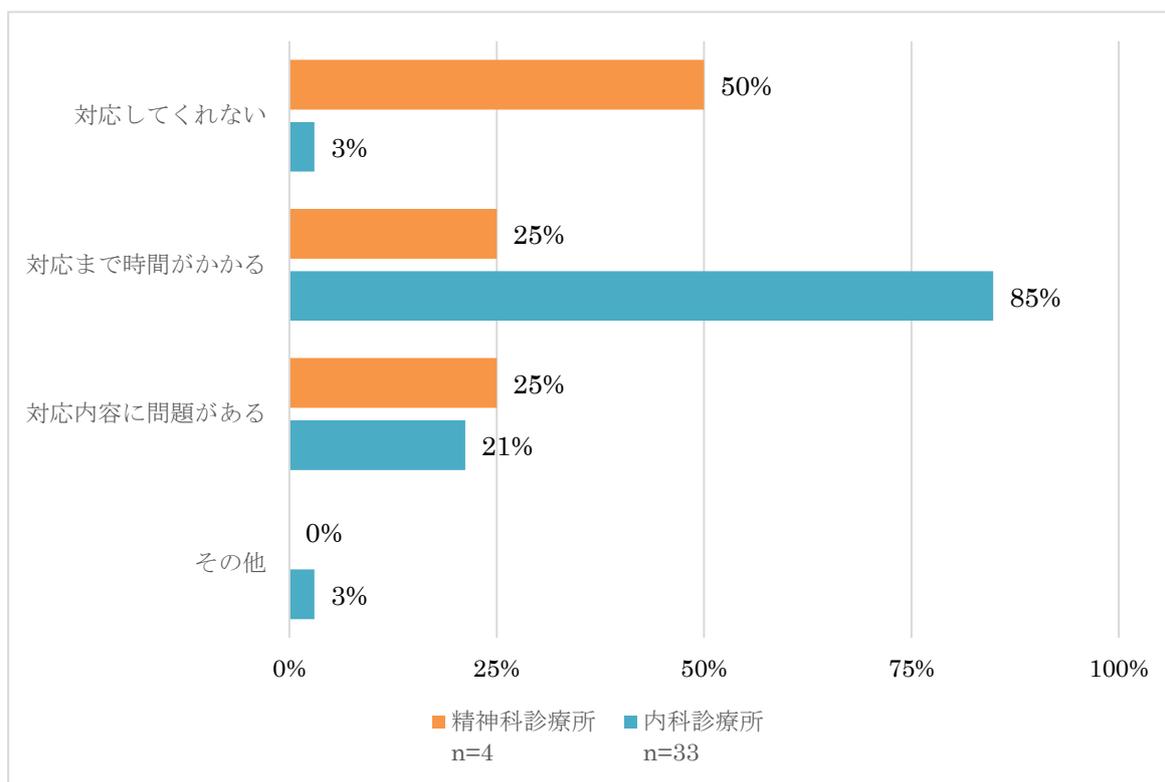


図 17 認知症疾患医療センターの利用時の対応を「不適切」とした理由（複数選択可）

認知症疾患医療センターを利用したことが「ない」と回答した診療所の利用していない理由は、精神科診療所・内科診療所ともに「自院において十分対応できている(該当者がいない場合を含む)」が最も多く、次いで「他の医療機関との連携により対応できている」が多く、あわせると7～8割を占めていた。「その他」の回答では、「症例がない」「遠方である」といった回答が多くあった(図 18)。

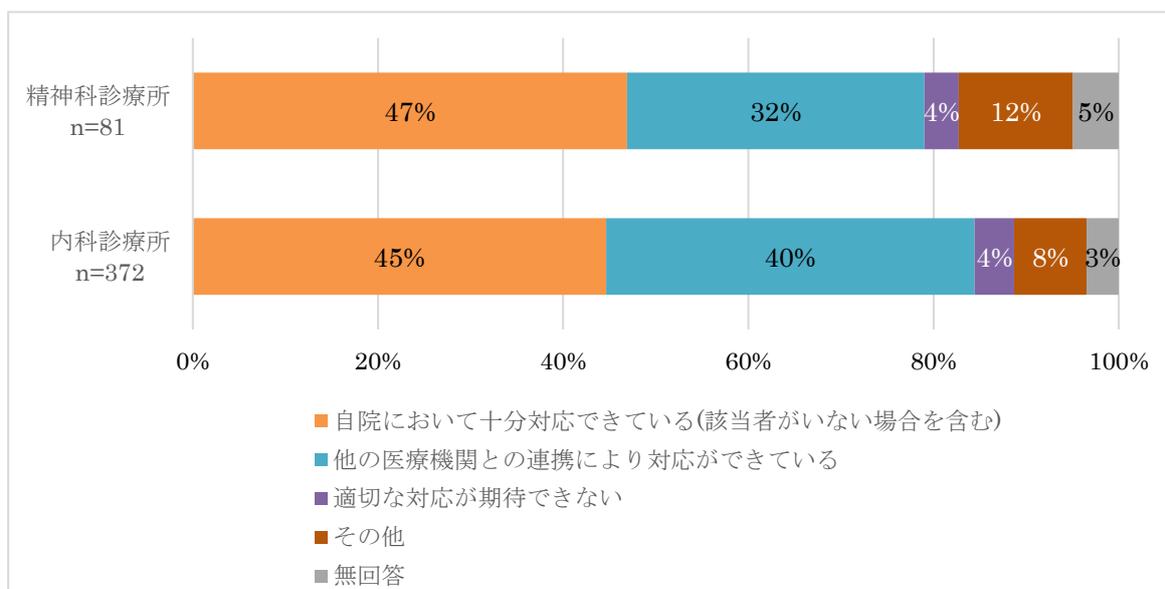


図 18 認知症疾患医療センターを利用していない理由

「その他」の回答（精神科診療所 10 票、内科診療所 29 票）

<精神科診療所>

- ・認知症を扱っていない、関心が薄い（4）、
- ・往診につないでいる
- ・敷居が高い印象がある

<内科診療所>

- ・小児科や消化器専門のため（1）、
- ・遠方のため（5）
- ・診療までに時間がかかる（2）、
- ・予約が取れない（2）
- ・利用方法がわからない（3）、
- ・連携の方法が不明
- ・外出困難、独居、
- ・今後利用してみようと思います
- ・ケアマネジャーさんが受診をすすめた例があります
- ・たまたま今いないだけでお願いしたい患者様は数名います

認知症疾患医療センターに対する意見を自由記載で求めたところ、精神科診療所・内科診療所ともに 80%近くが、「回答なし」であった（図 19）。「回答あり」の意見の内容として、「予約に時間がかかる」「緊急の入院を受けてほしい」「利用の仕方がわからない」「もっと広報してほしい」などがあつた。

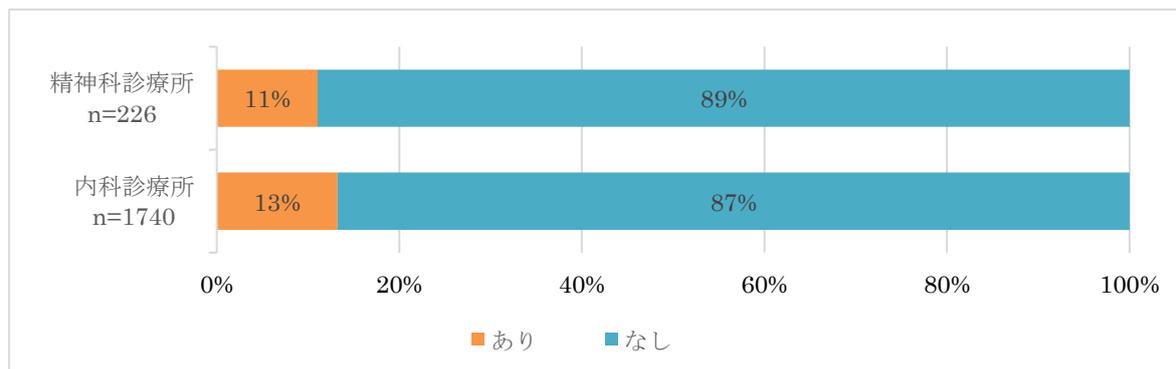


図 19 認知症疾患医療センターに対する意見

II-3. 精神科病院と診療所の連携についての意見

「今後、高齢認知症患者が増え、精神症状の悪化(BPSD など)により精神科病院（精神科病棟を含む）への入院が必要になることが増えると考えられます。診療所（や一般科病院）と精神科病院とのスムーズな連携を実現するためにはどうすれば良いでしょうか。ご教示ください。」という設問に対し、精神科病院は 64%が、精神科診療所は 43%が、内科診療所は 42%が意見を記載した。

意見の内容をカテゴリーに分けてカウント（複数該当あり）したものが表 4（実数）と、図 20（%）である。

表 4 精神科病院との連携強化に必要と思うこと（複数該当あり）

	精神科診療所 n=96	内科診療所 n=745	精神科病 院 n=37	合計 n=888
合同学習・事例検討	11	87	11	109
顔の見える関係（交流会や専門 職同士のつながり）	13	62	4	79
密な連絡	8	44	2	54
情報提供・共有	21	153	4	178
新たなシステム	33	106	14	153
お互いの理解	6	14	5	25
役割分担	8	25	6	39
家族の理解・協力	8	25	3	36
診療所の対応力強化	7	32	4	43
病院の対応力強化	16	219	12	247
その他	10	61	15	86

実数としては、「病院の対応力強化」「情報提供・共有」「新たなシステム」が必要とする意見が多かった。それらについては、さらに詳細にカテゴリーを分けて分析した。

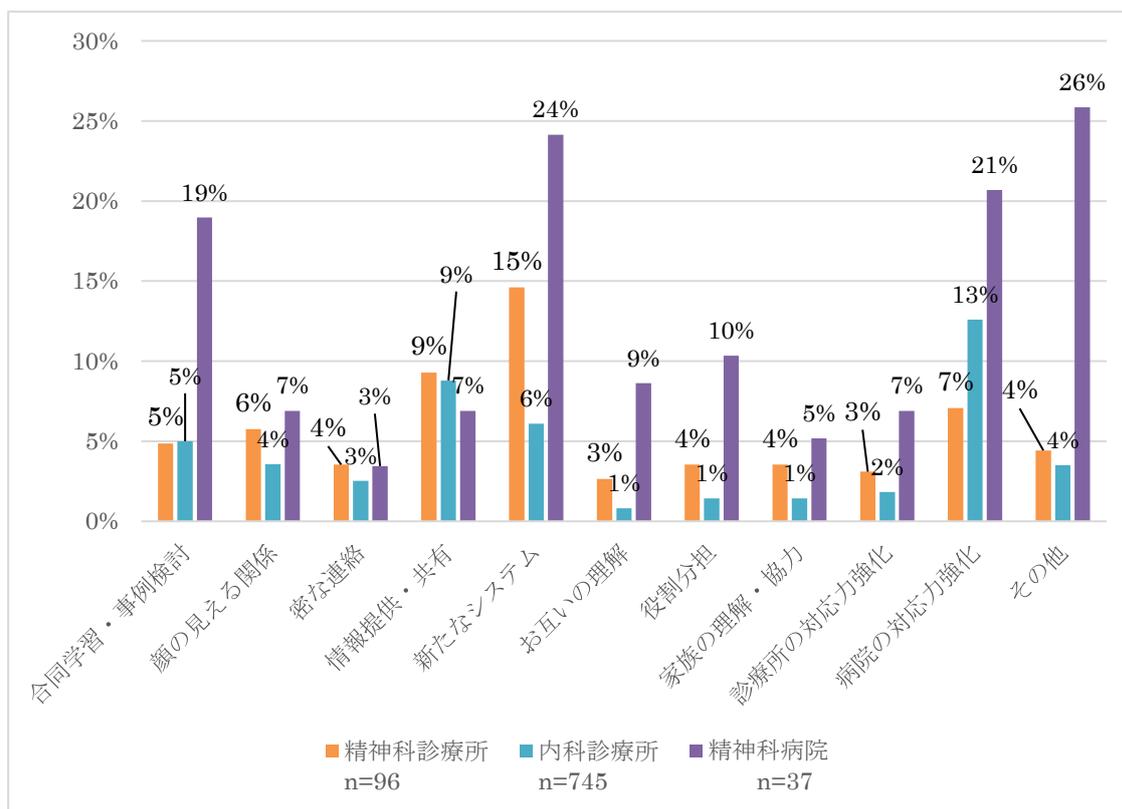


図 20 スムーズな連携に必要なこと（複数回答）

個々の項目について回答数の多いものを見てみると、「病院の対応力強化」については、どの医療機関も患者の受け入れ体制を求める回答が多かった（合計 187 件）。次いで、精神科病院の相談体制（合計 39 件）が求められていた（図 21）。また、内科診療所だけではあるが、精神科病院にいる認知症や精神科の専門家としての助言・指導を求める意見も 21 件あった。

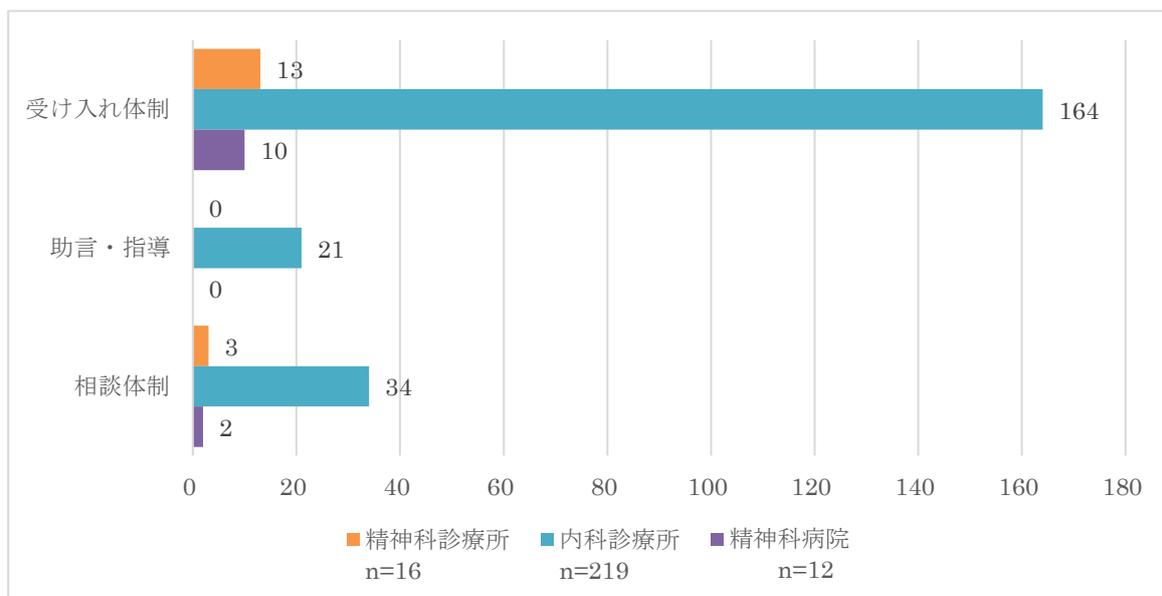


図 21 スムーズな連携に必要なこと（病院の対応力強化：複数回答 / 実数）

次に「情報提供・共有」について詳細に見てみると（図 22）、内科診療所は、精神科病院についての個々の情報を求める意見が圧倒的に多く、111 件であった。精神科病院の回答は 4 件のみであったが、すべて精神科病院についての情報を知ってもらいたいという意見であった。そのほか、内科診療所からは診療情報の共有と入院ガイドラインを求める回答が 15%前後見られた。

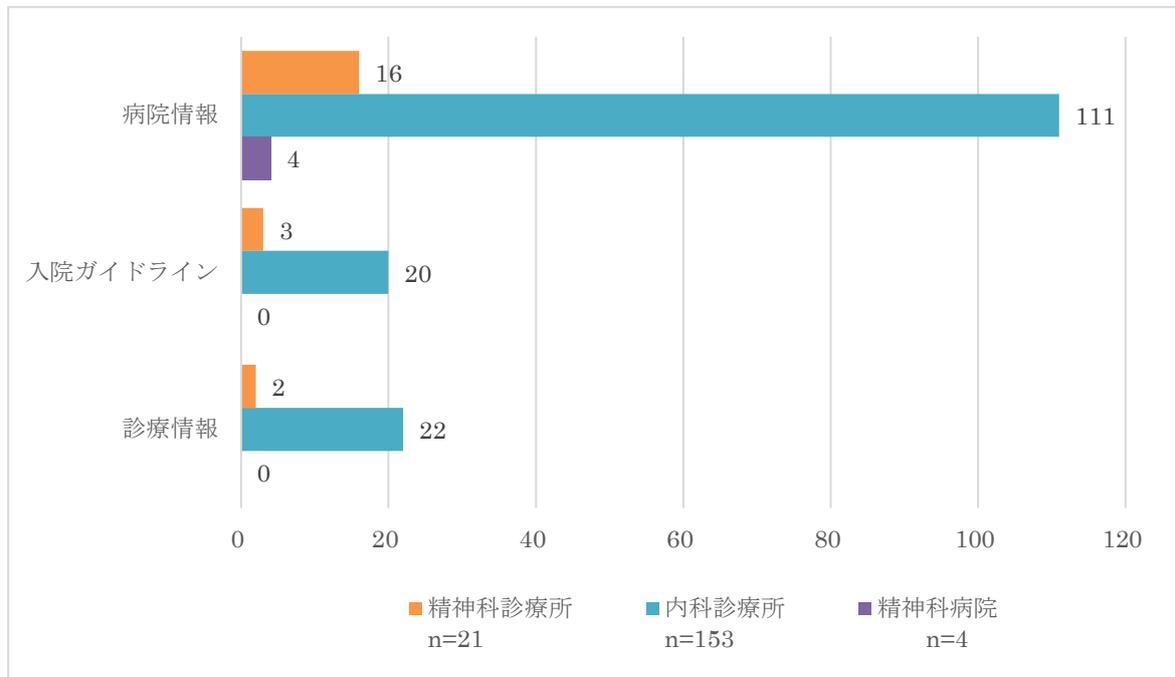


図 22 スムーズな連携に必要なこと（情報提供・共有：複数回答 / 実数）

「新たなシステム」については（図 23）、地域（多機関）連携を求める意見が最も多く、合計 101 件あった。医療機関だけでなく、高齢者福祉施設との連携も含まれている。次いで入院のコーディネート機能を求める「調整システム・連携パス」を求める意見が 40 件であった。

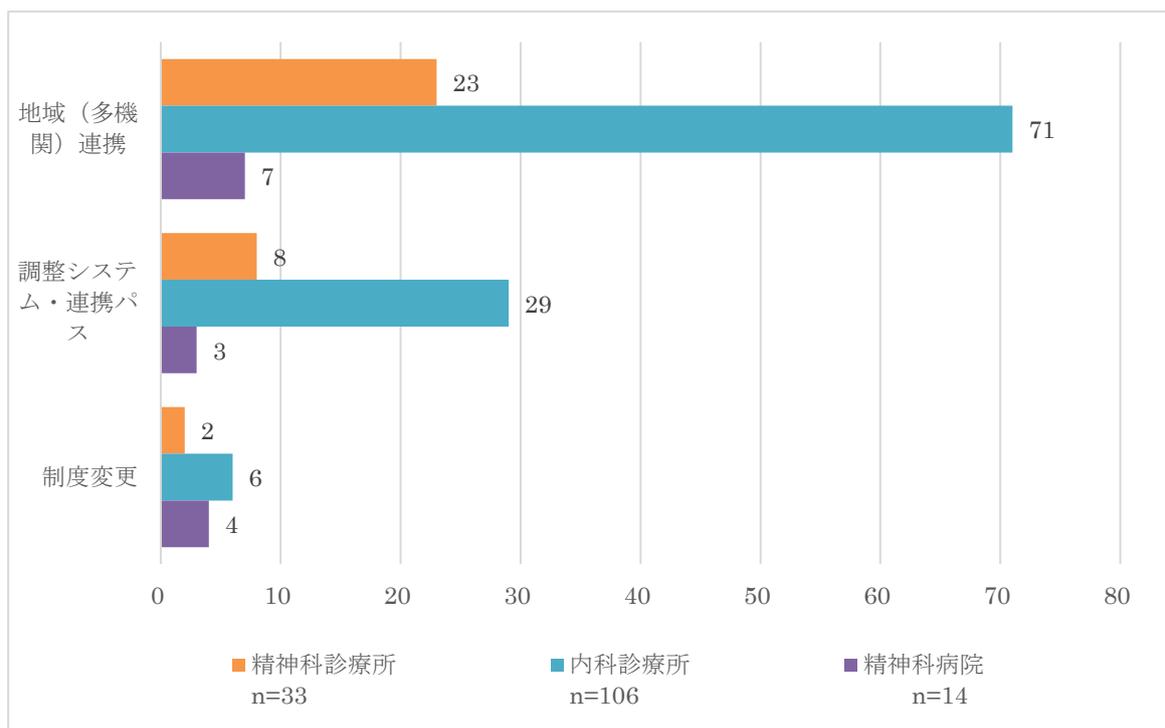


図 23 スムーズな連携に必要なこと（新たなシステム：複数回答 / 実数）

その他の意見は、表 5 のようであった。

表 5 「その他」の記述

精神科診療所	内科診療所	精神科病院
受診協力	認知症専門医療機関が必要	総合病院の機能強化（4）
在宅が基本	施設機能の充実	スタッフ教育（3）
生活課題への対応が大切	地区医師会に期待	病院間連携（3）
	受診協力が必要	認知症専門医療機関が必要
	精神科病院が「認知症専門」と標ぼう	
	生活課題への対応が大切	
	在宅が基本	

Ⅲ. 調査票Ⅱ（ケース調査）結果

Ⅲ-1. 入院前のかかりつけ医、入院時の年齢と性別と器質性精神疾患の回答分類

調査対象は、精神科病院は平成 28 年 6 月に入院したケースで、診療所は平成 28 年 10 月～平成 29 年 9 月までの 1 年間に精神科病院へ入院依頼した器質性精神障害 (F0) を持つ患者である。

精神科診療所ケースは 7 件、内科診療所ケースは 202 件、精神科病院ケースは 203 件で、精神科病院ケースのうち認知症疾患医療センターに指定された病院のケースは 101 件、指定されていない病院のケースは 102 件であった。

