

長寿医療研究開発費 平成26年度 総括研究報告（総合報告及び年度報告）

認知症の救急医療の実態に関する研究（24－25）

主任研究者 武田 章敬 国立長寿医療研究センター
脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長

研究要旨

3年間全体について

認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して生活するためには、必要な医療・介護サービスやインフォーマルサービスが切れ目なく提供されることが重要である。医療サービスは基盤となるサービスであるが、その中でも認知症の人が身体合併症を来たしたときの医療機関の対応に関しては、必ずしも認知症の人や家族が満足できる対応を受けていないとの指摘がしばしばある。認知症があるが故に診療や入院を拒否されたり、家族の付添いを要求されたり、身体抑制が行われたとのことがしばしば聞かれる。しかし、その具体的な状況に関して、現在までに医療を提供する側に対しても、医療を受ける当事者側に対しても十分な調査は行われていない。

本研究において（1）認知症の救急医療の実態と課題を明らかにするために医療を提供する側と医療を受ける側に対する調査票の作成（2）調査の実施（3）結果の解析と課題の抽出（4）改善策の検討および診療報酬等の政策提言、を行うことを計画した。

家族会家族及び救急告示病院を対象とした全国調査、国立長寿医療研究センターもの忘れ外来受診者の家族を対象とした調査、知多北部地域の介護保険サービス事業所及び有料老人ホームを対象とした調査を実施し、認知症を理由とした診療拒否や入院拒否があることが明らかになり、また、診療においてその他にも様々な問題があることが明らかになった。

平成26年度について

認知症の人が身体疾患を来たした場合に適切な医療が提供されているかどうかを明らかにするために、認知症の人と家族の会会員、全国の救急告示病院、知多北部地域の介護保険サービス事業所及び有料老人ホームに対する調査・解析を行った。認知症の人が身体救急疾患を来たしやすい条件、問題を生じにくい受診方法、認知症の人の身体救急疾患への対応に積極的な病院の特徴、介護保険サービス事業所や有料老人ホームが身体救急疾患の対応において抱える課題等が明らかとなった。

主任研究者

武田 章敬 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長

分担研究者

栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長

福家 伸夫 帝京大学ちば総合医療センター 救急集中治療センター センター長

研究期間 平成24年11月1日～平成27年3月31日

A. 研究目的

認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して生活するためには、必要な医療・介護サービスやインフォーマルサービスが切れ目なく提供されることが重要である。医療サービスは基盤となるサービスであるが、その中でも認知症の人が身体合併症を来たしたときの医療機関の対応に関しては、必ずしも認知症の人や家族が満足できる対応を受けていないとの指摘がしばしばある。認知症があるが故に診療や入院を拒否されたり、家族の付き添いを要求されたり、身体抑制が行われたとの事例が聞かれる。しかし、これまでその実態に関する調査は行われていない。そこで本調査研究において、その実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

3年間全体について

1 認知症の救急医療の実態に関する、医療を受ける側を対象とした調査票の作成と調査の実施

1-1 調査票の作成

医師（認知症専門病院、救命救急センター、地域のかかりつけ医）、看護師、社会福祉士、研究者、認知症の人を介護する家族と協議を行い、調査票原案を作成した。

1-2 調査の実施

1-2-1 認知症の人と家族の会愛知県支部会員を対象とした調査（予備的調査）

作成した調査票原案を用いて、認知症の人と家族の会愛知県支部会員（600名）を対象として調査票を郵送し調査を行った。

1-2-2 認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査

愛知県支部会員を対象とした調査結果を踏まえ、更に協議を行い、調査票の改訂を行った後、認知症の人と家族の会の協力を得て、各都道府県支部で10名程度を対象として調査を行った（500名）。各都道府県支部から会員に対して調査を依頼し、調査票を手交して実施した。