精神科病院ケース 203 件の入院前のかかりつけ医 (図 24) は、一般科医療機関が 77 件で最も多く、次いで自院 53 件、精神科診療所は 17 件であった。

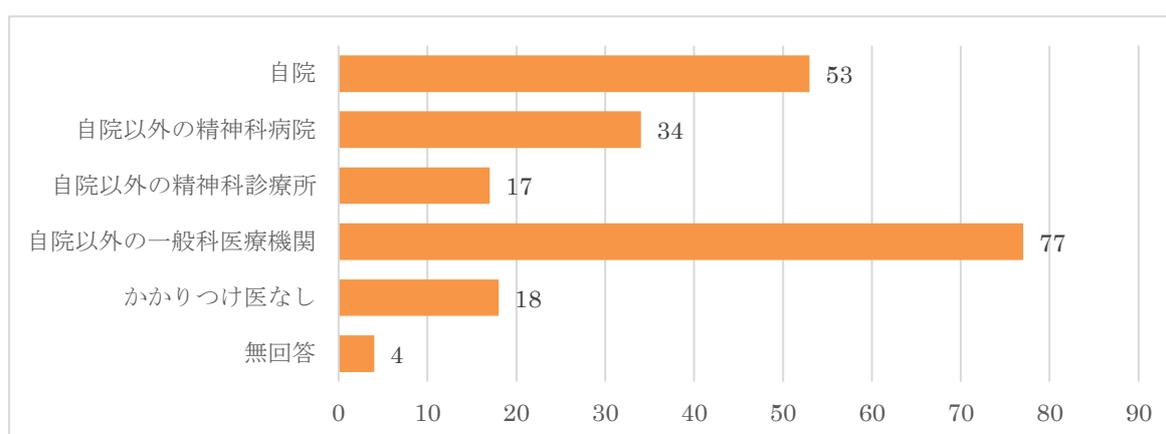


図 24 入院前のかかりつけ医 (精神科病院 N=203)

調査対象ケースの入院時年齢は、平均年齢が 70 歳代後半であった (表 6) 精神科病院の調査ケースでは、59 歳以下の割合が 11% を超え、他の調査ケースよりも若干年齢が若い傾向が見られた。

表 6 調査対象ケースの年齢

6-1 調査対象ケースの入院時年齢

実数	全体				精神科診療所				内科診療所				精神科病院			
	男	女	不明	合計	男	女	不明	合計	男	女	不明	合計	男	女	不明	合計
59 歳以下	16	16	0	32	2	0	0	2	5	2	0	7	9	14	0	23
60 歳以上～64 歳以下	7	6	0	13	1	0	0	1	1	1	0	2	5	5	0	10
65 歳以上～69 歳以下	21	13	0	34	4	5	0	9	7	4	0	11	10	4	0	14
70 歳以上～74 歳以下	26	32	0	58	5	6	0	11	14	14	0	28	7	12	0	19
75 歳以上～79 歳以下	41	56	0	97	6	10	0	16	12	19	0	31	23	27	0	50
80 歳以上	97	136	1	234	9	22	1	32	53	63	0	116	35	51	0	86
不明	3	3	5	11	0	0	3	3	3	3	1	7	0	0	1	1
合計	211	262	6	479	27	43	4	74	95	106	1	202	89	113	1	203

6-2 調査対象ケースの年齢層

	全体	精神科診療所	内科診療所	精神科病院
平均年齢	77.5	77.5	79.4	75.6
最少年齢	31	49	44	31
最高年齢	98	91	98	97
中央値	79	79	81	78

性別は、いずれのケースも女性の割合が多かった（図 25）。特に精神科診療所ケースでは、約6割が女性であった。

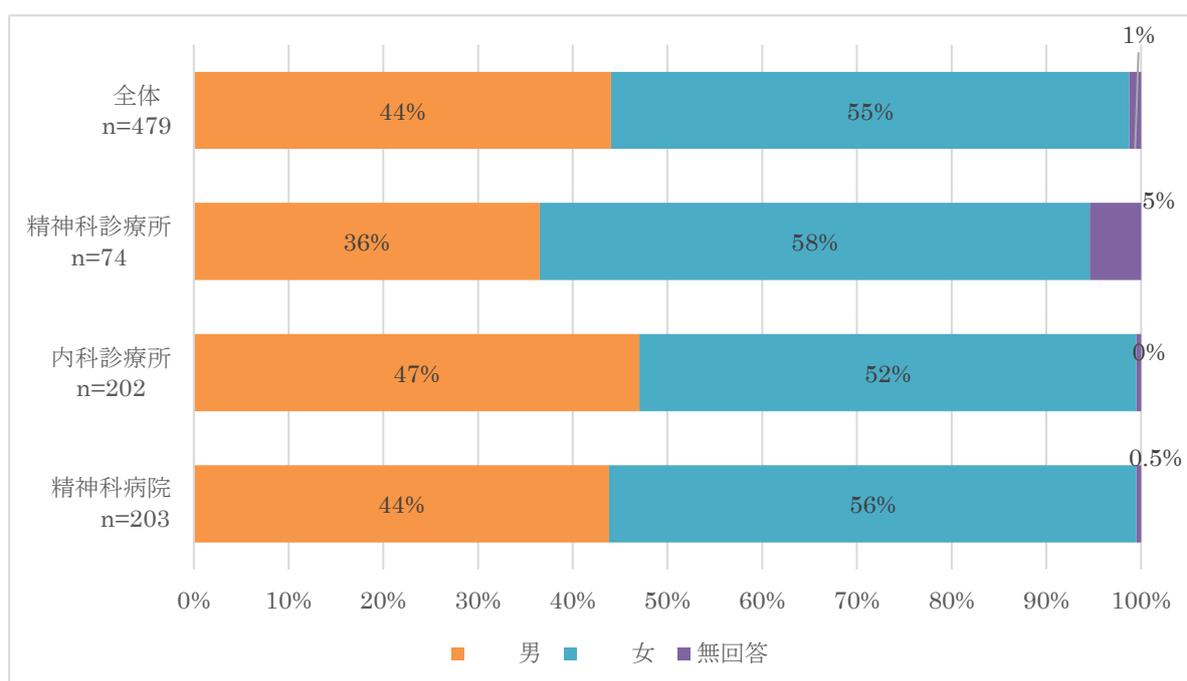


図 25 調査対象ケースの性別

男女別で年齢を見ると、男性（図 26）よりも女性（図 27）は 75 歳以上の後期高齢者が多く、女性は 69～77%、男性は 55～69%を占めた。女性の方が平均寿命が長いことから、当然のことと考えられる。65 歳未満の比較的に若いケースは男性に多く、内科診療所よりも精神科病院と精神科診療所ケースが多かった。

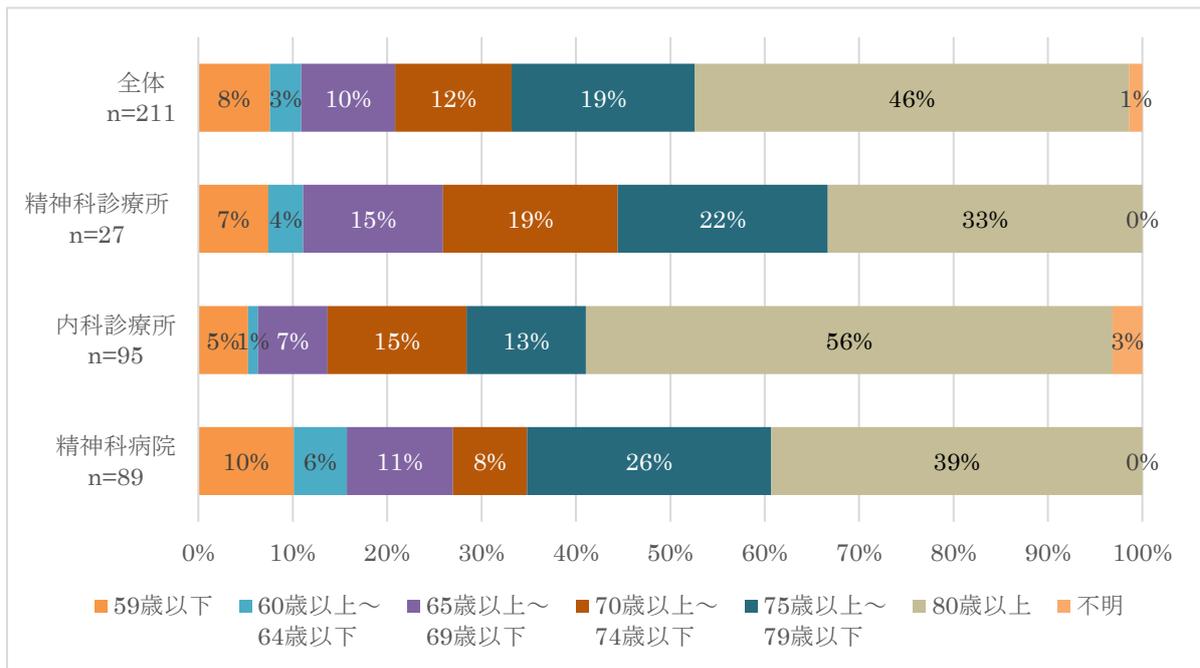


図 26 男性患者の入院時年齢

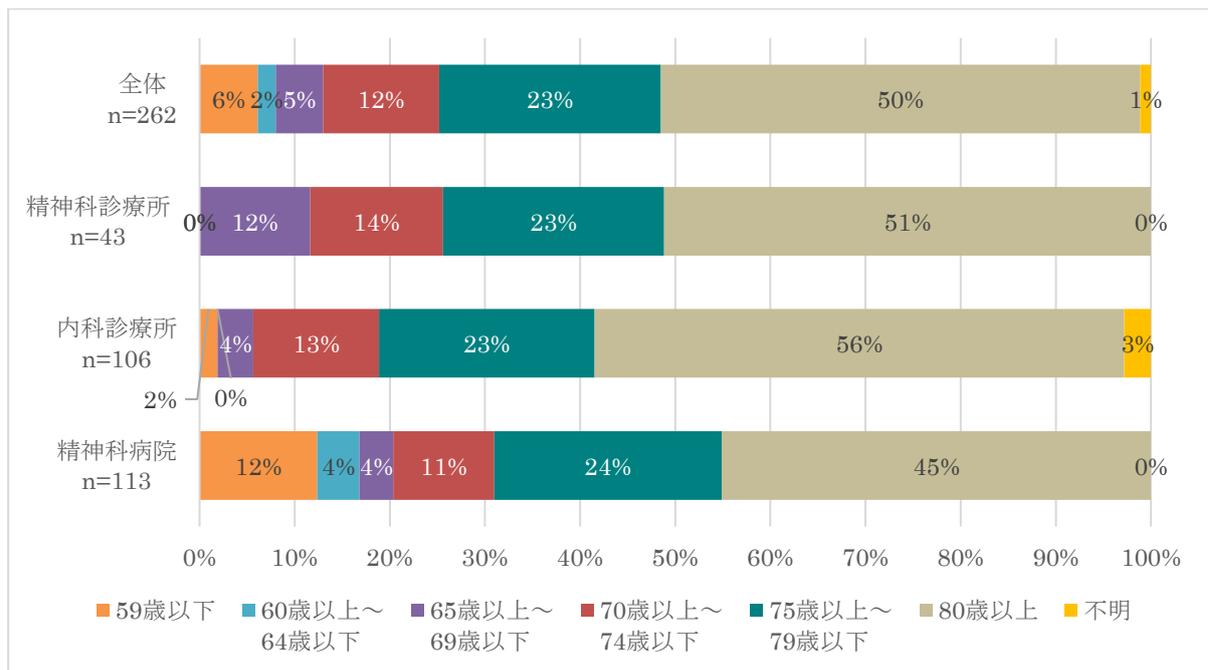


図 27 女性患者の入院時年齢

器質性精神疾患 (F0) の下位分類病名については (図 28)、いずれも「F00:アルツハイマー病の認知症」が最も多く、次いで、「F02:他に分類されるその他の疾患の認知症」が多かった。

「F06:脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害」いわゆる高次脳機能障害は、精神科病院と精神科診療所に 8～10%見られるが、内科診療所では 2%に留まった。

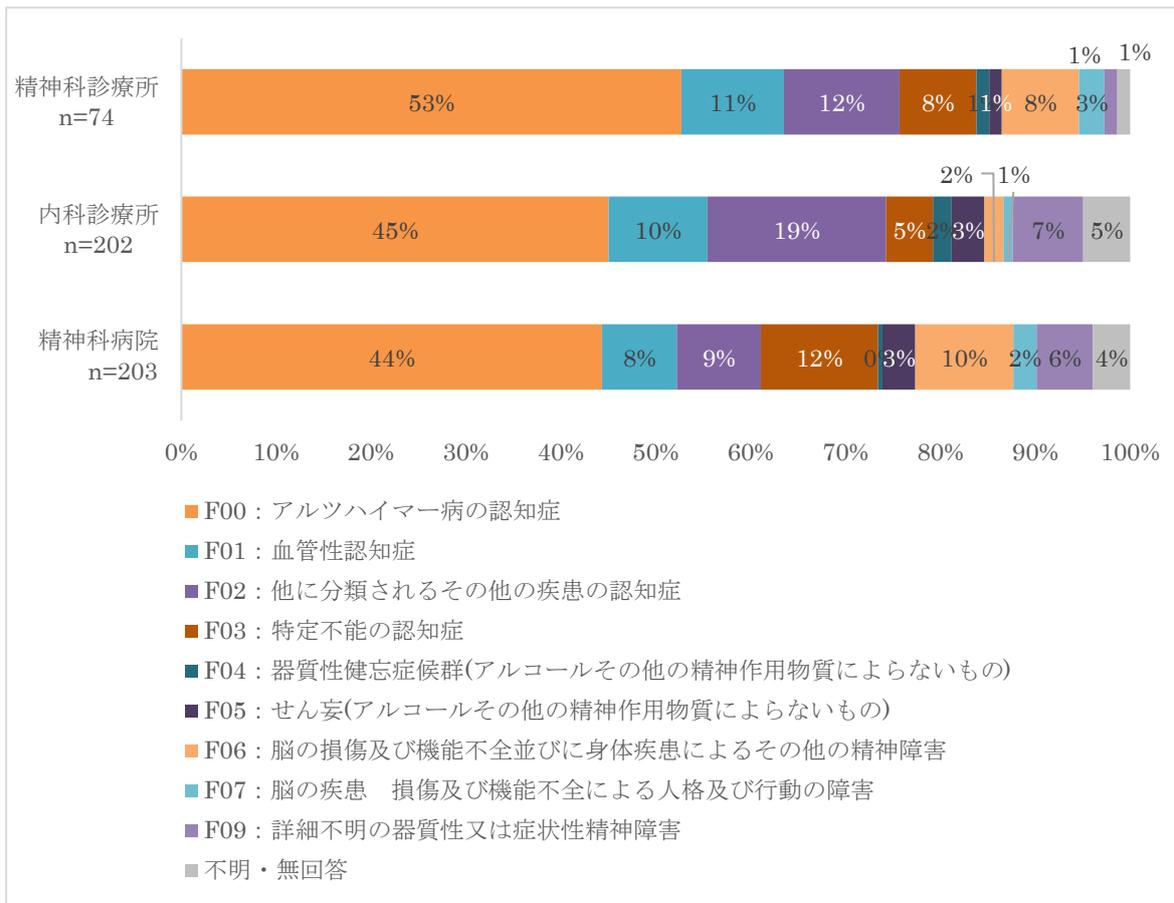


図 28 調査対象ケースの病名（下位分類）

精神科病院の施設調査における 630 調査の F0 疾患の下位分類内訳をみると、調査票Ⅱの精神科病院ケースとほぼ同じ割合であった（図 29）。

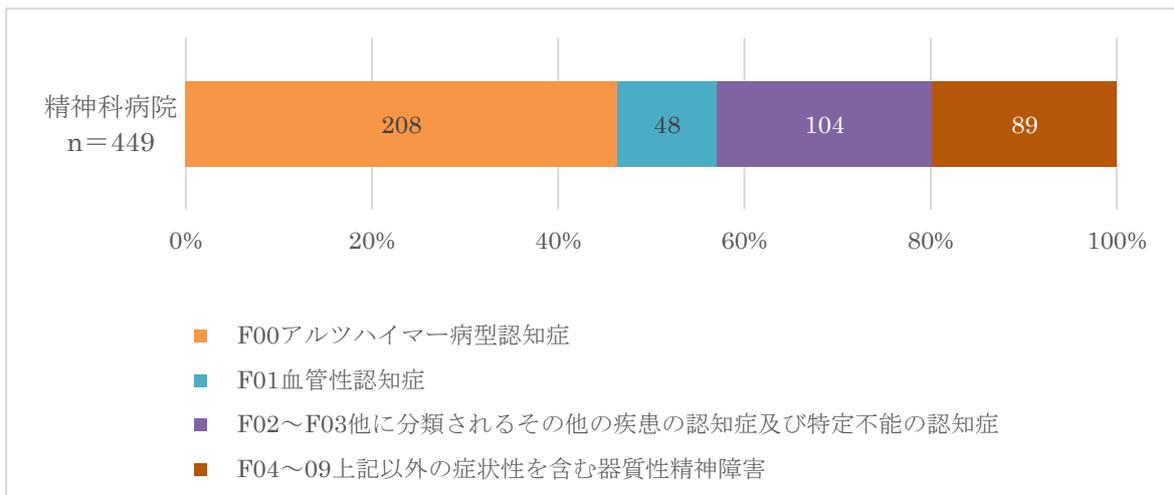


図 29 630 調査個票 16 - ア(精神科病院施設調査)

Ⅲ－２．F0（認知症）と合併するその他の精神疾患

精神科診療所ケースは「合併精神疾患がある」が多く 57%を占めたが、内科診療所は 48%、精神科病院は 33%であった。

認知症疾患医療センター指定の有無で病院ケースを分けてみたが、わずかながら認知症疾患医療センターに指定されているケースのほうが精神疾患の合併が少なかったが、大きな差はなかった。

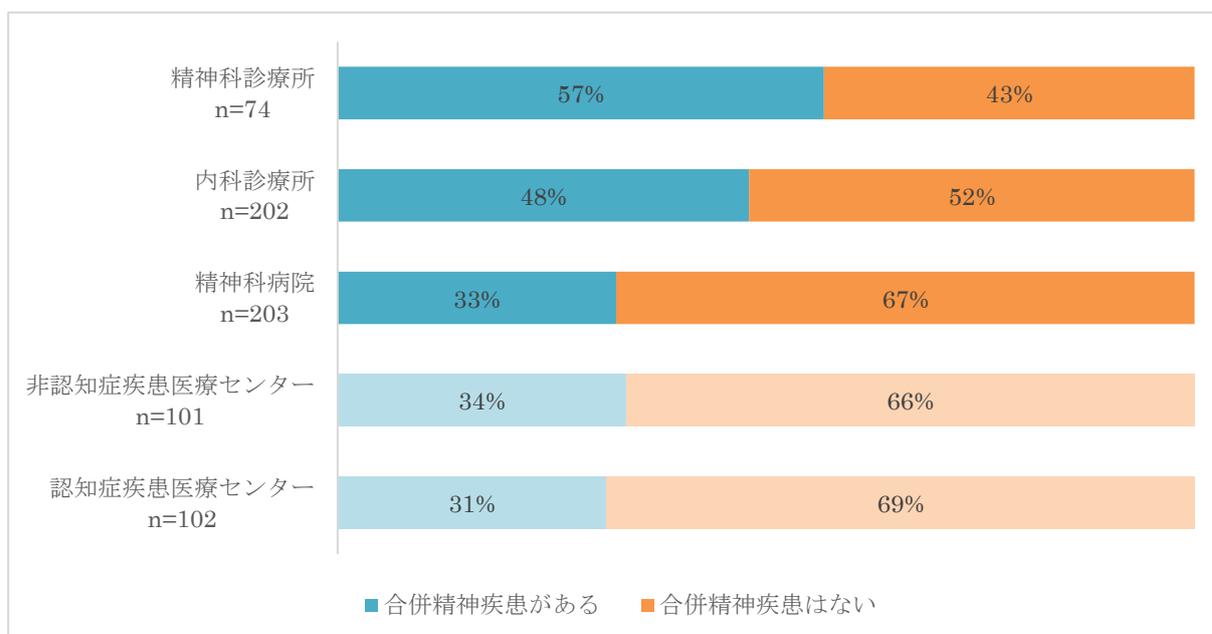


図 30 合併精神疾患の有無

合併精神疾患の内訳は（図 31）、精神科診療所と内科診療所では「F3:気分障害」が最も多く、35%程度を占めていが、精神科病院ケースは「F2:統合失調症」が 30%ともっとも多かった。精神科診療所と内科診療所ケースは、精神科病院ケースに比べ「F1:（アルコール薬物等）精神作用物質による精神及び行動の障害」が多く、21%を占めた。内科診療所は「F5:生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」が 18%を占めた。

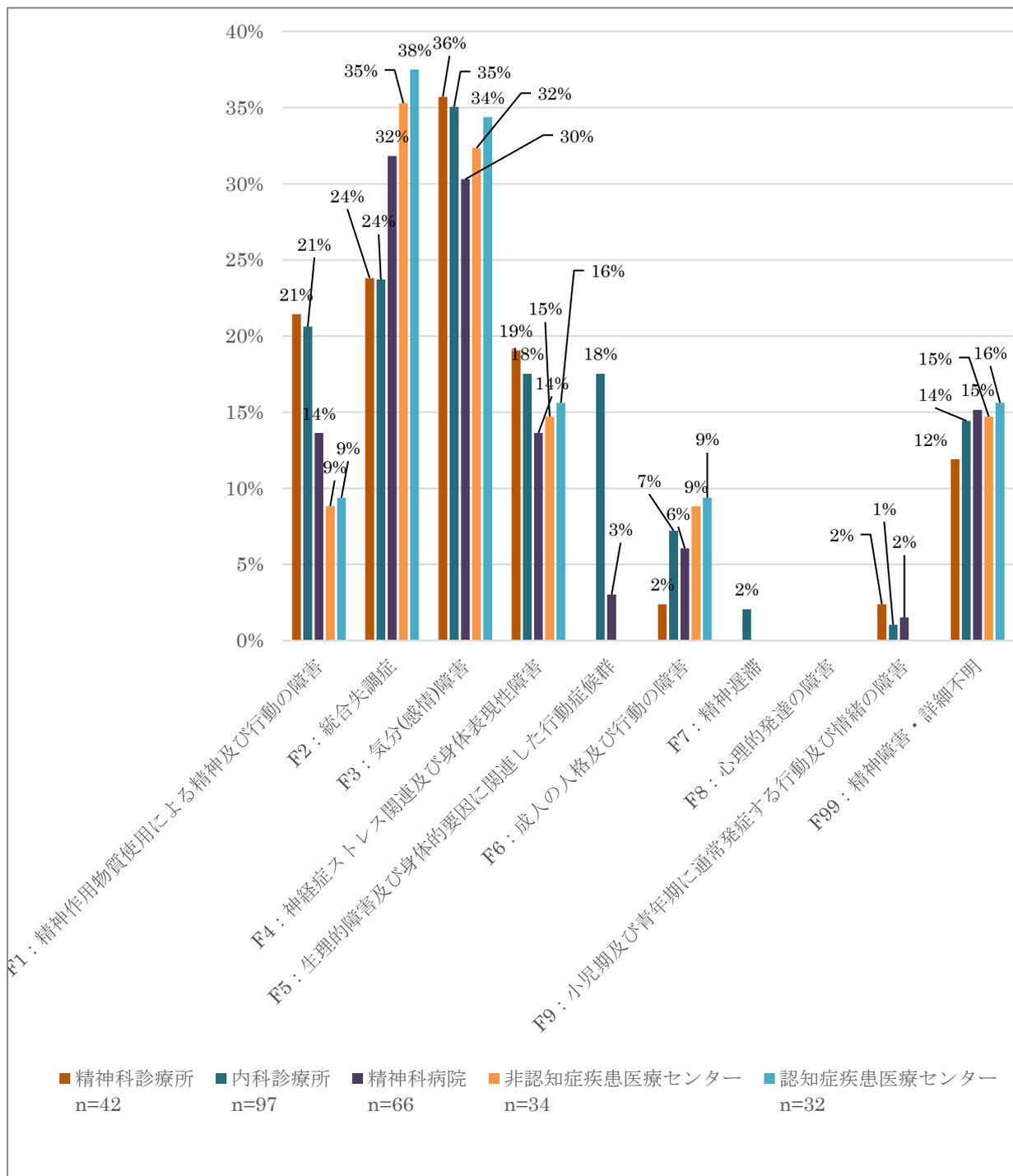


図 31 合併精神疾患の種類（複数回答）

※全対象ケースに対する割合で比較している

Ⅲ－３．精神疾患と合併していた身体疾患の有無

内科診療所ケースの 85%が身体疾患の合併症を持っていたが、精神科病院は 70%、精神科診療所は 51%であった（図 32）。認知症疾患医療センター指定の有無で分けると、認知症疾患医療センターに指定されている病院のケースは 77%に身体疾患の合併があり、指定されていない病院よりも 15%高かった。

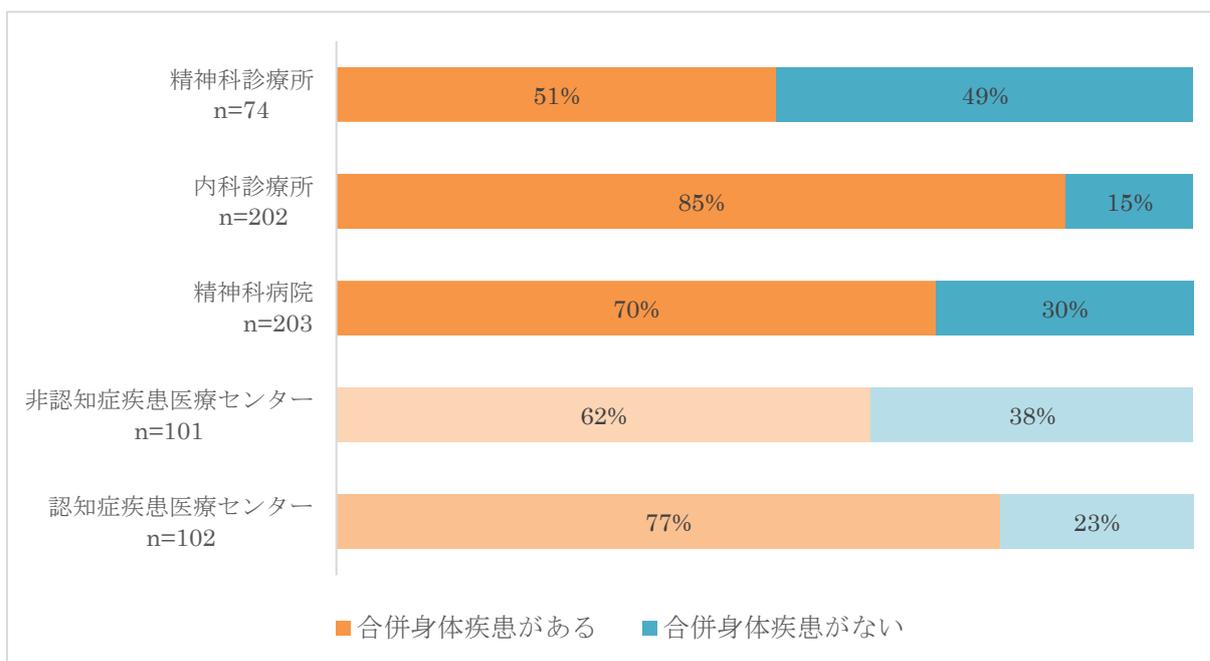


図 32 合併身体疾患の有無

精神疾患と合併していた身体疾患の内訳は図 33 のとおりである。精神科診療所、内科診療所ともに「高血圧」が最も多かった。精神科病院ではそのほかが多かったが、その内訳は下記のとおりである。次いで、糖尿病や高脂質異常等になっている。

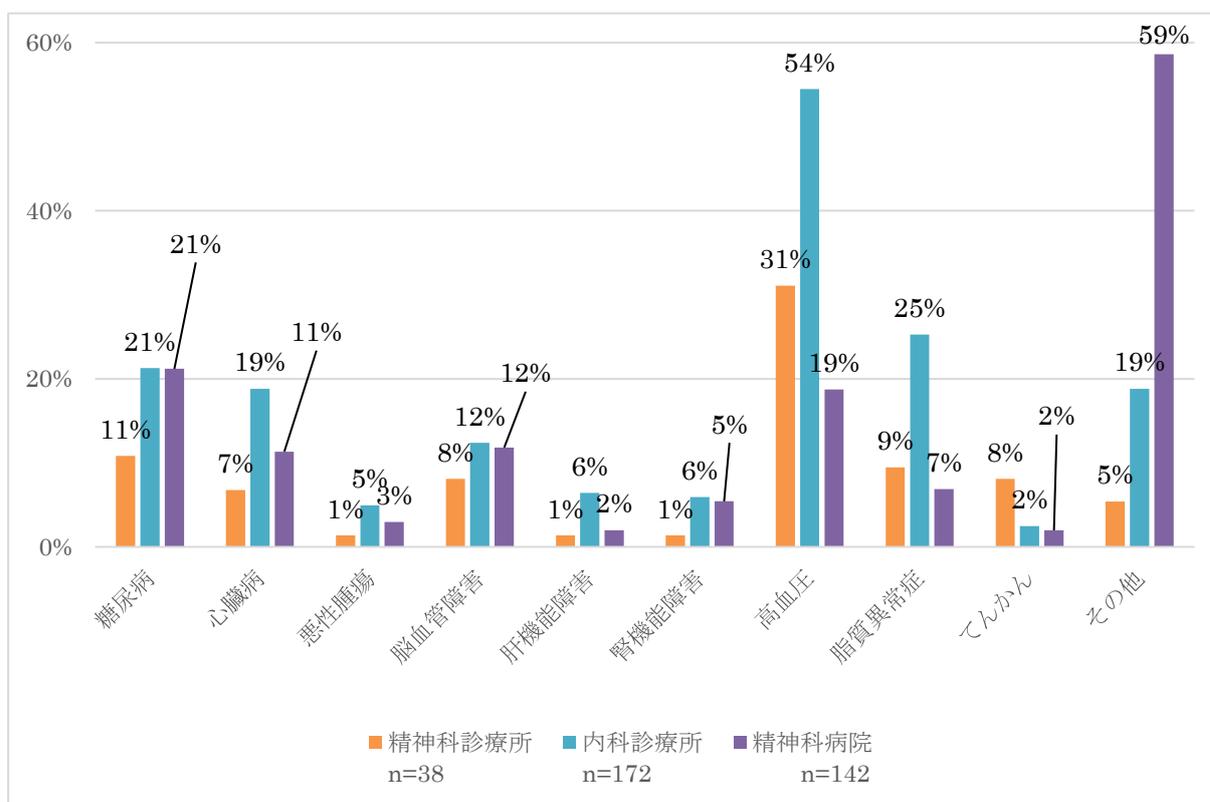


図 33 合併身体疾患の種類（複数回答）

「その他」の回答（精神科診療所 4 票、内科診療所 32 票、精神科病院 110 票）

<精神科診療所> ・眼の疾患 2(網膜剥離、網膜静脈閉塞症)、便秘症、パーキンソン病

<内科診療所>

・整形外科系・・・11(骨粗しょう症、大腿骨骨折、リウマチ性多発筋痛症、腰椎圧迫骨折、下肢閉塞性動脈硬化症)

・内科系・・・6(高尿酸血症、B型肝炎、ビタミンB1・B2欠乏症、骨髄異形成症候群)

・消化器系・・・6(逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア、過敏性腸症候群、慢性胃炎、便秘症)

・眼科系・・・4(緑内障、白内障、左目失明)

・呼吸器系・・・4(間質性肺炎、気管支喘息、誤嚥性肺炎、肺MAC症)

・神経内科系・・・4(パーキンソン病、脊柱管狭窄症)

・脳外科系・・・2(慢性硬膜下水腫、小脳失調)

・泌尿器科系・・・3(前立腺肥大、膀胱炎)、仙骨部褥瘡、めまい症、不明・・・各1

<精神科病院>

・内科系・・・31(貧血、鉄欠乏貧血、低Na血症、甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、結核、腰椎カリエス、MRSA感染症、低栄養、脱水症、痛風、高尿酸血症、高コレステロール血症、HCV、SLE、シェーグレン症候群、自己免疫性肝炎、尿路感染症)

・整形外科系・・・17(大腿頸部骨折、ヘルニア、腰椎圧迫骨折、リウマチ、骨粗しょう症、右下肢壊死性筋膜炎、右膝関節痛、腰痛症、筋肉痛)

・消化器系・・・14(胃潰瘍、逆流性食道炎、逆流性胃腸炎、イレウス、大腸憩室出血、便秘症、痔核)

・呼吸器系・・・11(気管支喘息、肺炎、COPD、睡眠時無呼吸症候群)

・眼科系・・・7(白内障、緑内障、加齢性黄斑変性症、左側共同偏視)

・泌尿器科系・・・6(膀胱炎、神経因性膀胱、尿閉、前立腺肥大症(ope後))、

・脳外科系・・・6(ウェルニッケ脳症、水頭症、髄膜炎後、特発性頸髄硬膜外血腫術右、脳表へモジゲリン沈着症、慢性硬膜下水腫)

・神経内科系・・・5(脊柱管狭窄症、Fahr病、多発性神経炎、パーキンソン病)

・深部静脈血栓症、胆管炎、胆嚢全摘術後、混合型結合組織病、子宮筋腫、膿痂疹性湿疹、水疱性類天疱瘡、歯状核赤核淡蒼球ルイ体委縮症、・・・各1

Ⅲ-4. 入院直前の生活場所

入院直前の生活場所が「自宅」であるケースは、精神科診療所は92%と圧倒的に多かったが、内科診療所は74%、精神科病院は58%であった(図34)。認知症疾患医療センター指定の有無で分けると(図35)、認知症疾患医療センターに指定されている病院のケースは、自宅から入院したケースが51%に留まり、一般科病院入院中で転院してきたケースが26%と他の調査ケースに比べて多いことが分かった。

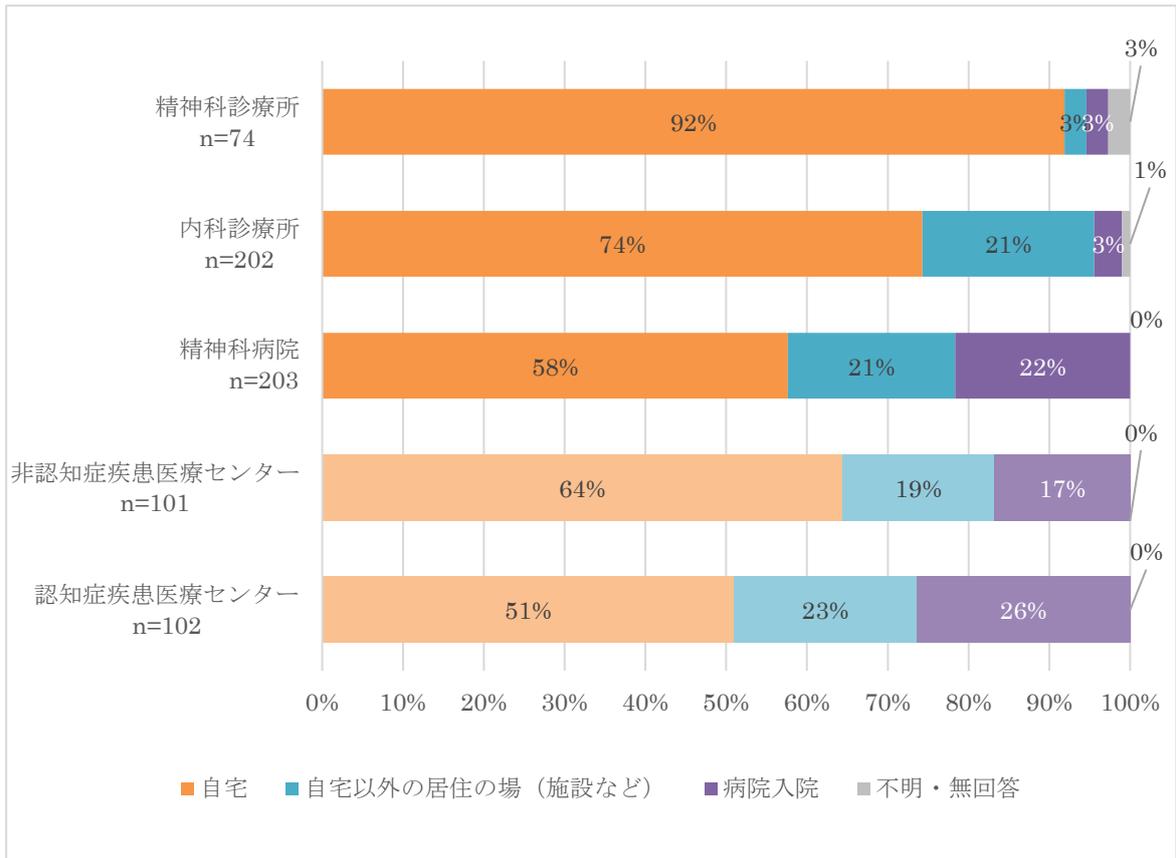


図 34 入院直前の生活の場 (認知症疾患医療センター含む)

※病院入院：一般科及び精神科病院／病棟

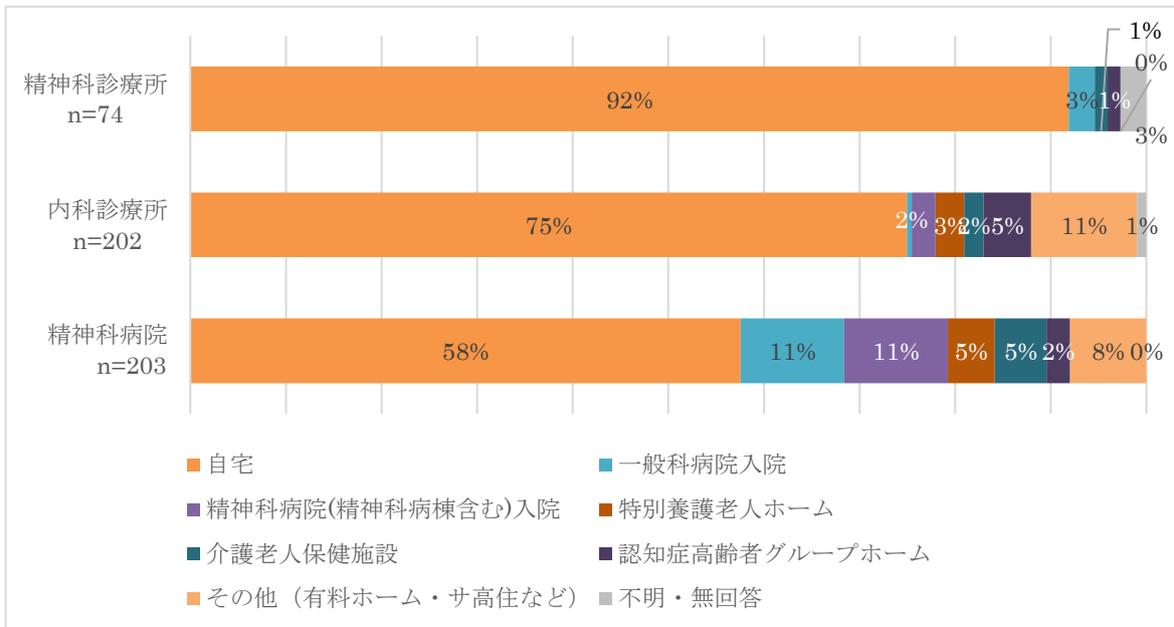


図 35 入院直前の生活の場

※「その他」はショートステイ 4、小規模多機能施設等、養護老人ホーム、住宅型有料老人ホーム

Ⅲ－５．入院した病院と依頼元医療機関等の日頃の連携状況について

精神科診療所ケースの依頼先は 9 割以上が日ごろから連携のあった病院なのに対し、内科診療所ケースの依頼は 6 割程にとどまり、4 割近くが日ごろからの連携のない病院であった（図 36）。精神科病院のケースでは 4 割強が日頃からの連携している機関からの依頼であった。認知症疾患医療センター指定の有無で分けてみたところ、認知症疾患医療センターに指定されている病院のケースは半数以上が連携のあるところからの依頼であったのに対し、認知症疾患医療センターに指定されていない精神科病院は 3 割程に留まり、不明・無回答が多かった。

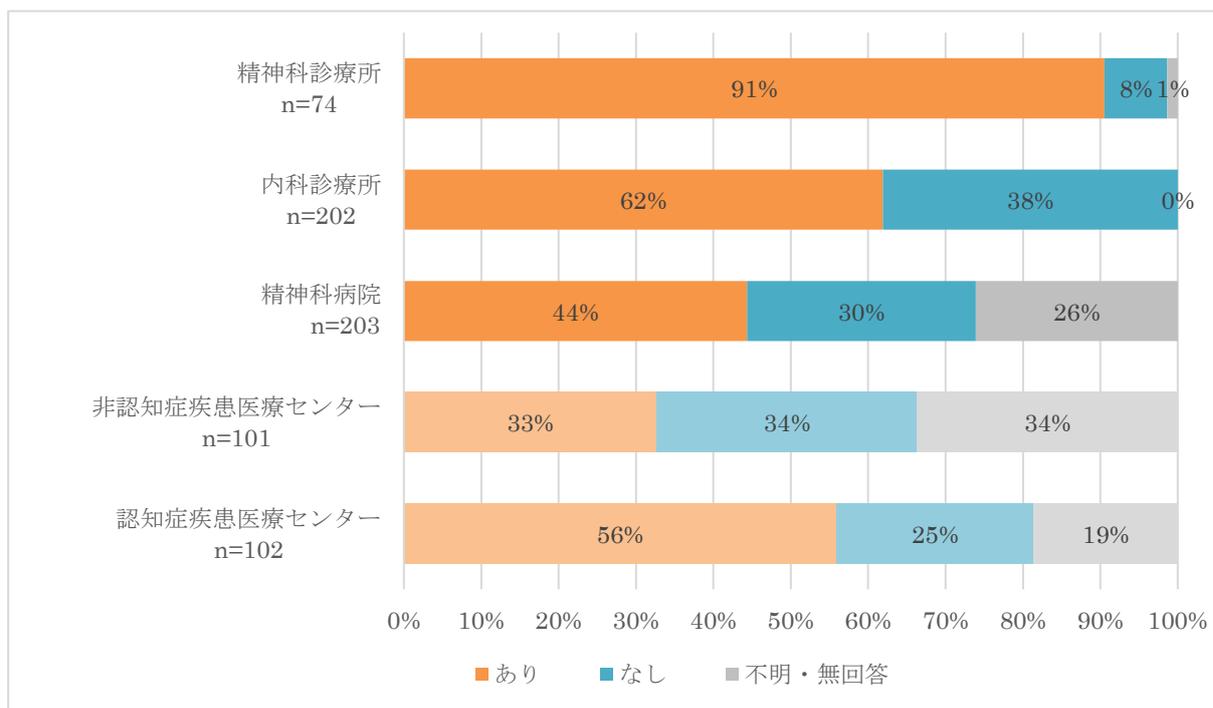


図 36 依頼元/依頼先との日頃の連携

Ⅲ－６．今回の入院の理由

どの医療機関調査も、ほとんどのケースで入院理由についての回答を得た（表 7）。

表 7 調査対象ケースの入院理由

	精神科診療所	内科診療所	精神科病院
回答あり	70	193	203
回答なし	4	9	0
	74	202	203

入院理由は、「幻覚・妄想」が最も多く合計 154 件、次いで、「奇声・迷惑行為」126 件、「暴力・器物破損」115 件、「徘徊」102 件が多いが、「介護者の問題」91 件も少なくなかった（図 37）。その他として、身体の問題や摂食障害、アルコールの問題やその他の精神症状、介護上の困難など多くの問題が上がった。