1-2-3 認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査の結果の解析

実施した全国調査の結果の解析を行った。

1-2-4 国立長寿医療研究センター外来受診中の認知症の人の家族を対象とした調査

国立長寿医療研究センターの主にももの忘れ外来に通院している認知症の人(診断後2年以上経過)に対して調査票を手交し、調査を行った(500名)。

2 認知症の救急医療の実態に関する、医療を提供する側を対象とした調査票の作成と調査の実施

2-1 調査票の作成

先行研究のレビューと救急に携わる医師へのヒアリングの結果を踏まえて、医師(認知症専門病院、救命救急センター、地域のかかりつけ医)、看護師、社会福祉士、研究者、認知症の人を介護する家族と協議を行い調査票の作成を行った。

2-2 調査の実施

全国の救急告示病院(3,697ヶ所)に対して調査票を郵送し、調査を実施した。

2-3 結果の解析

実施した全国調査の結果の解析を行った。

3 介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした認知症の身体合併症の救急医療に関する調査

医師、看護師、社会福祉士、介護保険サービス事業所職員、研究者、認知症を介護する家族と協議して作成した原案を、少数例の予備的調査を行い確定させた調査票を知多北部地域(大府市・東浦町・東海市・知多市・阿久比町)の認知症の人が利用している介護保険サービス事業所及び有料老人ホーム(合計254ヶ所)に送付した。

平成26年度について

研究1(認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査の結果の解析)

公益社団法人認知症の人と家族の会会員を対象として実施した全国調査の結果を詳細に解析した。

研究2(全国の救急告示病院を対象とした調査結果の解析)

認知症の人の身体合併症の救急診療に関して、全国の救急告示病院を対象として実施した調査の詳細な解析を行った。

研究3(知多北部の介護保険サービス事業所及び有料老人ホームを対象とした調査)

知多北部の介護保険サービス事業所及び有料老人ホーム(合計254ヶ所)を対象としてアンケート調査を行った。

(倫理面への配慮)

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(平成20年12月1日一部改正)を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年7月31日全部改正)を遵守して行った。また、アンケート調査において独立行政法人国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の許可を得た。

C. 研究結果

3年間全体について

1 認知症の救急医療の実態に関する、医療を受ける側を対象とした調査票の作成と調査の実施

1-1 調査票の作成

作成した調査票は「身体疾患の疾患名または症状」「受診の方法（外来受診、救急搬送等）」「受診した医療機関」「受診の結果（帰宅、入院等）」「入院を拒否されなかったか」「入院治療を受けた場合に問題はなかったか」等の質問から構成される。

1-2 調査の実施

1-2-1 認知症の人と家族の会愛知県支部会員を対象とした調査（予備的調査）

141名から回答を得た（回答率23.5%）。その結果、過去5年間で46%が身体疾患のために救急医療を受診したこと、身体疾患の内訳は肺炎、骨折が多かったこと、受診の結果40%が入院となったこと、入院したケースのうち39%で問題があり、その内容としては「家族の付添いを求められた」「有料個室への入院を求められた」が最多であった。入院拒否のケースはなかったが、自由記載において、診療拒否や長い待ち時間、入院による日常生活動作の低下等の課題が明らかになった。

1-2-2 認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査

468名から回答を得た（回答率93.6%）。その結果、過去5年間で65%が身体疾患のために救急医療を受診したこと、受診したケースの33%で何らかの問題があったこと、その内容としては「待ち時間が長くて大変だった」「医療機関の職員（医師、看護師等）から納得できないような対応をされた」が多く認められたが、「認知症を理由に診察を拒否された」が7例、「入院が必要と考えられるのに医療機関から認知症を理由に入院を断られた」が14例あったことが明らかになった。また、受診の結果56%が入院となったこと、入院したケースのうち51%で何らかの問題があり、その内容としては多いものから「家族の付添いを求められた」「身体拘束をされた」「入院前と比較して身体機能が低下してしまい、介護が大変になった」の順であった。

1-2-3 認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査の解析

認知症の人が高齢で、要介護度が高く、介護期間が長い人ほど身体救急疾患のために医療機関を受診していた。また、訪問診療や往診により受診した人は自家用車等で外来受診した人よりも受診における問題が生じにくいことが示された。