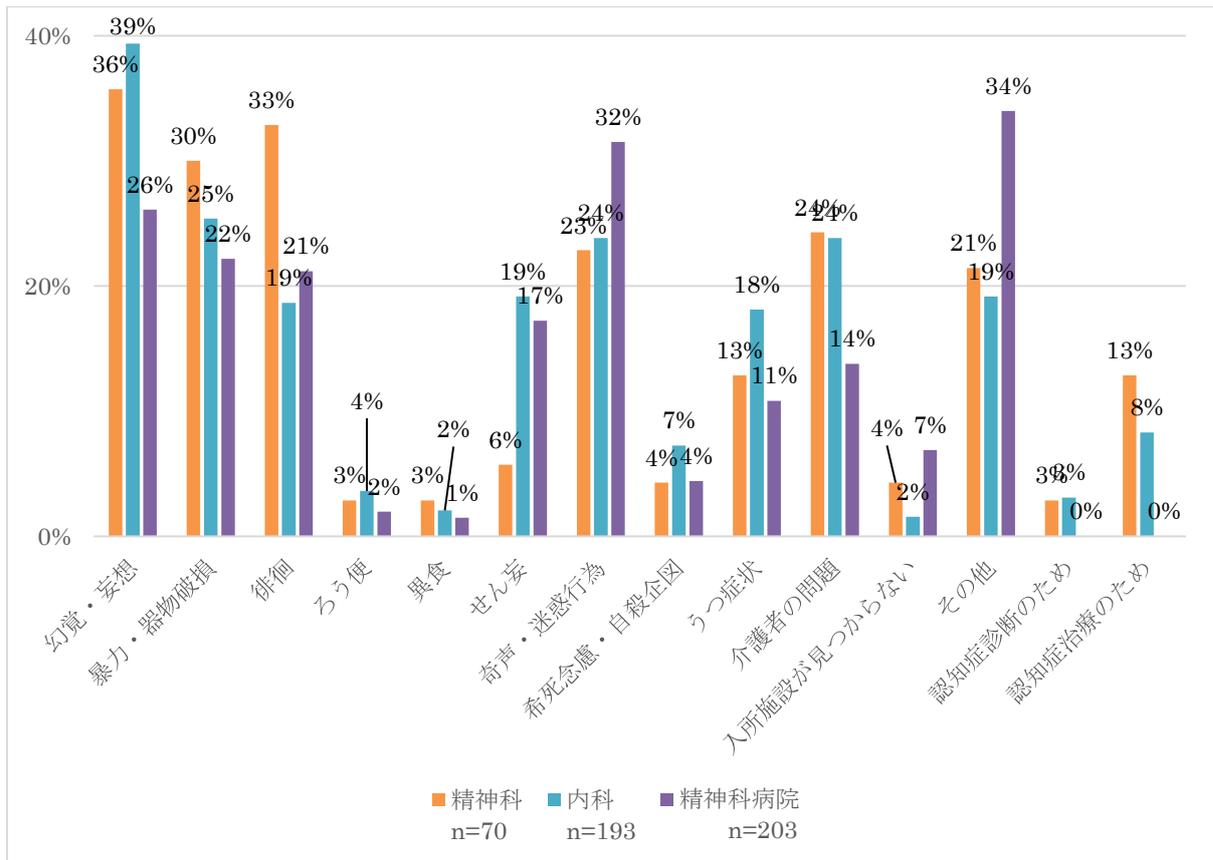


図 37 入院の理由（複数回答）

「その他」の回答（精神科診療所 15 票、内科診療所 37 票、精神科病院 69 票）

<精神科診療所>

- ・不安、焦燥感・・・3、 ・情動不安定、 ・多動脱抑制、 ・躁状態、 ・退行
- ・亜昏迷状態、 ・圧迫骨折の治療、下肢の浮腫
- ・食欲不振、るいそう、 ・尿失禁状態観察、血圧コントロール、断酒のきっかけづくり
- ・アルコール連続飲酒による低栄養脱水状態、食事摂取不可能、 ・断酒、 ・薬物調整
- ・仕事や生活面を行き詰りを感じた患者自身が突然救急隊に連絡して入院となった。

<内科診療所>

- ・介護困難・・・9(全身皮膚のかきこわし、転倒、易転倒、金銭管理の問題、服薬・食事・入浴の拒否、老人・独居・酒害・食事、転倒して動けなくなったため、介護拒否)
- ・摂食の問題・・・9(拒食、摂食障害、低栄養、食欲不振、摂食不能)
- ・身体合併・・・7(大腿骨骨折・統合失調症・認知症、尿路感染症、褥瘡悪化、意識障害精査、てんかん様症状、パーキンソン病専門治療、膵臓病疑い)
- ・その他の精神症状・・・4(躁状態、脱毛、不眠)
- ・興奮・・・4(易怒性・激昂 (2)、「家に火をつける」と脅す、介護者への攻撃、興奮)
- ・当院は食事療法が困難のため、 ・独居で家族遠方のため通院治療困難、 ・内服の拒否

<精神科病院>

身体の問題・・・身体リハビリ希望、感染症、意識障害、身体的不定愁訴、合併症転院の戻り

発熱を繰り返す、吐血、けいれん発作後、経過観察のため、薬物調整、身体リハビリ、不眠(4)、
大腿骨骨折手術のため、子宮体癌手術のため、CVポート造設のため、2日間発作後のもうろう
状態

摂食の問題・・・食欲不振(7)、偏食、食物認知の低下

その他の精神症状・・・認知機能の低下(3)、見当識障害(3)、医療拒否(経管栄養の自己抜
去等)、介護拒否、不穏、興奮、易怒性、暴言

その他・・・ADL低下、アルコール問題、電気けいれん療法目的のため(2)

認知症疾患医療センターの指定の有無でも分けて、調査医療機関ごとの入院理由の違いを見て
みたところ(図38)、精神科診療所では「幻覚・妄想」「徘徊」「暴力・器物破損」の順で多く、内
科診療所では「幻覚・妄想」「暴力・器物破損」「奇声・迷惑行為」「介護者の問題」が多かった。

認知症疾患医療センター指定病院に入院したケースでは、「奇声・迷惑行為」「幻覚・妄想」「徘
徊」が多く、認知症疾患医療センターに指定されていない病院では、「奇声・迷惑行為」「幻覚・妄
想」「暴力・器物破損」に次いで「せん妄」が多かった。診療所からの依頼ケースには認知症治療
や認知症診断目的であるものが含まれていた。精神科病院は、「その他」の回答も多いが、その中
身は身体症状の問題や摂食の問題、認知機能の低下や、医療介護の拒否や介護困難な精神症状な
どであった。

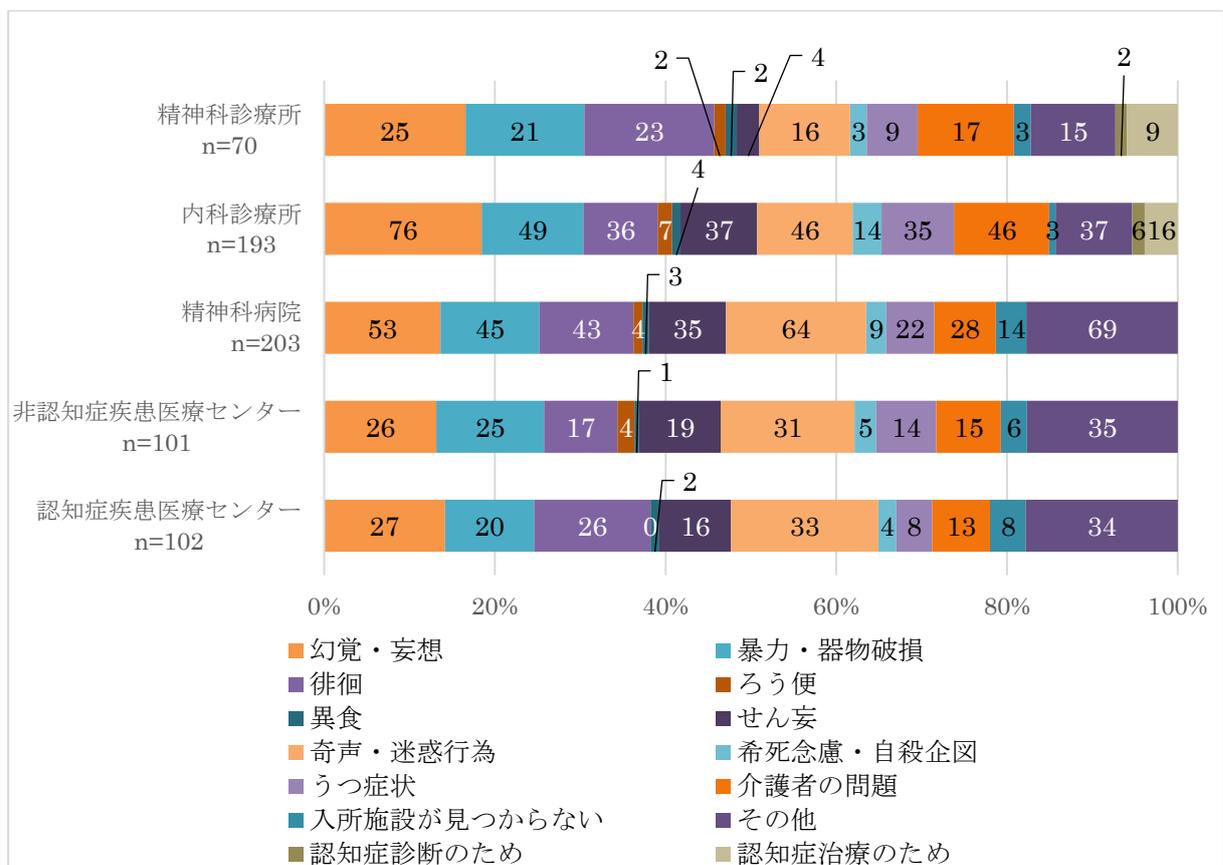


図 38 調査機関ごとの入院理由 (複数回答)

入院前の生活の場ごとに分けてみると（図 39）、自宅の場合は「幻覚・妄想」が一番多く、次いで「徘徊」「介護者の問題」「その他」「奇声・迷惑行為」と続く。一般科病院は「奇声・迷惑行為」が多く、精神科病院に入院したケースは「その他」に次いで「入所施設が見つからない」が多い。施設系では「奇声・迷惑行為」と「暴力・器物破損」が多い。

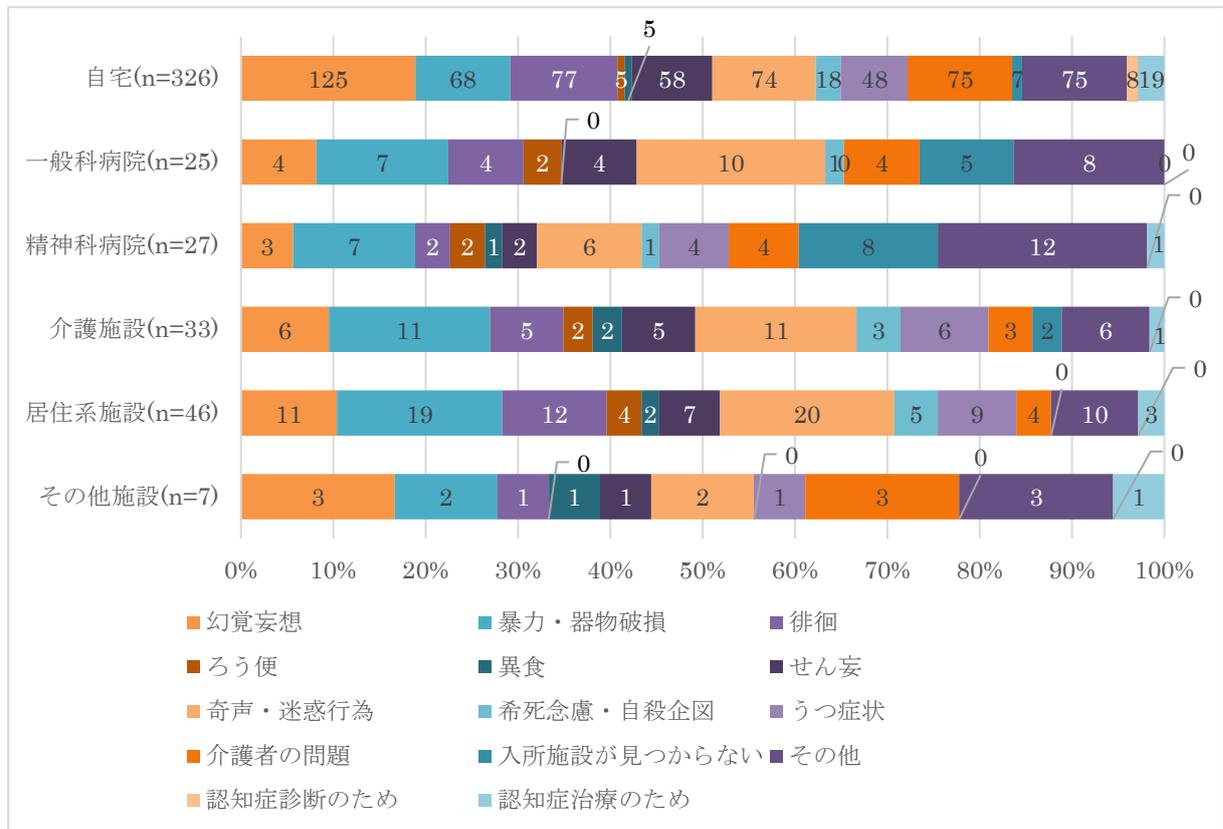


図 39 入院前の生活の場と入院理由

※一般科病院・精神科病院：病棟含む

介護施設：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設

居住系施設：介護付き有料老人ホーム、認知症グループホーム、サービス付き高齢者住宅など

その他施設：ショートステイ、小規模多機能施設等、養護老人ホーム、住宅型有料老人ホーム

Ⅲ-7. 転帰

調査時点での調査ケースの転帰は、いずれも「自宅へ」が戻っているのは全体の25%前後に過ぎなかった（図 37）。精神科病院ケースは、6月に入院し11月末以降に回答しているため、入院から6か月前後経過している。診療所ケースは入院直後から一年までが混在している。

精神科診療所及び内科診療所から入院紹介されたケースでは、もともと自宅で生活していたケースが8割であったことを考えると、精神科病院への入院後に自宅へ戻るが大変困難な様子が見えらる。精神科診療所・内科診療所は不明も多く、それぞれ23件（31%）、50件（25%）については、転機が不明または無記入で把握できなかった。精神科病院ケースは転帰のわかっているケースが98%であった。

認知症疾患医療センター指定の有無で比較すると、指定を受けている病院のほうが自宅以外の施設などの居住の場に移られたケースの割合が2倍近くあり、全体の27%に上った。

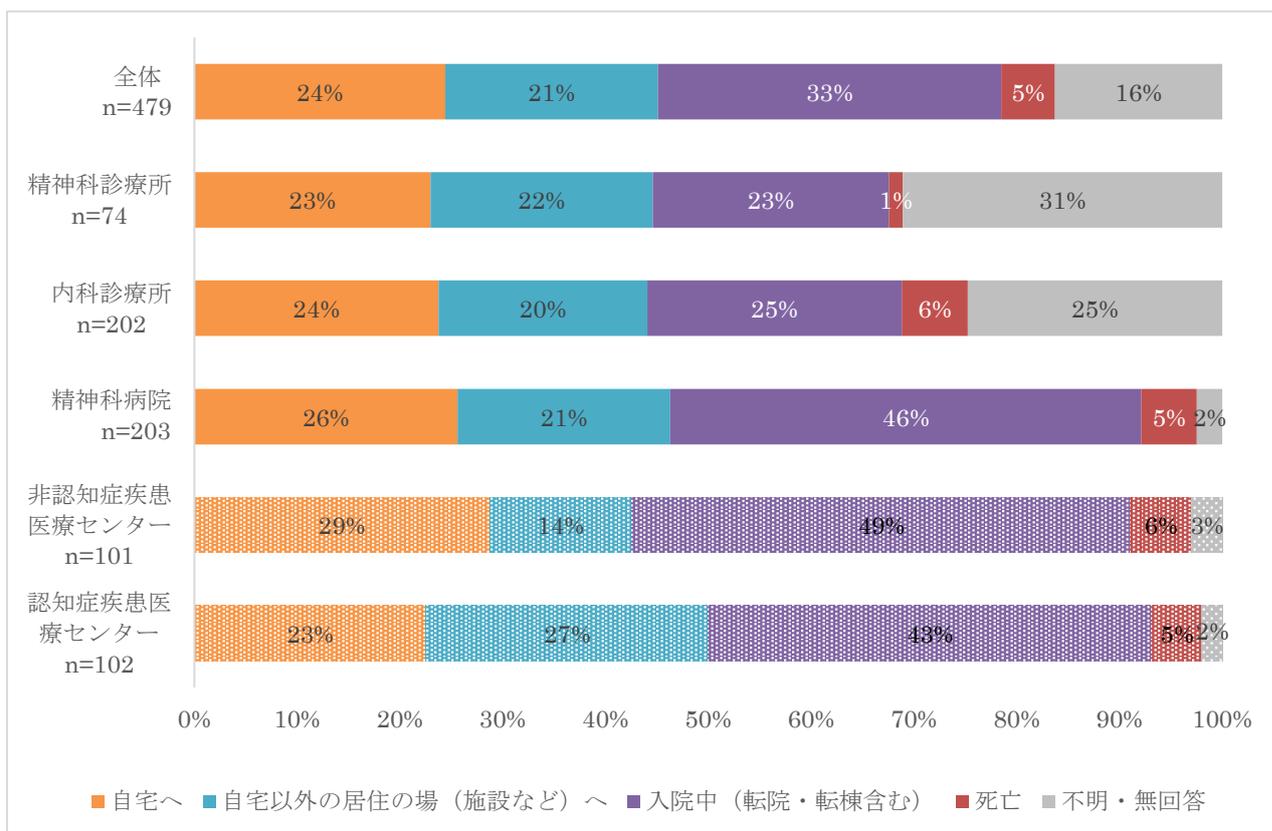


図 40 退院後の転帰

自宅以外の居住の場の内訳をみると（図 41）、診療所のケースでは介護付き有料老人ホームが最も多く、次いで精神科診療所では特別養護老人ホーム、内科診療所では介護老人保健施設であった。精神科病院のケースでは、特別養護老人ホームが最も多く、次いで介護付き有料老人ホームであった。

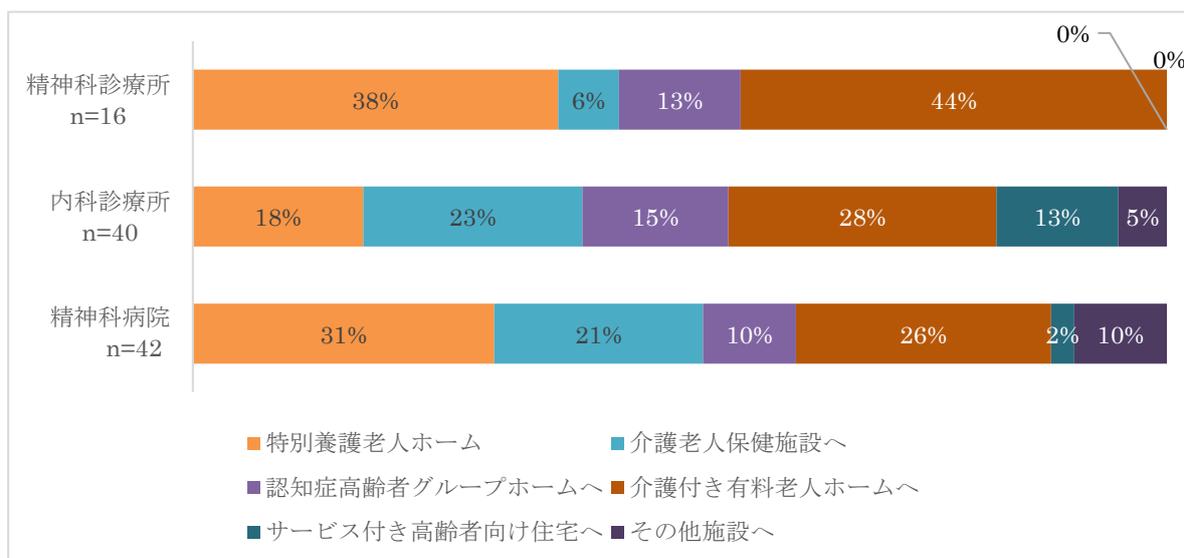


図 41 自宅以外の居住の場（施設など）内訳

その他施設

<内科診療所>

ショートステイ・・・2、小規模多機能

<精神科病院>

住宅型有料老人ホーム・・・2、養護老人ホーム、申込みをしている施設、不明

調査時点の転機において、引き続き入院中の内訳を見ると（図 42）、圧倒的に同病院の精神科病棟が多かった。内科診療所ケースについては、他の精神科病院への転院も 38%と多かった。

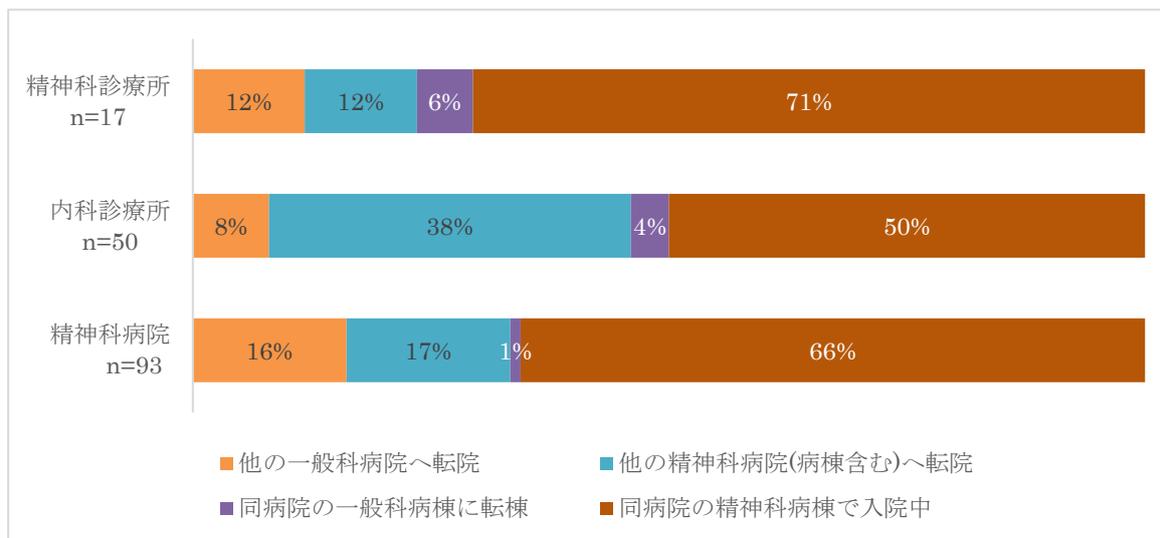


図 42 入院中（転院・転棟含む）内訳

入院前の居住場所ごとに転帰をしてみる（図 43）と、自宅から入院して自宅に帰れるのは約 1/3 であった。精神科病院から転院してきたケースは、精神科病院に入院中であるケースが 7 割である。一般病院から転院してきたケースも、精神科病院入院中のケースが多く 4 割を占めていた。

一方、居住系施設からのケースの半数強、介護系施設からの半数弱は、それぞれ同じカテゴリーの施設に戻っていた。

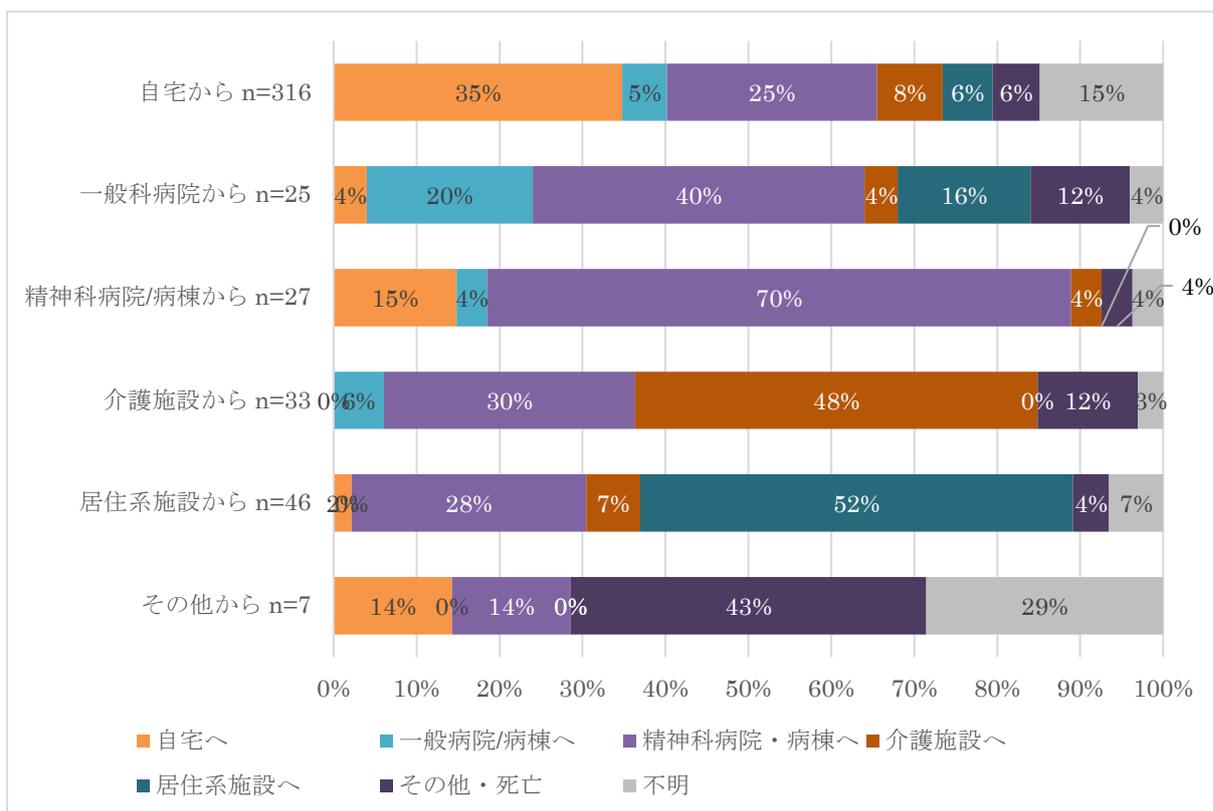


図 43 入院直前の居住の場と転帰

Ⅲ－ 8. 入院先の選定や、入院時に困ったことについて

精神科診療所は 4 割以上の 31 ケースで困ったことがあったと回答したが、内科診療所は 25% の 51 ケースにとどまった (図 44)。一方、精神科病院ケース調査では、受け入れ～入院中～退院時に困ったことがあったら自由記載してもらった形式を取ったため、受け入れ時の困難ケースが記載されたケースは 5%にとどまった。

困難な内容について自由記載は、精神科診療所及び精神科病院ケースでは精神症状が重いため受け入れ先を探すことに難航したケースが多く、内科診療所では「すぐに入院対応できなかった」「身体疾患が原因で受け入れが難航した」が多かった (図 45)。精神症状の内容は、アルコールや若年性認知症などもみられた。家族の理解が得られない、病状と言うより家族の介護力不足での入院のため受け入れ先が見つからないなどの問題もみられた。

具体的な記載内容からは、入院直前には、事件に発展しかねないような暴力や迷惑行為が繰り返されていたケースもあり、警察介入による強制入院をさせざるを得ない状況も起こっていることがわかった。

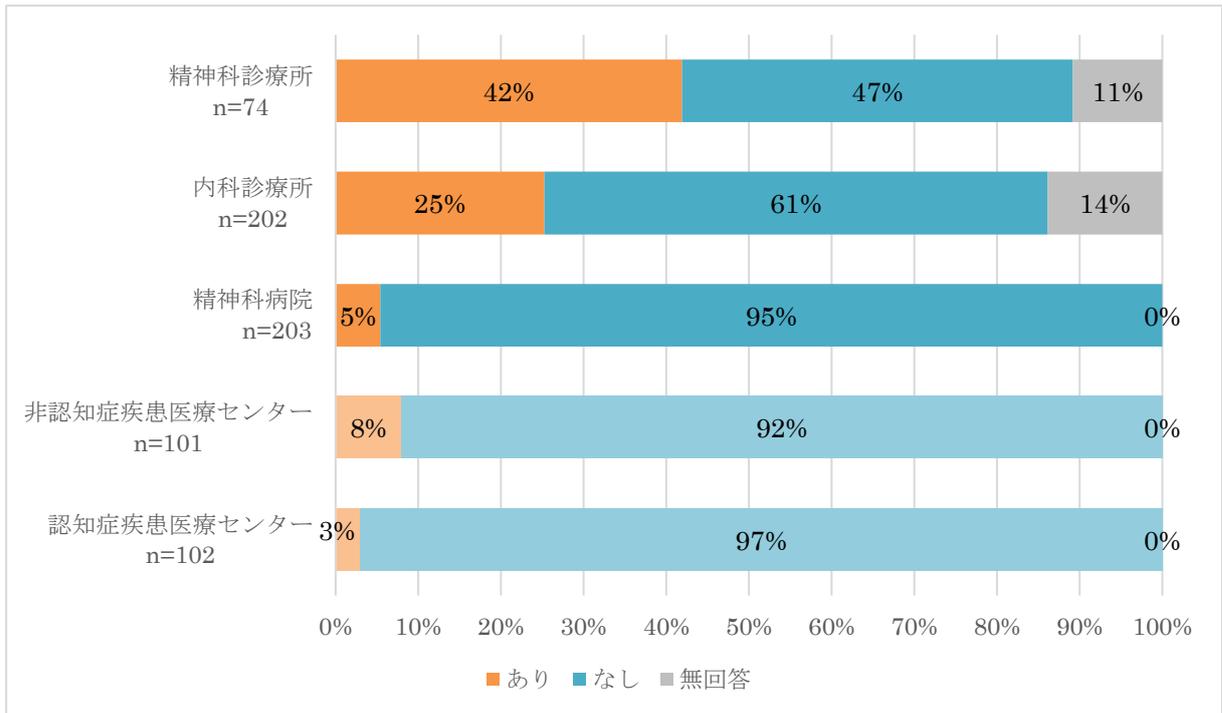


図 44 困ったことの記載の有無 (入院時)

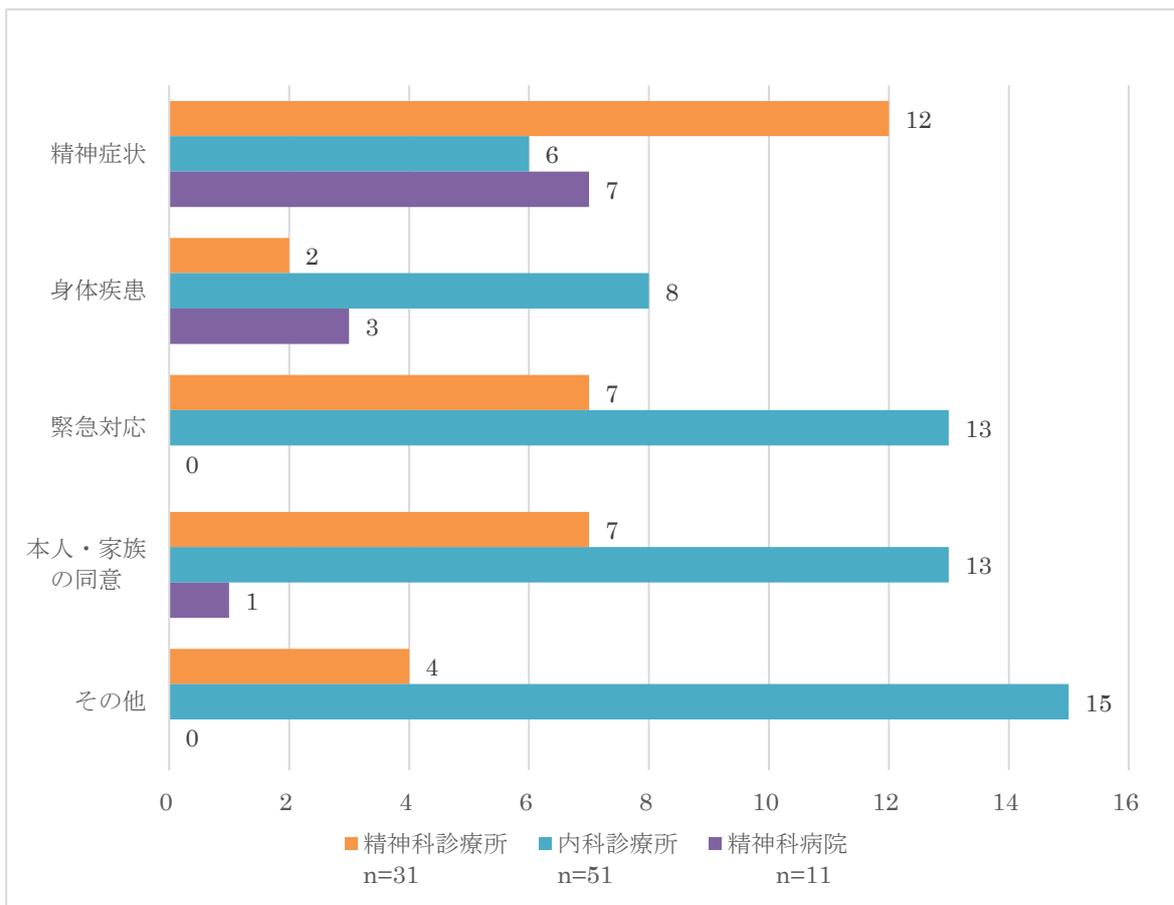


図 45 入院時に困ったこと (自由記載から複数抜粋 複数回答 / 実数)

その他

<内科診療所>

家族の疲弊

精神科かかりつけ医と関係が悪かった

差額ベッド代が高い

生保のため受け入れ難しい

認知症疾患医療センターの介入、アウトリーチサービスを受けた

精神科診療所をいったん受診して、入院判断と入院先選定をしてもらった

緊急ショートを利用し、その間に入院先を選定してもらった

<精神科療所>

病識が無い

最寄りの総合病院が受けてくれない、受け入れ先がない

患者が自分で入院先を決めてきた

Ⅲ-9. 退院先の選定や、退院時に困難なことについて

回答したのは、精神科診療所・内科診療所ともに10%程度、精神科病院ケースは5%にとどまった(図46)。困難な内容について「家族の拒否や介護能力の不足」と精神症状に関わるが多く、「身体合併症に対する対応」や「連絡がない」などが挙げられた。

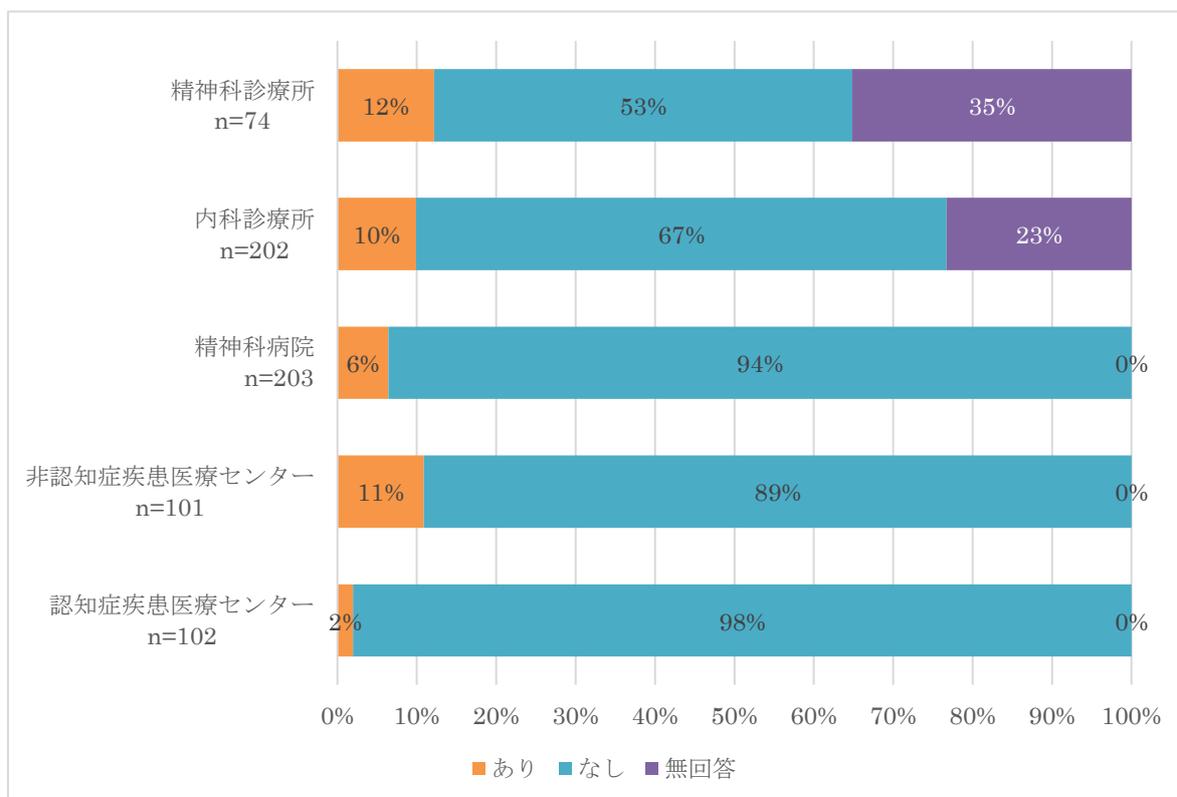


図 46 困ったことの有無 (退院時)

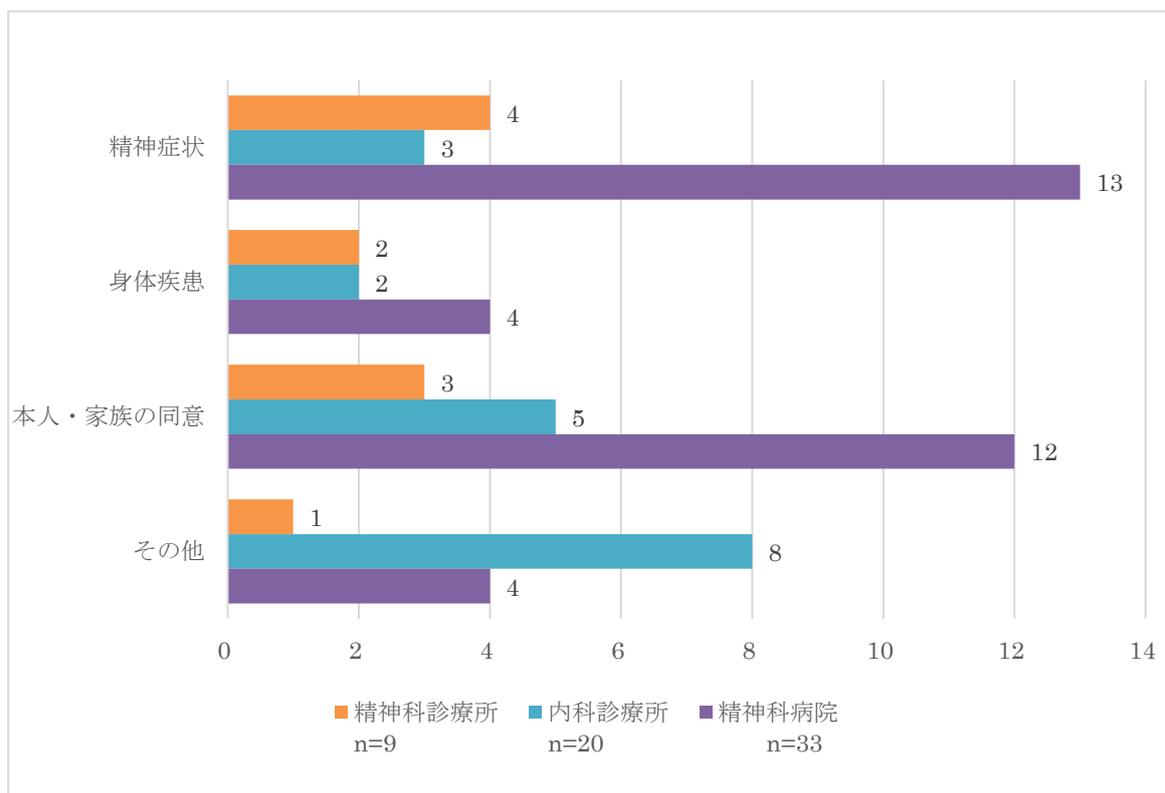


図 47 退院時に困ったこと（複数回答 / 実数）

その他

<精神科診療所>

- ・施設入所が望ましかった

<内科診療所>

- ・転帰を知らせてくれない・・・4
- ・ホーム入所は聞いているが詳細不明

退院後に診断がかわった

<精神科病院>

- ・老健施設で、薬の値段が高いために切られてしまった。
- ・自宅が改装工事中

Ⅲ-10. 入院中の困難なことについて（精神科病院のみ）

精神科病院ケースのみ、入院時退院時と同時に入院時の困難についても、あれば記載をお願いした。入院時の困難についての記載があったのは11件、5%に留まった（図48）。その内訳は、主に精神症状5件、主に身体疾患6件であった（図49）。詳細を表8に記載したが、身体症状とは言っても、拒食がそもそもの原因など精神症状と関わっているものや、家族の問題が関わっているものも見られた。

酸素の使用やリハビリに対応が難しいなど、精神科病院で身体合併のある認知症患者の受け入れが難しい実態も見える。

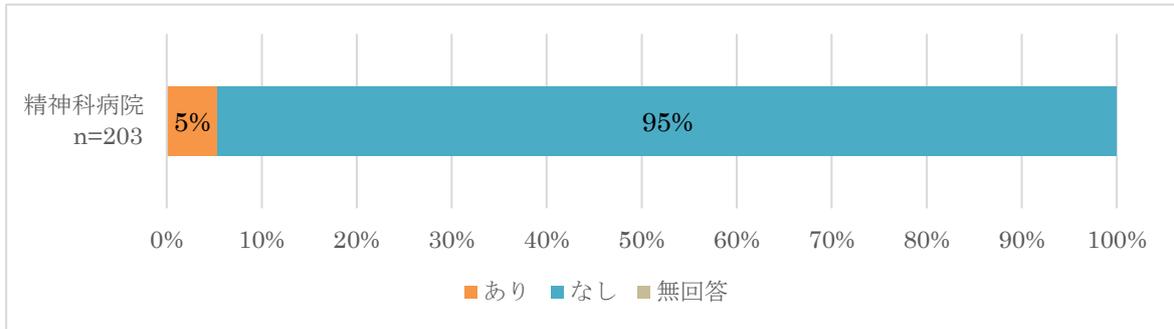


図 48 入院中の困難なことについて（精神科病院のみ）

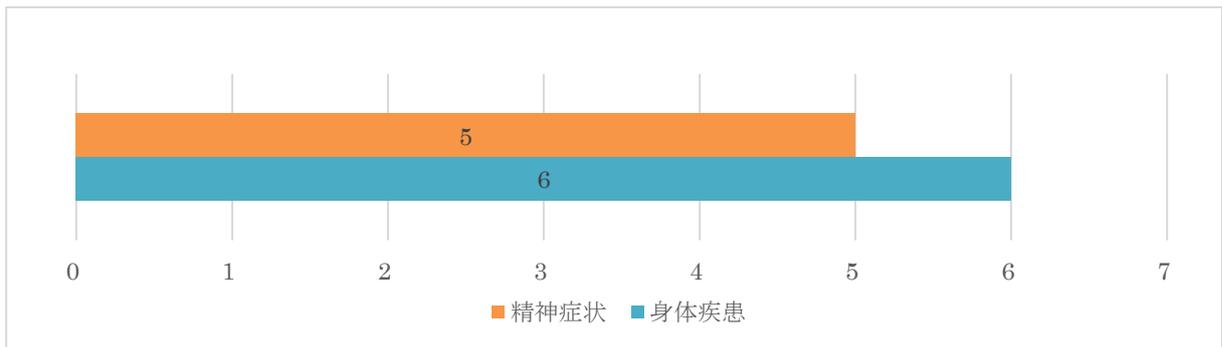


図 49 入院中の困難なことの内訳（精神科病院のみ / 実数）

表 8 入院中の困難なことの自由記載（精神科病院のみ）

精神症状 5	身体疾患 6
認知症による嗜好の変化、退行(いわゆる童がえり)。甘い物しか摂取しない。機嫌を損ねると摂取しない。 男性スタッフへは性的興味を持ち、女性は嫌う。	酸素を使用するため、使用出来る病室が限られる。
認知、判断力、現実検討力の低下あるも、病識なし。他患とトラブル、収集癖。	身体的なリハビリができないため、身体能力が低下してしまう
入院当初は幻視や幻聴様訴え、奇声、亢奮、介護の抵抗や暴力行為等あった。多動による転倒転落あり、夜間ベッド抑制に要したが、服薬調整にて、現在は拘束不要。脳出血による片麻痺あり、家族の病気等の理由で退院が延びているが、生活機能回復訓練中。	拒食もあり、経管栄養施行されるも誤嚥性肺炎となり、経管栄養となっている。 入院当初の幻視や不穏、亢奮は軽減。 現在、施設入所の方向が検討中です。
盗癖や収集癖、弄便行為、人工肛門のストーマをはずす、脱衣行為に加え、スタッフをつねる行為があった。向精神薬の投薬にて衝動性、暴力行為、易怒性が軽減し穏やかなとなり、特別養護老人ホームに帰園となった。	転倒リスクが高いが、家族が拘束を望まず。リハビリにより ADL は向上し本人は自宅への退院を希望しているが、家族は希望していない。