1-2-4 国立長寿医療研究センター外来受診中の認知症の人の家族を対象とした調査

276名から回答を得た（回答率55.2%）。その結果、過去5年間で41%が身体疾患のために救急医療を受診したこと、受診したケースの18%で問題があったこと、その内容としては回答が多かった順に「待ち時間が長くて大変だった」「症状や経過をうまく説明できず、困った」「医療機関の職員（医師、看護師等）から納得できないような対応をされた」であったが、「認知症を理由に診察を拒否された」が1例、「入院が必要

と考えられるのに医療機関から認知症を理由に入院を断られた」が3例あった。また、受診の結果、48%が入院となり、そのうち28%で問題があり、その内容としては回答の多かったものから「家族の付添いを求められた」「身体拘束された」「有料個室への入院を求められた」「身体機能が低下し、介護が大変になった」の順であった。

2 認知症の救急医療の実態に関する、医療を提供する側を対象とした調査票の作成と調査の実施

2-1 調査票の作成

先行研究のレビューと救急に携わる医師へのヒアリングの結果、認知症の救急医療に関する課題として「意思疎通が困難」「病歴・症状を聴取しにくい」「検査・処置（特に内視鏡や腰椎穿刺など）への協力が得られにくい」「検査や処置の説明と同意が本人から得られない」「転倒・転落の危険がある」「頻回の訴えやナースコール」「他患者とのトラブル」「社会的入院を求められる」「社会的入院の際に担当科を決められず、各科間でトラブルがある」「重症化して初めて受診する」等があった。これらの課題を踏まえて、医師（認知症専門病院、救命救急センター、地域のかかりつけ医）、看護師、社会福祉士、研究者、認知症の人を介護する家族と協議を行い調査票の作成を行い、少数例の予備的調査を行い、調査票を確定させた。

2-2 調査の実施

593ヶ所の病院から回答を得た（回答率16.0%）。認知症患者の救急外来での診療に関して「通常行っている」「行うことが多い」と回答した病院が86%であった一方で「通常行わない」「行わないことが多い」と回答した病院も7%あった。また、認知症患者の緊急入院に関して「通常受け入れている」「受け入れることが多い」と回答した病院が84%であった一方で「通常受け入れない」「受け入れないことが多い」と回答した病院も5%あった。認知症対応マニュアルを整備している病院が16%、全ての入院患者に認知症の有無の評価をしている病院が12%であった。「認知症患者の身体救急疾患への対応が困難であると感じることがある」と回答した病院が94%あり、その理由としては、回答が多かったものから順に「転倒・転落の危険がある」「意思疎通が困難」「検査・処置への協力が得られにくい」であった。困ったときの対応としては、「患者の不安や混乱を取り除くよう努める」「身体抑制」「早期退院を求める」「家族に付き添いを求める」「薬物による鎮静」「有料個室への入室を要請」の順で回答が多かった。「身体抑制」に関しては「通常行う」「しばしば行う」と回答した病院が32%あった。認知症患者の救急対応の現状を改善するための方法として有効と考えられるものについては、「病院職員を対象とした認知症対応の研修」「精神科病院等との連携強化」「診療報酬で評価」の順に回答が多かった。

2-3 結果の解析

救急医療を積極的に行っている病院や精神科病床を有する病院は認知症の身体救急疾患の外来診療や緊急入院の受け入れに積極的であることが明らかになった。一方で、

これらの特徴を持つ病院において身体抑制や薬物鎮静がより頻繁に行われていることも示された。

3 介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした認知症の身体合併症の救急医療に関する調査

118 事業所から回答を得た（回答率 46.5%）。

「貴事業所を利用中の人が急な病気や怪我を来し、外の医療機関を受診する必要がある場合に困ったことがありますか」の質問に対して、「常にある」「しばしばある」「時にある」のいずれかと回答した事業所が約 35%あった。困ったことの具体的内容としては、回答の多い順に「診療に同行し、長時間待たされた（44 事業所）」「診療に同行し、医療機関の職員（医師や看護師等）から理解に苦しむ対応をされた（20 事業所）」「認知症を理由に医療機関から入院を断られた（10 事業所）」であったが、「認知症を理由に医療機関から診療を断られた」という回答も 1 事業所あった。