人の部屋に入る(徘徊)、ものをあさる	失語あり。疎通性不良
	誤嚥性肺炎を繰り返すため、胃ろう造設

Ⅲ-11. 精神科病院における隔離拘束の実施

精神科病院調査では、対象患者について身体拘束や隔離収容を行ったかどうかとその理由をお聞きした。

203 ケースのうち、両方行ったのが 16 ケース、身体拘束のみが 51 ケース、隔離のみが 19 ケースであり、合計 86 名 (42.4%) に隔離拘束のいずれかが実施されていた (図 50、51)。

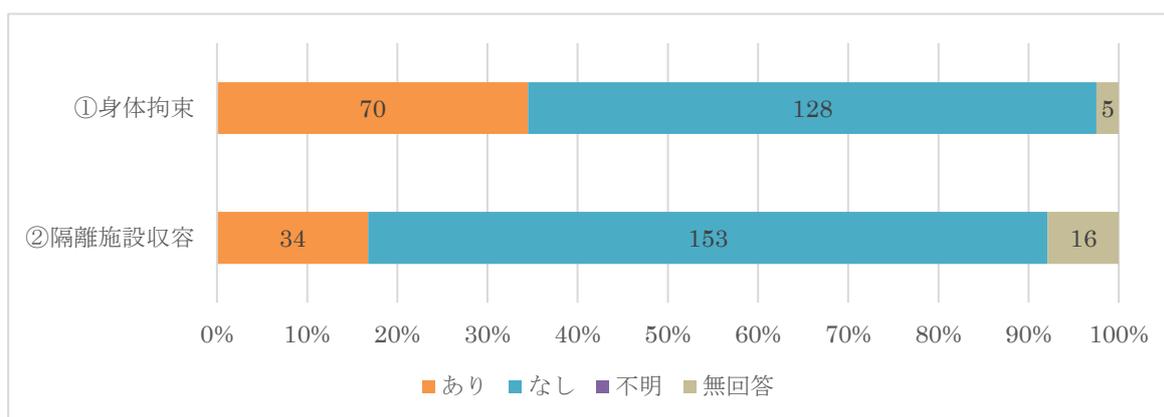


図 50 入院期間中における身体拘束と隔離拘束の実施状況

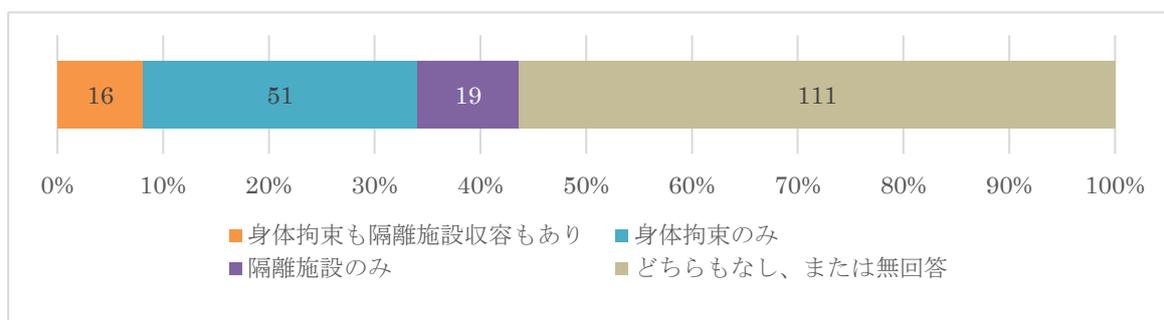


図 51 身体拘束と隔離拘束のクロス集計

身体拘束を行った 70 ケースのうち 66 ケースについて理由の回答があり (図 52)、その内を見ると、転倒転落防止が最も多く 33 ケース、不穏興奮などの精神症状によるものが次いで 31 ケースであった (図 53)。

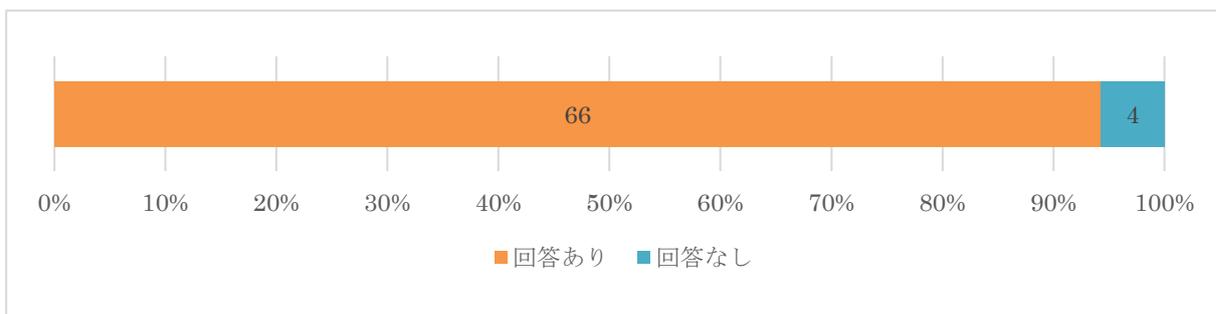


図 52 身体拘束があった理由の回答の有無

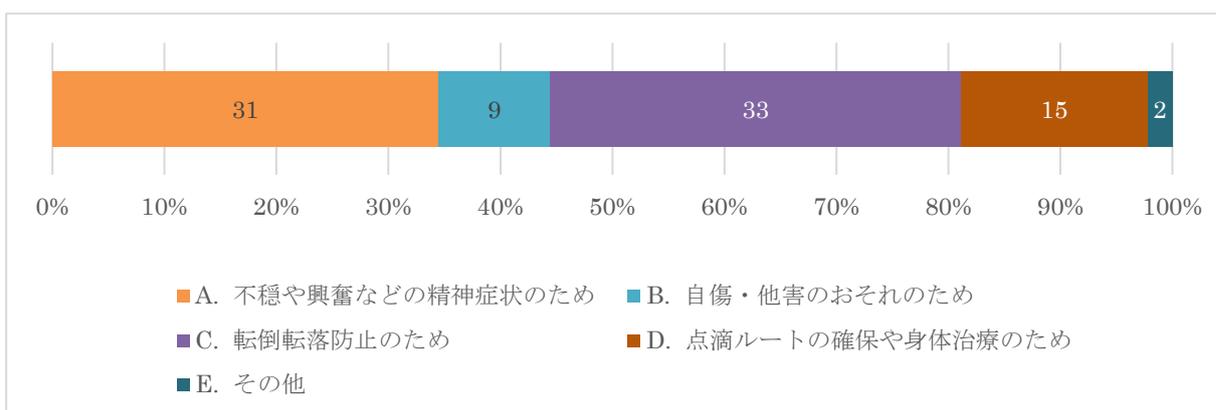


図 53 身体拘束があった理由の内訳（複数回答）

<その他> 病識なく逃げ出そうとする為、異食あり

IV 考察

IV-1. 精神科病院の認知症患者対応の実態

① 認知症患者の受け入れ

回答を得た精神科病院 58 病院のうち、14 病院が認知症疾患医療センターに指定されていた。調査対象となった 203 ケースの約半数は認知症疾患センターが入院対応しており、一精神科病院当たりの認知症入院患者は、認知症疾患医療センターに認定されていない精神科病院（非認知症疾患医療センター）より多いと推測された。また、認知症疾患医療センターに指定されていない精神科病院では、指定されている精神科病院に比較して、夜間休日の身体疾患への対応が困難である例が多かった。

認知症疾患医療センターに指定されると、認知症病棟を持っていなくても積極的に認知症疾患患者を受け入れることがわかった。一方で、認知症疾患医療センターに指定されていない病院でも、大きな認知症患者受け皿になっていることがわかった。

② 身体合併症患者への対応

身体合併症のある患者の受け入れは、多くの病院は自院の精神科医または内科医が判断して受け入れの可否を決めている。特に、認知症疾患医療センターに指定されていない病院は、判断す

る医師が精神科医である割合が 3/4 以上であり、「原則受け入れていない」と回答した病院も 14% に上った。実際、身体合併症が重篤であるために一般科病院からの認知症患者の転院を断ったことのある病院は認知症疾患医療センターを含めて 69% に上り、身体合併症患者の受け入れが厳しい実態が見られた。

入院中の認知症患者の身体疾患が悪化した場合の対処も、自院または日ごろ連携している身体科医療機関で夜間休日も対応できるのは、全体の 62% であった。特に夜間休日について、体制が十分とは言えない。認知症疾患医療センターでは 86% が夜間休日も対応できているのに対して、非認知症疾患医療センターでは 55% にとどまり、特に非認知症疾患医療センターで夜間休日の対応が困難な実情にある。

③ 隔離・拘束の実態

今回の精神科病院のケース調査では、約半年間の入院期間中に一度でも隔離または拘束のいずれかを行ったケースは 42.4% であった。一般科病院では入院が難しい認知症患者であるにも関わらず、隔離拘束が半数以下であるということは、決して多い数字とは言えないのではないだろうか。更に、平成 27 年度の 630 調査では、調査当日に医療保護入院していた患者の身体拘束率は 6.9% で、その約 4 割は高齢者というデータが出されている。

因みに全日本病院協会の平成 27 年度調査（「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書」全日病 2016）*1。によると、介護衣（つなぎ服）着用、ミトン使用、車いすテーブルの装着、向精神病薬多剤併用等の身体拘束の「11 行為」を行っている」と回答した一般病院は約 93% に上っている。このことから一般病院の身体拘束は日常的に行われていることが推測された。

精神科病院の拘束が少ない理由としては、病棟の構造や認知症者の対応に精通しているスタッフが配置されていることで、隔離拘束なしでも十分に対応可能であること。また、拘束隔離対応が余儀なくされる場合でも、精神科病院での隔離拘束は、精神保健指定医の判断によって行われており、隔離拘束後の観察基準、解除に向けての定期的検討等が法律上定められている。つまり、精神保健指定医等精神科専門医がいない一般科病院で行われる隔離拘束よりも、精神科病院では、隔離拘束を実施するにあたり、より厳密な基準で判断され、安全に留意されながら隔離拘束が行われる体制であることなどが考えられる。（囲み文章参照）。

『精神科病院における隔離と身体的拘束について』

精神科病院において、行動制限の手段である隔離と身体的拘束については、精神保健福祉法により厳格に行われている。両者の指示は、12 時間以内の隔離を除いて、全て精神保健指定医という国が認定した資格がある医師（5 年以上の臨床経験を有し、うち 3 年以上の精神科臨床経験を有する者で、措置入院等の非自発的入院症例を含む複数の症例報告が審査により認められた者）のみが指示を行うことができる。精神保健指定医は、精神医学的知識に加えて、患者の人権と法律に関して熟知した者である。

隔離とは、患者が内側から本人の意思によって出ることが出来ない部屋の中に一人だけ入室させ、他の患者との接触を遮断する行動の制限である。患者の病状により本人や周囲に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではそれが回避出来ないと判断される場合に行われる。具体的には、自殺企図の恐れが切迫している場合、他の患者に対する暴力行為が切迫している場合などが対象となる。隔離を行うに当たっては、患者に隔離を行う理由を知らせるように勤め、診療録に隔離を行った旨、その理由、開始した日時（年月日時分）を正確に記載することになっている。隔離をされている間は、医師が毎日 1 回診察を行い、診療録に記載することとなっている。看護の面からも、隔離中は一時間に 2 回以上の観察記録があることが望ましいとされてい

る。尚、12時間以内の隔離に関しては、精神保健指定医ではない医師が行うことができる。

身体的拘束は、衣類又は綿入り帯（SEGUFIX等の医療施設専用保護ベルト）を使用して、一時的に身体を拘束し運動を抑制する行動の制限である。身体的拘束は、制限の程度が強く、二次的な身体的障害を生ずる可能性もあるため、できる限り早期に他の方法に切り替えるように勤めなければならない。身体的拘束を行う具体的な状態は隔離と同様であるが、特に認知症を含めた高齢者を診る病棟では、転倒転落による怪我や骨折を防ぐための方策として身体的拘束がなされることが多くなっている。身体的拘束を行うに当たっての告知や診療録への記載は隔離と同様に行われるが、医師の診察は隔離よりも頻回に行われることとされており、実際には一日複数回の診察が行われて診療録の記録がなされている。看護上は、一時間に4回以上の観察記録があることが望ましいとされている。身体的拘束の二次的な身体的障害には、誤嚥性肺炎、褥瘡、イレウス等様々があるが、命に関わるものとして最も注意を払っているのは、肺血栓塞栓症（いわゆるエコノミークラス症候群）である。身体的拘束の実施時や解除時にリスク評価を行い、高リスク者と判断される場合はD-ダイマーの測定や下肢静脈のエコー検査を行っている医療機関もある。

行動制限はできる限り短期間で解除するように治療を進めてゆくが、精神状態が好転しない場合などにやむを得ず継続せざるを得ない場合がある。その際には定期的に、例えば週に一回など、当該患者の精神状態の評価と行動制限を継続する妥当性の評価を治療チームで行い、漫然と行動制限が続かないようにしている。また、行動制限の病院全体の審査機構として、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などの多職種による行動制限最小化委員会が組織され、毎月一回、院内で行われている全ての行動制限がある患者のレビューを一覧性台帳を用いて行い、行動制限が長期にわたる者や実施の妥当性に疑義がある場合には適宜現場への介入を行っている。行動制限最小化委員会の下に、行動制限最小化チームを構成し、より強い介入を行っている医療機関もある。さらに、精神保健福祉法に基づいて定期的実施されている行政（東京都）による立入検査により、一覧性台帳と実際の診療録との整合性や実施の妥当性などが外部の目によって厳しく審査されている。

精神科病院における隔離と身体的拘束は以上のようなプロセスを経て実施されている。これは精神科以外の身体科病院や介護施設における身体的拘束の管理よりもより厳しいものであると言える。

なお、「一般病院における認知症ケア調査（中西ら、2017）*2」によると、一般病院で認知症疑い患者が調査当日に拘束されていた割合（身体拘束実施率）は45%であった。ただし、精神科の身体拘束には含まれないベッド柵による拘束を除くと30%であった。平成27年度の630調査によると、調査当日に医療保護入院していた患者の身体拘束率は6.9%で、その約4割は高齢者であった。医療機関における身体拘束の問題を考える時、認知症高齢者への対応を抜きには考えられない。

IV-2 精神科病院入院ケースの分析

④ 入院ケースの年齢や合併症

内科診療所から依頼された入院ケースは、高齢で身体疾患を合併していることが多く、精神科病院調査ケースの身体合併を持つ割合は、認知症疾患医療センターケースのほうが多かった。内科診療所からのケースは、もともと身体疾患で受診されていた高齢者の認知症が悪化して、認知症疾患センターのような身体合併症に対応できる医療機関へ依頼するニーズが高いことがわかった。そのため身体疾患を持つ認知症患者のケアに精神科病院が対応していくことが求められており、場合によってはかかりつけ医が往診に行く「並診」なども検討すべきである。

精神科診療所からの入院ケースは、認知症以外の精神疾患を合併している割合が多く、合併している疾患は、気分障害、統合失調症、アルコール依存などであった。精神科診療所からの入院依頼ケースは、もともと精神疾患で受診していた患者が認知症を併発し、入院が必要となるケースも少なくないと考えられた。精神科診療所から依頼されたケースの入院時に困ったことは、精神症状が激しくて対応に困ったケースが多かった。この場合、併存している身体疾患をどうコントロールするかは大きな課題である。

⑤ 入院前の生活の場

入院直前の生活の場は、精神科診療所ではほとんど自宅であるのに対して、内科診療所は 1/4 が高齢者入所施設で、精神科病院の調査ケースは 2 割が高齢者入所施設、2 割が一般科病院や精神科病院からの転院であった。内科診療所は、高齢者入所施設の顧問医などを引き受けている場合も多いと考えられる。

⑥ 入院の理由

入院理由の多くは、「幻覚・妄想」が最も多く、次いで「奇声・迷惑行為」、「暴力・器物破損」、「徘徊」であった。精神科医療機関からは「せん妄」を理由に精神科病院入院へ入院させることが少ないが、内科診療所や一般科病院、施設では「せん妄」を理由にした入院もあり、せん妄への対応が難しいと考えられる。

また、精神症状以外の入院理由として、「介護者の問題」を挙げたのは内科診療所及び精神科診療所で 24%、精神科病院ケースで 14%あったことから、地域生活においては介護する家族の支援も重要であると思われる。「介護者の問題」が「入所施設が見つからない」ことが理由のケースよりもずっと多いことから、「施設入所の対象とは考えていないが、家族の拒否や介護力がないことから入院させざるを得なかった」ケースが少なからずあることがわかった。

その他として、身体症状の悪化や摂食の問題、アルコールの問題が出たことをきっかけに精神科入院に至るケースや、医療や介護を拒否するなどのケアが難しくなったために入院に至るケースもあることがわかった。

⑦ 入院時に困ったこと

精神科診療所から入院させる時には 40%以上、内科診療所からは約 25%で、入院先の選定や入院時に困ったことがあった。しかし、受け入れ先である精神科病院では困難を感じたという回答が少ないことから、依頼元が入院先探しに奔走している様子がうかがえた。

内科診療所では、「すぐに入院できなかった」という意見を 25%が書いていることから、精神科診療所よりも迅速さを求めていることがわかった。精神科診療所からは、精神症状が重いため、内科診療所からは身体疾患が重症のために受け入れ先を見つけられないというケースが多いのは予測されたが、いずれの場合も本人の拒否や家族の理解を得られないなどの困難も少なくなかった。

精神科病院にのみ調査した「入院に結び付かなかった理由」では、本人家族の入院拒否が半数、経済的理由が約 3 割挙げられていた。精神科病院への入院に抵抗がある家族が多いことは予想されることであるが、中には入院費用を支払うことができないために自宅で介護し続けている家族もいる。

このような場合、入院直前に事件に発展しかねない暴力等が繰り返されていたケース、警察介入による強制入院をさせざるを得ない状況が起こっていたケースがあったことから、もう少し早い段階で、精神症状の治療目的での精神科短期入院等ができるような対策が求められている。地域の支援者からも、早めの入院を提案するなどの働きかけが必要である。

⑧ 現在の転帰

精神科病院ケースでは、入院後約6か月経過しているにも関わらず、入院中が4割、自宅以外の入所は2割であり、自宅に帰ったのは1/4にとどまっており、死亡も5%あった。ほとんどが自宅からの入院であった精神科診療所ケースの転帰についても、自宅に戻れていることを確認できるのは23%にとどまっており、一度精神科病院へ入院するとなかなか自宅に帰ることは難しい実態が見えた。

精神科診療所や内科診療所からの入院依頼ケースでは、不明が1/4以上であり、その後の転帰を知らされていない場合が少なくないことがわかった。診療所と精神科病院とのつながりは、入院後は薄れてしまい、依頼元へ戻したり転帰を報告するということが必ずしも行われていない。

退院時に困ったことの詳細で、精神科病院の認知症疾患医療センターに指定されていない病院からの回答は比較的多く見られ、精神症状が収まらないままに退院になる場合や、家族が引き取りを拒否するなどが見られ、非認知症疾患医療センターに入院するケースは、精神症状が激しくて家族ではもう介護ができないと思われるケースではないかと考えられる。退院可能になったにも関わらず、介護者の問題や退院先が見つからないことで入院が長引いているケースが203ケース中12ケース(5.9%)あった。家族が引き取ることを拒否するケースの詳細に「入院する前までの精神症状や暴力がひどくトラウマになっている」という記載がみられるものもあることから、あまりにひどくなってから入院するのではなく、中程度でも家族の負担を減らすための工夫(ショートステイや早めの短期入院等)が必要とされており、退院後の家族の支えについても強化すべきと思われる。

一方で、BPSD等により地域生活が限界に来ている患者について、入所施設の受け入れも困難な場合には、一時的に精神科病院に入院することも必要な場合がある。入院中に患者への治療的介入を行いつつ、状態に応じた退院先を多職種による治療チームで検討する余裕が生まれるので、その後の患者のよりよい生活の確保に役立っているだろう。

IV-3 診療所における認知症患者への対応

⑨ 認知症患者の診断と治療

認知症患者の診断は、精神科診療所では半数以上が自院でできるだけ行っているが、内科診療所では3割にとどまった。継続的な治療については、精神科診療所よりも内科診療所のほうが若干多く、2/3ができるだけ自院で引き受けていた。

回答した内科診療所の1/3以上が「東京都かかりつけ医認知症研修」を受講しており、1/5以上が認知症サポート医養成研修を受けていた。今後、認知症患者の診療に積極的に関わりたいかの質問には、精神科診療所も内科診療所も約半数が関わりたいと答えており、認知症診療への関心が高まっていることが示唆された。

IV-4 精神科病院と診療所の連携

① 精神科病院との連携ケース

精神科病院と連携している(していた)ケースがあるかどうかについては、内科診療所では「ある」と答えた診療所が特に少なく、半数に満たなかった。精神科病院へ依頼して入院となったケースがあるかどうかについても、精神科診療所が半数あるのに比べ、内科診療所は3割にとどまった。

ケース調査で、精神科診療所から入院依頼されたケースはほとんどが日頃から連携のある病院であったのに対して、内科診療所から入院依頼されたケースや精神科病院調査のケースではその割合が少なかったことから、精神科病院と精神科診療所以外の医療機関との連携は少ないことが考えられる。認知症疾患医療センターでは、地域の診療所や施設との連携が比較的取られている。

また、精神科病院から診療所に退院後の治療を依頼されたケースは、診療所から入院を依頼したケースよりも少なく、診療所から精神科病院への依頼の一方向に偏っていることが予測された。内科診療所を含め、依頼元の地域医療機関が退院後の受け皿になるよう、依頼する側も戻ってくることを前提に入院させる意識が必要であり、受け入れた精神科病院もできるだけ依頼元へ返すよう意識を変える必要がある。

② 認知症疾患医療センターの診療所における認知度は高くない

診療所における認知症疾患医療センターの認知度は約半数で、特に内科診療所では42%にとどまったが、そのうちの半数は実際に利用したことがあると回答した。

ただし、認知症疾患医療センターを利用したことのある内科診療所のうち28件からは、「対応に時間がかかる」という回答が多く得られたと同時に、「予約に時間がかかる」「緊急の入院を受けてほしい」など迅速な対応を求める声が少なくなかった。認知症疾患医療センターの病床等がまだ十分ではないと考えられるため、センター以外の病床利用、医療圏を超えた病床調整、入院期間の短縮による病床利用の効率化などが求められる。

③ 連携のために必要と思われていること

最も求められていたのは病院の対応力強化で、必要な時にすぐ入院できるようにベッドの確保や、入院だけでなく専門医の助言などを求めている。次いで新たな連携システムで、医療だけではなく介護施設等も含めた多機関の地域連携や、入院時の調整役などが求められていた。3番目は情報提供や情報共有で、精神科病院の具体的な情報の公開を求められているほか、入院のガイドラインや診療情報の共有を求められていた。

ただし、精神科病院が求めることと、内科診療所の求めることには多少隔たりがあり、地域連携や勉強会などで日ごろの連携を強化して行きたい病院に対して、内科診療所は困ったときにすぐに対応してくれることを要望しており、この意識の違いが連携の上でも妨げになっていることも考えられる。

診療所から精神科病院についての情報提供不足についての意見もあり、「入院治療の内容」「受け入れの条件」「身体疾患への対応」など、病院が思っている以上に情報を公開してほしいと思っていることがわかった。また、「思ったような対応をしてもらえなかった」という意見もあり、認知症サポート医をはじめとする地域の支援者や家族が対応に困ったとき、入院検討だけではなく、どう対応したらよいのかの助言をするなどの相談体制の充実も求められている。

精神科病院が地域のニーズに応じて情報を公開し、困ったときにすぐに相談に乗り、入院を検討できる体制が整えば、認知症患者の精神科病院への入院の偏見も少なくなり、入院したら二度と戻れない場所としての利用ではなく、困ったときに助けとなる場所になっていくであろう。

<参考文献>

* 1 平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査
研究事業報告書」公益社団法人 全日本病院協会 2016

* 2 M Nakanishi, Y Okumura, A Ogawa 「中西急性期医療施設における認知症患者への身体的
制約急性期医療病院に対する金銭的インセンティブの効果」 *International psychogeriatrics*.
2018 07;30(7):991-1000.

東京都医師会精神保健医療福祉委員会
認知症患者に対して
精神科病院が担っている役割に
関する実態調査
＜精神科病院版＞

調査票のご回答方法

調査票Ⅰ（施設調査）

- ・ 平成 28 年度 630 調査の調査票の一部をコピーして同封していただくことで、回答を簡略化しますので、ご協力をお願いいたします。
- ・ ご回答は、貴院において患者様の入院受入れや転院退院の判断を行っている医師またはスタッフにお願い致します。

調査票Ⅱ（ケース調査）

- ・ 平成 28 年 6 月の 1 ヶ月間に、貴院の精神科病床に新規入院した患者様のうち、「器質性精神障害（F0）」と診断された患者様について、一人 1 枚ずつのご回答をお願いいたします。
- ・ 調査票の記入においては、カルテ等をご参照になり、取得できた情報の範囲で記入をお願いいたします。
- ・ 調査票の記入は、カルテを見ることができるスタッフの方であればどなたでも結構ですが、設問 12.については、できるだけ患者様を担当された医師やスタッフの方にご記入いただければありがたいです。
- ・ お手数ですが、調査票が不足した場合には、コピーしてお使いください。
- ・ ご回答いただいた調査票Ⅰと指定された 630 調査回答のコピー、及び調査票Ⅱ（1 か月分の該当者分）をまとめて、同封の返信用封筒に入れ、平成 28 年 12 月 20 日までにご投函下さい。

- ※ 調査票へのご回答と返送をもって調査の同意を得たものとさせていただきます。
- ※ 本調査の調査内容については、調査を委託された特定非営利活動法人メンタルケア協議会倫理審査委員会で承認を受けています。個人情報に配慮した調査方法を取り、調査票や調査結果の取り扱いには厳重に注意を払っております。
- ※ 本調査の結果は、東京都医師会が発行する報告書によって公開を致します。その際、個別の医療機関や個人が特定されるような情報が掲載されることはありません。
- ※ ご不明な点等ございましたら、下記問い合わせ先までお気軽にお問い合わせください。

調査実施主体 公益社団法人東京都医師会 事業部 医療福祉課
〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5
TEL : 03-3294-8821（代表）

問い合わせ先 特定非営利活動法人メンタルケア協議会／担当：西村・桶田・長谷川
〒151-0053 渋谷区代々木 1-57-4 ドルミ第 2 代々木 2 階
TEL : 03-5333-6446 / FAX : 03-5333-6445
E-mail research@npo-jam.org / URL http://www.npo-jam.org/

本調査は特定非営利活動法人メンタルケア協議会に委託して実施しています。

調査票 I (施設調査)

1. 平成 28 年度の 630 調査の次の個票の回答をコピーし、同封してください。
 - 1) 個票 1ーア (施設・従業員の状況)
 - 2) 個票 1ーイ (病棟の状況)
 - 3) 個票 5 (認知症病棟の退院先)
 - 4) 個票 1 1ーア (疾患年齢別在院患者内訳)
 - 5) 個票 1 1ーイ (疾患入院形態別在院患者内訳)
 - 6) 個票 1 1ーエ (疾患別患者動態)
 - 7) 個票 1 2ーア (年齢別在院患者数)
 - 8) 個票 1 4ーア (1 年前入院患者の疾患年齢入院形態別内訳)
 - 9) 個票 1 5ーア (1 年後残留患者の内訳)
 - 10) 個票 1 6ーア (退院患者の内訳)

2. 認知症を持った患者様が身体科医療機関に入院し治療軽快後、引き続き BPSD 等の認知症の治療が必要であると紹介を受けた際には、貴院ではどのように転院を受けていますか？最も当てはまるもの一つを選び、番号に○を付けてください。
 - 1) 身体合併症の程度にかかわらず積極的に転院を受け入れている。
 - 2) 身体合併症の程度を自院の内科医に相談してから転院を受け入れている。
 - 3) 身体合併症の程度を精神科医が判断して転院を受け入れている。
 - 4) 身体科医療機関からの転院は受け入れていない。

3. 身体科医療機関から認知症を伴った患者様の入院依頼が貴院の入院に結びつかない場合、その理由としてよくあるもの全ての番号に○を付けてください。(複数選択可)
 - 1) 合併する身体合併症が重く、自院での対応が困難であったため。
 - 2) BPSD 症状レベルが、精神科病院に入院する程では無いと判断 (外来レベル) したため。
 - 3) 本人もしくは家族が精神科病院での入院を拒否したため。
 - 4) 医療保護入院に同意できる家族がおらず、手続きに時間がかかったため。
 - 5) 経済的な理由 (入院費や差額ベッド代が払えない等) があったため。
 - 6) その他 ()

4. 認知症を持った患者様は、身体疾患の発症や悪化のリスクが伴います。貴院では、入院患者様が身体疾患の発症または悪化があった場合、どのように対処していますか？ 最も当てはまるもの一つの番号に○を付けてください。
 - 1) ほとんどの身体疾患は院内で対処している。
 - 2) 夜間休日も含めて、日ごろ連携している身体科医療機関が引き受けてくれる。
 - 3) 平日日中であれば、日ごろ連携している身体科医療機関が引き受けてくれる。
(夜間休日は、救急車や医療機関リスト等を利用している。)
 - 4) 多くの場合、救急車や医療機関リスト等を利用して、日ごろ連携はしていない身体科医療機関に依頼している。
 - 5) その他 ()

5. 貴院では、認知症ケア加算を診療報酬請求されていますか？

はい・いいえ

6. 今後、認知症のBPSDなど、強い精神症状を呈する患者様が増えると思われます。そのためには、身体科医療機関と精神科医療機関の連携、あるいはBPSD等の精神症状に対処できる入所施設の整備とそれらの入所施設と精神科医療機関との連携が必要になると考えられます。これらの連携を推進するために必要なことなど、ご意見をいただければ幸いです。

--

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただいた内容に問い合わせをさせていただくことがありますので、よろしければ記入して下さった方の連絡先をお知らせください。

病院名	電話番号
部署名	お名前

調査票Ⅱ（ケース調査）

※ 平成 28 年 6 月 1 日～30 日までの 1 か月間に入院した「器質性精神障害（F0）」を持った患者様（メイン疾患でなくても良い）全員について、一枚ずつお書きください。調査票が足りない場合は、お手数ですがコピーをお取りください。

1. 入院時の年齢と性別、病名（ICD10 の 3 桁まで）をお選びください。（単一選択）

年齢 歳

性別 男・女

病名 F00・F01・F02・F03・F04・F05・F06・F07・F09

2. FO と合併していた精神疾患をすべてお選びください。（複数選択可）

合併病名 F1・F2・F3・F4・F5・F6・F7・F8・F9・G40

3. 精神疾患と合併していた身体疾患をすべてお選びください。（複数選択可）

合併病名 糖尿病・心臓病・悪性腫瘍・脳血管障害・肝機能障害・腎機能障害
その他（ ）

4. 入院前のかかりつけ医はどちらですか？該当するもの一つに○を付けてください。

A. 自院がかかりつけ医 B. 他精神科病院がかかりつけ医 C. 他精神科診療所がかかりつけ医 D. 他一般科医療機関がかかりつけ医 E. かかりつけ医なし

5. 入院直前の生活場所はどこですか？ 該当するもの一つに○を付けてください。

A. 自宅 B. 一般病院入院 C. 精神科病院入院 D. 特別養護老人ホーム
E. 介護老人保健施設 F. 認知症高齢者グループホーム
G. 介護付き有料老人ホーム H. サービス付き高齢者向け住宅
I. その他（ ）

6. 依頼元が医療機関や福祉施設の場合、それは日頃から連携があるところですか？

日頃の連携 あり・なし

7. 入院した理由について、該当するものすべてに○を付けてください。（複数選択可）

A. 暴力・器物破損 B. せん妄 C. 徘徊 D. 幻覚妄想 E. 異食 F. ろう便
G. 奇声・迷惑行為 H. 希死念慮・自殺企図 I. うつ症状
J. 介護者の問題 K. 入所施設が見つからない
L. その他（ ）

裏面もありますので、ご協力お願いいたします。

東京都医師会精神保健医療福祉委員会 認知症患者の診療における 精神科病院（精神科病棟）と 一般科・精神科診療所の連携、 及び精神科病院の担っている役割に 関する実態調査

<精神科診療所版>

<調査票のご回答方法>

- ・ご回答は、貴院の診療内容(高齢者施設に訪問している患者も含む)について把握されている医師、またはスタッフにお願い致します。
- ・ご記入の終わった調査票は、返信用封筒に入れ、平成29年11月15日までにご投函下さい。

※調査票へのご回答と返送をもって調査の同意を得たものとさせていただきます。

※本調査の調査内容については、調査を委嘱された特定非営利活動法人メンタルケア協議会倫理審査委員会で承認を受けています。個人情報に配慮した調査方法を取り、調査票や調査結果の取り扱いは厳重に注意を払っております。

※本調査の結果は、東京都医師会が発行する報告書によって公開を致します。その際、個別の医療機関や個人が特定されるような情報が掲載されることはありません。

※ご不明な点等ございましたら、下記問い合わせ先までお気軽にお問い合わせください。

調査実施主体 公益社団法人東京都医師会 事業部 医療介護福祉課
〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5
TEL : 03-3294-8821 (代表)

問い合わせ先 特定非営利活動法人メンタルケア協議会／担当：西村・桶田
〒151-0053 渋谷区代々木 1-57-4 ドルミ第2代々木 2階
Tel. 03-5333-6446 Fax. 03-5333-6445

E-mail research@npo-jam.org URL <http://www.npo-jam.org/>

本調査は特定非営利活動法人メンタルケア協議会に委託して実施しています

10. これまでに、認知症患者への対応において、認知症疾患医療センターを利用したことがありますか。※認知症患者に係る相談、紹介、入院調整等（研修会や会議への参加は除く。）

a.ある→（利用時の対応状況 10-1 へ）

b.なし→（利用していない理由 10-2 へ）

10-1 利用時の対応状況について

A.適切

B.どちらともいえない

C.不適切 → 【理由】（※複数選択可）

a 対応してくれない

b 対応まで時間がかかる

c 対応内容に問題がある

d その他（ ）

10-2 利用していない理由

a 自院において十分対応できている（該当者がいない場合を含む）

b 他の医療機関との連携により対応ができている

c 適切な対応が期待できない

d その他（ ）

11. 認知症疾患医療センターに対するご意見をご記入ください。

特になし・あり（以下の通り）

13. 今後、高齢認知症患者が増え、精神症状の悪化(BPSD など)により精神科病院（精神科病棟を含む）への入院が必要になることが増えると考えられます。精神科診療所と精神科病院のスムーズな連携を実現するためにはどうすれば良いでしょうか。ご教示ください。

◆ ご協力ありがとうございました ◆

ご記入いただいた内容に問い合わせをさせていただくことがありますので、よろしければご記入いただいた方の連絡先をお知らせください。

診療所名	電話番号
部署名	お名前

東京都医師会精神保健医療福祉委員会
認知症患者の診療における
精神科病院（精神科病棟）と
一般科・精神科診療所の連携、
及び精神科病院の担っている役割に
関する実態調査

＜内科を標榜する診療所版＞

＜調査票のご回答方法＞

- ・ご回答は、貴院の診療内容(高齢者施設に訪問している患者も含む)について把握されている医師、またはスタッフにお願い致します。
- ・ご記入の終わった調査票は、返信用封筒に入れ、平成29年11月15日までにご投函下さい。
- ※ 調査票へのご回答と返送をもって調査の同意を得たものとさせていただきます。
- ※ 本調査の調査内容については、調査を委嘱された特定非営利活動法人メンタルケア協議会倫理審査委員会で承認を受けています。個人情報に配慮した調査方法を取り、調査票や調査結果の取り扱いには厳重に注意を払っております。
- ※ 本調査の結果は、東京都医師会が発行する報告書によって公開を致します。その際、個別の医療機関や個人が特定されるような情報が掲載されることはありません。
- ※ ご不明な点等ございましたら、下記問い合わせ先までお気軽にお問い合わせください。

調査実施主体 公益社団法人東京都医師会 事業部 医療介護福祉課
〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5
TEL : 03-3294-8821 (代表)

問い合わせ先 特定非営利活動法人メンタルケア協議会／担当：西村・桶田
〒151-0053 渋谷区代々木 1-57-4 ドルミ第2代々木2階
Tel. 03-5333-6446 Fax. 03-5333-6445
E-mail research@npo-jam.org URL <http://www.npo-jam.org/>

本調査は特定非営利活動法人メンタルケア協議会に委託して実施しています

10. 認知症疾患医療センターを知っていますか。

a. 知っている

b. 知らなかった

➡ 問 12 にお進みください

↩ 問 11 にお進みください

11. これまでに、認知症患者への対応において、認知症疾患医療センターを利用したことがありますか。※認知症患者に係る相談、紹介、入院調整等（研修会や会議への参加は除く。）

a. ある→（利用時の対応状況 11-1 へ）

b. なし→（利用していない理由 11-2 へ）

11-1 利用時の対応状況について

A. 適切

B. どちらともいえない

C. 不適切 →【理由】（※複数選択可）

a 対応してくれない

b 対応まで時間がかかる

c 対応内容に問題がある

d その他（ ）

11-2 利用していない理由

a 自院において十分対応できている（該当者がいない場合を含む）

b 他の医療機関との連携により対応できている

c 適切な対応が期待できない

d その他（ ）

12. 認知症疾患医療センターに対するご意見をご記入ください。

特になし・あり（以下の通り）

13. 今後、高齢認知症患者が増え、精神症状の悪化(BPSD など)により精神科病院（精神科病棟を含む）への入院が必要になることが増えると考えられます。一般科医と精神科病院のスムーズな連携を実現するためにはどうすれば良いでしょうか。ご教示ください。

◆ ご協力ありがとうございました ◆

ご記入いただいた内容に問い合わせをさせていただくことがありますので、よろしければご記入いただいた方の連絡先をお知らせください。

診療所名	電話番号
部署名	お名前

調査票Ⅱ（ケース調査）

※ 平成 28 年 10 月 1 日～平成 29 年 9 月 30 日の一年間に精神科病院(精神科病棟を含む)へ入院依頼され、入院となった「器質性精神障害 (F0)」を持った患者 (メイン疾患でなくても良い) 全員について、一枚ずつお書きください。調査票が足りない場合は、お手数ですがコピーをお取りください。

1. 入院時の年齢と性別、下記の ICD10 に基づいた病名をお選びください。(単一選択)

年齢	歳	性別	男・女
----	---	----	-----

F00 : アルツハイマー病の認知症	F01 : 血管性認知症
F02 : 他に分類されるその他の疾患の認知症	F03 : 特定不能の認知症
F04 : 器質性健忘症候群(アルコールその他の精神作用物質によらないもの)	
F05 : せん妄(アルコールその他の精神作用物質によらないもの)	
F06 : 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害	
F07 : 脳の疾患、損傷及び機能不全による人格及び行動の障害	
F09 : 詳細不明の器質性又は症状性精神障害	

2. 上記疾患 (F0) と合併していた精神疾患をすべてお選びください。(複数選択可)

A. 合併精神疾患はない B. 合併精神疾患がある (下記該当するもの全てに○)

F1 : 精神作用物質使用 (アルコール薬物等) による精神および行動の障害
F2 : 統合失調症 F3 : 気分 (感情) 障害 F4 : 神経症ストレス関連及び身体表現性障害
F5 : 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (摂食障害、睡眠障害等)
F6 : 成人の人格及び行動の障害 F7 : 精神遅滞 F8 : 心理的発達の障害
F9 : 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (ADHD、行為障害、チック等)
F99 : 精神障害・詳細不明

3. 精神疾患と合併していた身体疾患をすべてお選びください。(複数選択可)

合併病名	糖尿病・心臓病・悪性腫瘍・脳血管障害・肝機能障害・腎機能障害 高血圧・脂質異常症・てんかん・その他 ()・なし
------	---

4. 入院直前の生活場所に該当するもの一つに○を付けてください。

A. 自宅 B. 一般科病院入院 C. 精神科病院(精神科病棟含む)入院
D. 特別養護老人ホーム E. 介護老人保健施設 F. 認知症高齢者グループホーム
G. 介護付き有料老人ホーム H. サービス付き高齢者向け住宅
I. その他 ()

5. 依頼先の病院は、日頃から連携があるところですか？

日頃の連携	あり・なし
-------	-------

裏面もありますので、ご協力お願いいたします。

6. 入院の理由について、該当するものすべてに○を付けてください。(複数選択可)

- A. 幻覚・妄想 B. 暴力・器物破損 C. 徘徊 D. ろう便 E. 異食 F. せん妄
G. 奇声・迷惑行為 H. 希死念慮・自殺企図 I. うつ症状
J. 介護者の問題 K. 入所施設が見つからない
L. その他 ()
M. 認知症診断のため N. 認知症治療のため

7. 入院先の選定や、入院時に困ったことがあったらお書きください。

特になし ・ あり (以下の通り)

8. 平成 29 年 10 月現在、当該患者様の退院時、退院後の転帰について、該当する記号一つに○を付けてください。

- A. 自宅へ B. 他の一般科病院へ C. 他院の精神科病院(病棟含む)入院へ
D. 特別養護老人ホーム E. 介護老人保健施設へ F. 認知症高齢者グループホームへ
G. 介護付き有料老人ホームへ H. サービス付き高齢者向け住宅へ
I. その他施設へ ()
J. 同院の一般科病棟への転棟 K. 現在も同院の精神科で入院中
L. 死亡 M. 不明

9. 退院先の選定や、退院時に困ったことがあったらお書きください。

特になし ・ あり (以下の通り)

ご協力ありがとうございました。

「認知症の精神病床」についての実態調査から見えてきたこと

代々木の森診療所（渋谷区医師会） 羽藤 邦利

「地域包括ケアシステムは 2025 年までに構築するのだ」と最初に聞いたときは、遠い先のことと思っていたが、今は 2019 年で、もう 6 年を切ってしまった。残された期間は僅かだ。

地域包括ケアシステムをうまく稼働させるためには、認知症高齢者が BPSD などの精神症状のためにケアが難しくなったときに対応出来る仕組みの整備が必須である。仕組みの中心部分は「認知症の精神病床」である。

2016 年に「見守り又は支援が必要な認知症高齢者」は 31 万人であったのが、2025 年は 44 万人になると推計されている。必然的に BPSD などの精神症状のためにケアが難しい高齢者の数も増える。それに対応するには、「認知症の精神病床」を増やすことは難しいので、「認知症の精神病床」の利用率を飛躍的に向上させるように、運用を工夫するしかない。それにはどのような対策が必要か。今回の調査は、これからの対策を考えるための基礎資料を得るために行われた。

今回の調査から、たくさん貴重な知見を得られた。特に注目されることは、

① 「認知症の精神病床」への受け入れまでに高いハードルがある

主なハードルは、身体疾患を持っている（精神科病院で対応できない）、受け入れを難しくする精神症状を持っている（暴力、多動、盗癖、収集癖などで他患者に悪影響がある場合、受け入れられないことがある）、迅速対応を求められると対応できない（受け入れ精神科病院を見つけるのにとっても手間取る）、本人・家族が精神科病院入院に拒否的だと対応できない、などである。

他患者への影響があるような精神症状があっても受け入れられるように、また身体疾患があっても受け入れられるように「認知症の精神病床」の機能を強化する必要がある。

緊急に対応してもらえないと「家族の疲弊」が飛躍的に増すので、迅速に対応することがとても重要だ。そのために認知症疾患医療センターを軸に“地域連携”が構築されてきている。しかし、診療所が欲しいのは“連携”ではない。診療所にすれば、精神科病院に依頼するケースが発生するのは稀なことだから、ケースが発生したときにあわてふためく。そのとき、診療所が電話で相談出来る仕組み、そして、本人・家族の精神科病院への拒否感を和らげるような支援もしてもらえる仕組みが診療所は欲しい。認知症疾患医療センターが、そこまできめ細かく対応するようになれば迅速対応も可能になる筈だ。

② 「認知症の精神病床」の在院期間が長い

調査時点で、まだ入院中の人が多かった。（註. 平成 27 年度 630 調査で、都内認知症病棟に平成 26 年 6 月に入院した 201 名のうち 27 年 6 月 1 日に残留していたものは 95 名、残留率は 47.3%であった。この数字からも認知症で入院した人の在院期間が長いことが

わかる)。在院期間が長いのは、「精神症状が重い、ADL が低い、身体疾患合併など」のためもあるだろうが、退院調整に手間取る、施設に退院するケースでは、受け入れが決まってから実際に受け入れてもらえるまでに日数を要する、自宅に戻るケースでは、家族を説得して納得してもらうまでに日数が掛かることが多い、といったことも在院期間が長引く原因になっている。不必要に在院期間が長引かないように退院調整力をもっと強化しなくてはならないだろう。

- ③ 入院後自宅に戻れた人は 24%で、とても少ない（施設などに移った人 21%、入院継続中 33%、死亡 5%、不明 16%）

「精神症状が重い、ADL が低い、身体疾患合併など」のためもあるだろうが、自宅に戻りにくくしているのは、もうひとつ、「家族の疲弊」もあるのではないか。BPSD などの精神症状で家族が対応に困ったとき、迅速に対応していれば、入院して症状が改善したら、家族は、すぐに、安心して、患者を引き取ってもらえるだろう。迅速対応の重要性は、どんなに強調してもし過ぎではない。そのためには、①で指摘した、「認知症の精神病床」受け入れまでのハードルを引き下げる努力が必要だ。

「認知症の精神病床」の利用率を飛躍的に向上させるために何をすれば良いのか、今回の調査で、今後に取り組むべき重点課題を浮かび上がらせられたように思う。

認知症における病診連携

石橋クリニック（東久留米市医師会） 石橋幸雄

近年一般医は認知症患者さんの診療機会が極めて多くなってきており、それに伴い認知症サポート医研修会やかかりつけ医認知症研修会など数多くの一般医向け研修会が行われている。また、地域では認知症疾患医療センターの整備が進むと同時に、区市町村の医療介護連携事業で認知症関連の多職種研修会などで顔の見える関係づくりが行われており、一般医の認知症に対する認識および多職種連携はかなり進んできたと思われる。

一方で、認知症患者に対する精神科的アプローチの必要性はますます高まっているにも関わらず、一般医と精神科医の顔の見える関係はなかなか進まない現状がある。精神科関連の学会や研修会に参加する一般医は極めて少ないし、一般医の研修会に参加する精神科医も極めて少ない。医師会で精神科医と一般院の共同研修会を企画しても、参加者がなかなか集まらない現状がある。特に精神科病院の勤務医で地域の研修会に参加する医師はほとんどいない。そのため、なかなか一般医と精神科医の連携が進まない現状を、いかに解決していくかが認知症診療における課題の一つになっている。

その対策としては、認知症疾患医療センターが主催する連携の会や研修会には、精神科医の参加も多く見られるため、地域の基幹型の認知症疾患医療センターが中心となり、一般医と精神科医の連携の会や介護職も含めた多職種ワークショップなどで、精神科病院の先生方にも参加する価値のある、精神科専門医もしくは認知症専門医の認定単位の取得が可能となる研修会を企画してみてもどうかであろうか。

「住みなれた町で、いつまでも孫や隣人に見守られ安心して暮らせる。」

人として一見当たり前のことが、当たり前ではなく非常に贅沢な望みとなっている昨今。

病気になったらどうしよう、認知症になったらどうしようという不安が、高齢者の独居の中で広がっている。国は地域包括ケアシステムという大きな(エンジン)を導入したが、それを動かすソフトウェアのバージョンアップ進んでいない様に思える。

その理由は、「住みなれた町」は様々で、地域によって資金、人手、文化、生活環境が異なるからである。国の政策を如何に地方に反映させていくかは、異なっている地方独自の文化を知る集合体の活動が是非とも必要となる。かつては「ムラ」と呼ばれた集合体は、現在の町会として存在している。その町会活動が、「地域包括ケアシステム」を支えるエネルギー源とならなければ、OS (Operating System) は宝の持ち腐れとなる。

OSの中でも重要なソフトが、「認知症高齢者対策」である。

今回の調査比較検討は、「認知症高齢者対策ソフト」が多くの汎用性を求めていることを知ることが出来た。内科系診療所、精神科診療所、精神科病院。その3者のなかで、一見連携がとれているようで、実はお互いが無理をしていることも窺え知ることが出来た。「地域包括ケア」に携わるすべての人達にとって、今回のデータは有益であろう。

いま地域密着人口が注目されている。所謂元気なお年寄りである。

その人達が、地域包括システムの中で、生活支援、介護予防を進めていくために、どのような役割を果たすことができるのか。老人クラブ、自治会等のボランティア活動を通じて共助、公序の基となり、将来的に自分が支えられる立場になった時にスムーズに移行出来る(自助)そういったシステムを構築していくことが必要であろう。

多職種連携はすでに一定の成果を上げている。もはや医療を取り巻く専門家集団のみでは、対処出来ないことは明らかである。いつもと違う自分をみつめ、いつもと違う家族に気づき、いつもと違うお隣さんを気遣う。そういう地域に見合ったオーダーメイドのケアシステムが求められている。

まさに認知症対策は、システムの要となるものであり、それを支える側にも様々な問題があることが明らかになった。

これを有効活用し、新たなスパイラルアップに繋ぐことが出来れば、幸甚の至りである。

本調査結果に対して

南町田病院 矢野正雄

見守りや支援が必要な認知症の患者は超高齢社会にあって 30 万人以上と推計されているにもかかわらず今回の調査では、精神科診療所、内科診療所共におよそ半分弱が関わりたくないと回答している。これは認知症患者診療に対する難しさが一筋縄ではいかないことを意味していると考ええる。かかりつけ医認知症研修を受けた医師 36%、認知症サポート医養成研修を受けた医師が 23%と医師の認知症に対する内科診療所の認知症教育は十分とは言えない。しかし、精神科診療所も 4 割以上が関わりたくないということは、認知症患者への理解が足りないということだけで解決される問題でもないことが示唆される。

また、認知症疾患医療センターの認知度が精神科診療所では約三分の一、内科診療所でも 4 割という認知度の低さも問題であろう。周知の難しさも痛感する。認知症疾患医療センターの役割の一つとして内科診療所からは助言、指導が求められており、そのことにも対応していく必要がある。多機関連携や調整システムなど連携のためのシステム構築のニーズが高いと感じさせられた。精神科病院に入院される認知症患者は、BPSD で幻覚妄想が最も多かった。一般診療科や施設ではやはり「せん妄」の対応が困難で精神科医療機関への入院をお願いすることが多いことがわかる。精神神経科による「助言、指導」が行われるようになれば、一般診療科の医療機関にも朗報となるであろう。

また重症 BPSD で入院した患者の出口問題も今後解決していかなければならない点であろう。今回の調査結果が今後の認知症に対する施策に対して大きな方向性を示す一助となることを願います。

精神科診療所の「連携力」アップに向けて

(一社) 東京精神神経科診療所協会会長 神山 昭男

羽藤委員長はじめ皆様のご尽力で中身の濃い報告書ができあがった。今後の認知症対策、ひいては他の様々な精神科医療の実践活動に、是非、積極的に活用されていくことを期待したい。

本調査の特徴の一つが、認知症患者の診療に関わる医療機関の「連携」を扱ったことである。本調査により、精神科病院、一般科診療所、認知症疾患医療センター、そして精神科診療所の「連携」の現状と今後の課題が浮き彫りになり、多くの有益な示唆を与えてくれた。

総じて、各施設間の連携は増々重要であり、各施設が「連携」の質を高めていくこと、さらにそれを支えていくネットワーク機能の強化に向けて、行政面の施策に大きな期待が寄せられることなども明らかとなった。

今後、より質の高い連携を実現、実行していく場合に各施設が備えるべきパワー、力量を「連携力」と定義すると、精神科診療所の「連携力」はどのようにすればアップするのか。この課題に有効なヒントを本報告書からいくつか抽出すると、

1. できるだけわかりやすい概念、表現で問題を抽出、説明していく。
患者様、ご家族などの当事者、保健医療福祉関係者が協働作業をしていくとき、情報の共有が最も大切との指摘がある。相互の意志疎通を高める上で基本部分といえる。
2. 患者様が抱える問題について当事者の見立てと十分すりあわせながら病態への認識を深める。
情報の共有の前に、情報の質が更に大切との指摘がある。医療者側の視点と当事者側の視点をすりあわせ、問題の本質を的確に見極めることが連携テーマの絞り込みに有効といえる。
3. 精神科病院、認知症疾患医療センターの機能、特徴を日頃から理解しておく。
普段から慣れている病院と連携していく傾向が強い。連携先の特徴を踏まえた手続き、日頃の準備が機能的、合理的、安全な連携を実現しやすい。
4. 連携のためのマンパワー、時間、ツールなどを確保する。
生活、社会適応を妨げる精神症状の再燃、再入院に至るケースをはじめとして、連携のタイミングは大きなポイントである。この解決には診療所もタイミングを損なわずに、適時対応する体制が必要である。

これらは「連携力」アップへのアイテムとしてはほんの一部に過ぎないが、これらだけでも実現すれば連携力のアップに直結する可能性がある。

今後、本調査を活用しつつ、精神科診療所に求められる役割とその発揮に向けて取り組んでいく所存であり、関係各位のご指導、ご協力をお願いする次第である。

今回東京という日本の人口の 1/10 が密集している大都市で、認知症患者の診療について皆で考えてみた。

それを踏まえ認知症患者の診療において精神科病院と一般科・精神科診療所の連携がどのように行われているのか、また精神科病院がどのような役割を担っているのかを明確にするためアンケート調査を行った。その中で精神科病院における認知症患者の対応の実態について隔離・拘束の項目が目についた。

一般の方の認識だと精神科病院に入院すると隔離・拘束が安易に行われ、なかなか退院に結びつかないというイメージが強いのではないだろうかと思像される。しかしアンケート結果からは一般病院では入院治療が難しい認知症患者であるにも関わらず、全入院期間を通じて 1 日でも隔離・拘束された患者は半数にも満たない。

全日本病院協会が平成 28 年 3 月に「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書」を出しているが、それによると医療保護適用病床ではほとんどの病棟で身体拘束が行なわれている(91.3~98.6%)。また身体拘束を受ける患者割合に急性期と慢性期の病床の明確な差は見られないと報告している。

精神科病院へ入院する認知症患者は一般病院では対応困難なケースに限られることを考え合わせると、精神科病院における隔離・拘束をされた経験のある患者が 42.4%という数字はとても低いと思われる。

また精神科病院における隔離・拘束は精神保健福祉法という厳格な法律のもと行われている。12 時間以内の隔離を除いて、国が認定した資格である精神保健指定医でなければ行うことができず、医師の診察回数や看護記録の記載まで細かく指針が決まっている。そのため隔離・拘束においては一般病院と比べ精神科病院で行う方がよほどハードルが高く、その行為そのものが法律で縛られている。

そのような現状が一般の方にはなかなか知られていない。現在の精神科病院は以前のような隔離・収容型ではなくなってきたが、なかなかそれらの偏見が払拭できず精神科病院への入院はまだまだハードルが高い。今後、都民がもっと気軽に精神科病院を利用できるよう啓発していかねばと強く感じた。

本調査を終えて

慈雲堂病院 田邊英一

今回の調査を前に、私は東京精神科病院協会の平川淳一会長より、「精神科病院が認知症の治療において如何に貢献しているかを示すべく調査を行うので、本委員会に加わるように」との命を受けて委員に加わらせて頂きました。結果については本文をご覧頂ければと思いますが、なかでも拝見して驚いたのが認知症疾患医療センターの認知度の低さでした。私の病院も認知症疾患医療センターを受けていますが、地区医師会も含めて様々地域に入り活動を行っているつもりでも、まだまだその存在を知らしめることが不足していると言うことを痛感させられました。また地域の先生方は顔の見える関係づくりよりも、連携のためのシステム構築を求められていることもなるほどと感じさせられました。精神科病院に入院される認知症の方は、主にBPSDが重く顕著な方となりますが、そもそも認知症のBPSDに適応のある薬物も存在しないなかで、統合失調症や気分障害等の治療に用いる薬剤を工夫しながら用いて治療している現状があり、「治療薬無き治療」を日々悩みながら行っていることとなります。治療経過中に身体機能の低下を来したことにより身体的拘束からの離脱が困難となったり、合併症の発現により退院が困難になることもあろうかと思えます。長く精神科病院の入院されている認知症の方には、それぞれ理由があるということをご理解頂ければと思います。本調査が認知症の診療における現状を理解するための一助となることを願います。

東京都福祉保健局障害者施策推進部障害者医療担当部長 石黒 雅浩

今後増加していくことが予想される認知症高齢者が、住み慣れた地域で生活を続けていくためには、様々な機関の特性や強みを活かしながらの有機的な連携がますます重要になってくるものと思われる。

今回の調査では、精神科病院、精神科診療所、一般科診療所にそれぞれアンケート調査を実施することによって、それぞれの現場での認知症高齢者に対する医療の実際の様子と、それぞれの機関にどのような強みや課題、期待される役割があるのか、また、連携についての課題などについて考えておくべきことなど、リアルな現実の一端を知ることができたように思う。

特に、それぞれの機関が他の機関にどのようなことを求めているのかについては、各機関で、多少隔たりがある部分も含めて、あらためて分かったこともあり、非常に興味深い内容のものであった。

それぞれの機関の役割や連携の在り方等について考えるうえで、非常に貴重な基礎資料の一つになったと思われ、今後、この調査報告書が、認知症高齢者の地域支援体制を考えていくうえで有効に活用されていくことを期待する。

古代ローマの英雄カエサルは「人間はみな自分の見たいものしか見ようとし
ない。」という名言を残しています。認知症高齢者に関わっている医療関係者か
らすれば、都民の大半は認知症について身近に感じているのではと思いがちで
す。しかし、多くの方々にとって、認知症について知らないとともに、認知症
になっても受容できないのが現実です。民間の調査（*1）によると、変化に
気づいてから医療機関に受診するまで平均 9.5 カ月、最初に受診した医療機関は
かかりつけ医が一番多く、精神科は約 1 割に留まっています。また別の調査（*
2）によると、通院のきっかけは家族の勧めが約 6 割です。

このような現状において、認知症高齢者の早期発見・早期支援の鍵は、家族
などが相談し易いかかりつけ医を含めた一般科医療機関です。一方、B P S D
など精神症状が悪化すれば、精神科医療機関による対応が必要となります。そ
こで、認知症高齢者の継続的な支援に当たっては、一般科医療機関と精神科医
療機関の連携が重要になります。今回の調査結果には、連携を進めるための幾
つかのヒントが示されています。この報告書が、都内における両医療機関の連
携促進に資するとともに、認知症高齢者の支援に役立つことを期待します。

* 1 （公社）認知症の人と家族の会（2014）：認知症の診断と治療に関するアンケート調査調査報告書

* 2 東京都福祉保健局（2009）：東京都在宅高齢者実態調査（専門調査）報告書

普段、東京都精神科救急医療情報センターや東京都自殺未遂者対応連携支援事業の相談業務において、認知症患者に関わることが多い。家族や高齢者支援機関、一般科医療機関や往診専門の医療機関などから、在宅や入所施設、精神科の無い医療機関では対応できないほどの精神症状が出ているとき、すぐに入院先を探してほしいという依頼がある。緊急性に応じて、当日や数日以内の入院に結びつけることになるが、入院された方がその後どのような処遇を受け、どのような転帰を辿るのかを知ることができるケースは少ない。できる限り在宅で過ごしてほしい、隔離拘束はしてほしくない、身体疾患の治療を優先にした病院選びをしてほしい、と思いながらも、ほかに選択肢もなく、罪悪感を持ちながら精神科病院への入院に結びつけることもあった。

しかし、今回の調査の中で、緊急に精神科入院を希望しなければならない事態の困難さ、入院中に合併症や問題行動で対応に追われる病院の大変さ、症状が収まっても退院後に受け入れてもらうところを探すことの難しさについて、アンケート用紙を通じて生の声を聴くことができ、少し考え方が変わった。

無理をして家族や支援者が疲弊するほどの状況が長く続くと、その時の状況がトラウマのようになってしまい、落ち着いた後でも「また同じようなことがあったら怖い」と戻ってくることを拒否する家族や施設があることを知った。もしかしたら、無理をせずに早めに短期入院を検討した方が、そのあとの支援もうまくいくということもあるのかもしれない。また、徘徊や危険行動にある程度対処できる環境の整った精神科病院の方が、一般科病院や介護施設よりも拘束が少なく済むことのあることも知った。

もちろん、現在の病院での処遇が必ずしも理想的なものではないとは思われるが、認知症疾患医療センターに指定された病院が中心になり、認知症への対応を得意とし、身体疾患へもある程度対応できる精神科病院が増え、必要な時すぐに活用することができるようになれば、本人も家族も支援者も負担が少なくなり、退院後の再受け入れもよくなり、結果的に在宅や施設で介護を続けやすくなことにもなるのかもしれないと思った。

私は2018年2月から精神保健医療福祉委員会の委員を拝命致しました。実態調査はその時点で中間報告の段階でした。認知症ケアに医療がどのように関わることができるかを中心において、毎回、真摯な議論が行われていました。実態を受け止め、将来を模索しようとするエネルギーに、感銘を受けました。

私自身、家族が病気になることを何度か体験しました。事実を受け止め、理解するまでのプロセスでは、混乱し、家族としてもっと何かできなかつたかという罪悪感を持ち、病気を得た本人が一番大変なのにも関わらず、自分が誰かに赦してもらいたいというニーズが先行することがありました。

家族が認知症であるという事実を、最初から冷静に受け止められる家族はいないと思います。医療は、本人に最善のケアを提供することで、揺らぐ気持ちに寄り添うのだと思います。家族も、医療も、揺らぎながらもそれを模索する限りは、目的は一つであり、チームとして協働できるのだと思います。

精神科医療は、多様な状況での人の揺らぎに寄り添うことを宿命としてきました。蓄積してきたケアの技術が、認知症の方とご家族を支えることに生きるように、私たちもお手伝いができますことを、切に願います。

かかりつけ医の立場から

東京都医師会理事 西田 伸一

加齢により誰でも複数の慢性疾患を抱えることが多くなり、継続治療課程の中で認知症を発症される方も多い。かかりつけ医はその方が認知症のない頃から認知症状の出現する過程を診ており、ご本人の不安と焦燥にも耳を傾けている。認知症の専門医療は認知症状が出現した後から関りが始まるので、かかりつけ医とは医療の出発点が異なる。認知症の初期支援を考えると、初期段階から関わることの多い総合診療を担うかかりつけ医の役割は重要である。その人の歴史や人となり、あるいは生活や家族背景を理解し、病状の変化をいち早く察知し、生活にも寄り添いつつ、適切な支援へと繋げていく大きな役割を担っている。この診療所機能に対しては地域包括診療料・診療加算、継続診療加算などの診療報酬によって評価されており、時代はかかりつけ医機能を必要としている。なかでも認知症サポート医としてのかかりつけ医は、地域における認知症支援の役割を中心的に担う社会資源であり、認知症人口の増加が進行する東京都において、しっかりと認知症施策の中に位置付けていく必要がある。

また、専門医受診を拒否する認知症を疑われる方に対し、地域連携の中でかかりつけ医がアウトリーチするケースは多く、拠点型認知症疾患医療センターによるアウトリーチ事業や連携型同センターによる初期集中支援事業が始まった現在においても、よりフットワークの軽いかかりつけ医の在宅医療機能に求められる役割がある。診療報酬上の課題があるが、この点も厚労省はしっかり議論して頂きたい。

結びにあたり

東京都医師会副会長 平川 博之

はじめに関係各位のご協力により、本報告書を取りまとめることができましたことに対し心より御礼申し上げます。

本報告書は東京都医師会精神保健医療福祉委員会が取りまとめた、東京都医師会の公的な文書と位置付けられるものですが、今回の研究テーマの選定にあたっては、小職の思いが強く反映していることをお詫びしなければなりません。

と言いますのも、数年前のある会議で認知症について議論されていた時の話です。某委員が「認知症の高齢者が郊外の精神病院に無理やり入院させられ、退院することもできず閉じ込められている。入院対象であった精神病患者が減ったため、精神病院は認知症者でその穴を埋めようとしている」といった内容の発言をされました。座長の某高官は、その発言に賛同した上で「東京都には精神科病院は不要と考えている」と述べられました。あまりのことに我が耳を疑いました。このような公式の場で、有識者とされる方が、何らエビデンスを示さず、未だに旧態然とした認識のままでおられることに唖然としました。

確かに私たち精神科医療関係者は過去の歴史に負債を抱えています。その事実を忘れることなく、より改善せねばという意識を持って日々の診療に当たっています。認知症医療についても同様です。精神科病院に入院される認知症者の多くは、精神症状・行動障害・身体合併症等を事由に、在宅、有料老人ホーム、特養・老健施設、病院等で対応できなくなった方々です。重度のBPSDに対応すべく、病棟スタッフをはじめ多職種が協働し、昼夜を問わず身を粉にして献身的に医療・介護サービスを提供しています。そういった現場を知る者として、過去の偏見に基づいた発言は看過できないものでした。

ただ、しっかりと現場の声を届けてきたかという点、反省すべきところもあったかもしれません。そこで、公益社団法人東京都医師会として公正な立場で、東京都における認知症者と精神科病院に関する実態を調査し、臨床現場の実態、問題点を詳らかにすることで、改めて、本件について正しい議論が出来る環境を作ろうと考えました。

調査結果についてはここでは触れませんが、きれいごとでは済まない、現場の生の声を拾い上げることができたと自負しております。不備な点も数多く抽出されました。

東京都の超高齢化社会はこれからが本番です。それに伴い認知症者も急増し、その対策は喫緊の課題です。本調査がその解決の一助となることを願っています。

最後になりますが、本調査研究にご支援、ご協力をいただいた東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課、同局高齢社会対策部認知症対策担当課、一般社団法人東京都精神科病院協会、一般社団法人東京精神神経科診療所協会に対し厚く御礼申し上げます。