平成 26 年度について

研究 1（認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査の解析）

認知症の人が高齢で、要介護度が高く、介護期間が長い人、施設やグループホームで生活する人ほど身体救急疾患のために医療機関を受診していた。また、訪問診療や往診により受診した人は、自家用車等で外来受診した人よりも問題が生じにくいこと、内科疾患が多いことが示された。

研究 2（全国の救急告示病院を対象とした調査の解析）

病床数が多い病院、三次救急を担当していたり、救急車を多く受け入れていたり、専従の救急医を配置している等の救急医療を積極的に行っている病院、精神科病床を有する病院、認知症の診療を行っている病院、認知症疾患医療センターの指定を受けている病院は認知症の身体救急疾患の外来診療や緊急入院の受け入れに積極的であることが明らかになった。一方で、これらの特徴を持つ病院において身体抑制や薬物鎮静がより頻繁に行われていることも示された。

研究 3（知多北部の介護保険サービス事業所及び有料老人ホームを対象とした調査）

身体救急疾患の医療機関の受診に関し、困ったことが「常に」「しばしば」「時に」と答えた事業所が約 35%あった。困ったことの内容としては、「診療に同行し、長時間待たされた（44 事業所）」「診療に同行し、医療機関の職員（医師や看護師等）から理解に苦しむ対応をされた（20 事業所）」「認知症を理由に医療機関から入院を断られた（10 事業所）」の順に多かった。その他「家族との連絡が取れず困った」との記述も 4 事業所であった。

D. 考察と結論

3年間全体について

医療を受ける側と医療を提供する側に対する調査によって、認知症の人が身体の救急疾患を来たした場合に、診療や緊急入院を拒否される場合があることが明らかになった。また、拒否されないまでも、受診の際に待ち時間が長かったり、医療スタッフから納得できないような対応をされたり、入院の際に家族の付き添いを求められたり、身体拘束されたりしていることが多いことも明らかとなった。また、調査結果の検討により、認知症の人でどのような条件で身体救急疾患を来たしやすいか、どのような受診方法であれば問題が起きにくいかが明らかになり、認知症の人の身体救急疾患に積極的な救急告示病院の特徴が明らかとなった。今回の調査で明らかになった現状と課題を改善する方策（一般病院における職員研修や対応マニュアルの作成・精神科病院等との連携・診療報酬改定に関する提言等）について、今後も検討を継続する予定である。

平成26年度について

認知症の人と家族の会を対象とした調査で、身体救急疾患を来たした人は高齢、要介護度が高い、介護期間が長いなどの特徴があることが明らかとなり、訪問診療や往診などは受診の際の問題が生じにくいことが明らかになった。訪問診療や往診は有効な手段である一方、対応できる疾患・症状は限定されるため、状況に応じた使い分けが効果的と思われた。

また、救急告示病院を対象とした調査では、救急医療に積極的な病院や精神科病床を有する病院は認知症の人の身体救急疾患への対応に積極的であることが明らかとなった。これらの特徴を持つ病院は身体抑制や薬物鎮静もより頻繁に行うことも示されたが、身体抑制や薬物鎮静は、身体疾患の状況、認知症の状態等によって条件が異なってくるため今後更に詳細な調査と検討が必要と考えられた。

知多北部の介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした調査において、身体救急疾患の医療機関での対応における問題が示された。「診療に同行し、長時間待たされた」「診療に同行し、医療機関の職員（医師や看護師等）から理解に苦しむ対応をされた」等の問題は、介護保険サービス事業所や有料老人ホームと医療機関が適切な連携体制を構築していけば解決可能な問題と思われ、今後の検討課題と思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

平成24年度（11月以降）

- 1) 武田章敬、【認知症治療の最前線-包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略-】 認知症ケアに向けた地域の取組みについて教えてください. *Geriat Med*, 51: 1189-1192, 2013
- 2) 岡村毅、松原全宏、笠井清澄、栗田主一、身体救急における高齢者の精神医学的問題. *老年精神医学雑誌* 23:1323-1328, 2012

平成25年度

- 1) 武田章敬、堀部賢太郎：認知症医療の将来展望. *脳とこころのプライマリケア* 第2巻 知能の衰え 池田 学編, シナジー, p160-169, 2013.
- 2) 鳥羽研二 (監修)、武田章敬、清家 理 (編集). *患者さんご家族から学ぶ「認知症なんでも相談室」*, メジカルビュー社, 2013.
- 3) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 松崎尊信, 栗田主一：地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴:認知症ステージによる検討. *老年精神医学雑誌*, 24(10):1047-1061, 2013.
- 4) 栗田主一：認知症に対応できる地域包括ケアシステムの確立に向けて. *日本老年医学雑誌* 50: 200-204, 2013.
- 5) 栗田主一：BPSD とは-今なぜ注目されるのか. *認知症の最新医療* 3: 62-67, 2013.

平成26年度

なし

2. 学会発表

平成24年度 (11月以降)

なし

平成25年度

- 1) Takeda A: Five-Year Plan for Promotion of Dementia Measures, or “Orange Plan”. *International Conference on Preventive Services and Dementia Screening for Older People, Kaohsiung, Taiwan, October 19, 2013*
- 2) 武田章敬他：地域における認知症の医療と介護の連携に関する実態調査. 第54回日本神経学会学術大会, 2013, 東京.
- 3) 武田章敬他：もの忘れチェックリストの有効性の検討. 第32回日本認知症学会学術大会, 2013, 長野.
- 4) Awata S: Direction of the national dementia strategy in the context of the establishment of a community-based integrated care system: Early diagnosis and intervention. *IAGG 2013, Korea-Japan Forum, Seoul, Korea, 6.25, 2013.*
- 5) Awata S: A comprehensive assessment and intervention program for dementia in a community-based integrated care system in Japan.

International Psychogeriatric Association, 16th International Congress,
Seoul, Korea, 10.3, 2013.

- 6) 栗田主一：認知症診療の枠組み. 第 109 回日本精神神経学会. 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 7) 菊地義彦, 福家伸夫, 志賀英敏, 小林 由, 宮澤正明: CHDF 長期施行中の患者における電解質異常の検討. 第 24 回日本急性血液浄化学会. 2013 年 9 月 13-14 日, 札幌
- 8) Nobuo Fuke, Hidetoshi Shiga, Yuki Kobayashi, Masaaki Miyazawa: Historic Review of Pandemic Flue in Isolated Japan. 18th World Congress for Disaster and Emergency Medicine, Manchester, United Kingdom , 28th to 31st May, 2013

平成 26 年度

- 1) 武田章敬他：認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査 (第 2 報). 第 55 回日本神経学会学術大会, 2014, 長野.
- 2) 武田章敬他：全国の救急告示病院を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査. 第 33 回日本認知症学会学術集会, 2014, 神奈川.
- 3) 武田章敬他：家族会家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査. 第 33 回日本認知症学会学術集会, 2014, 神奈川.
- 4) Niikawa H, et al.: Association between prescribed medicines and cognitive function in the community-dwelling elderly. GAS 67th Annual Scientific Meeting, Washington D.C. 11.5-11.9
- 5) 栗田主一：オレンジプランと高齢者の精神医療. 第 29 回日本老年精神医学会 (シンポジウム). 2014.6.12-6.13, 東京.
- 6) 古田光, 扇澤史子, 筒井啓太, 福島康浩, 三瀬耕平, 萩原寛子, 菊地幸子, 須田潔子, 栗田主一, 松下正明：身体疾患と認知症による生活破綻で入院した 2 症例—合併症による処遇の差—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-6.13, 東京.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし