

認知症診療のための 地域連携パス

大阪大学大学院医学系研究科
精神医学分野

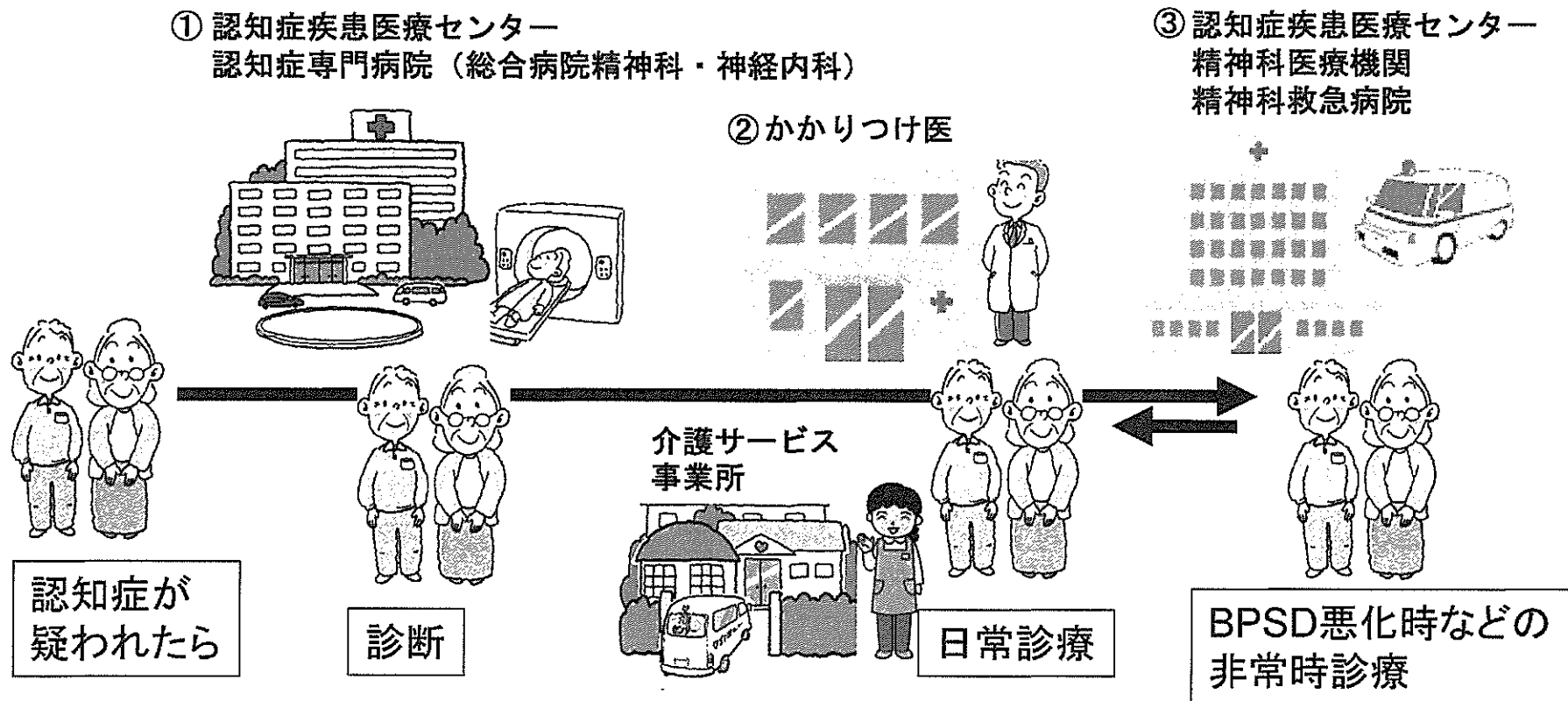
数井 裕光

情報開示

本研究は、平成21-23年度厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業／認知症対策総合研究事業
「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス
作成に関する研究」により行われています。

認知症患者さんの診療には連携が必要

- ・ 認知症の診療は正しい原因疾患の診断からはじまる。
 - 疾患によって、出現しやすい認知障害、BPSDが異なり治療法、対応法も異なる。
- ・ 在宅診療と専門病院での診療とを円滑に連携させる仕組みが必要。



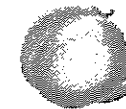
認知症地域連携パス

- 非専門家に認知症患者さんの診療手順を視覚化する役割。
 - 認知症診療手順、流れはよく知られていない。
- 認知症患者さんに関わるかかりつけ医、ケア職員、家族介護者、専門医など多職種の役割分担・連携を明確化。
- 医療の標準化、透明化：一般に公開。
- パスは(診断)、(日常診療)、(非日常診療)に分けられる。
- (日常診療)のパスには補完システム必要。
 - 検査や特別な治療が少ない。
 - 家族介護者とケア職員の役割が重要な時期。
 - 連携ファイル: 医療とケア、家族間の情報の共有化。
 - 疾患別・重症度別ケアガイドブック
 - 現段階では認知症診療連携をするには専門医が、その他のメンバーに教育的支援を継続的に行い続けることが必要。
 - 連絡会議: かかりつけ医、ケア職員、認知症専門医(、家族介護者)が連携について意見交換、勉強し合う。
 - 顔の見える関係、継続的な勉強会

連携ファイルの作成

- ・ 診断した専門医療機関で患者さんごとに発行。
 - 主介護者の同意を必要とする。
- ・ 天寿を全うするまで利用し続ける。
 - 病院、介護サービス事業所に行くときに携帯。
- ・ 母子手帳をイメージ。
 - 前半部:患者の診療情報をまとめる。
 - ・ 病歴、診断、診断した病院、重要な検査結果
 - ・ かかりつけ医、ケアマネジャー、介護サービス事業所などの情報
 - ・ 今後出現しうる症状を記載し、備えてもらう。
 - 後半部:家族、ケアマネジャー、ケアスタッフ、かかりつけ医、専門医などがお互いに連絡しあい、質問しあい、回答しあう。
- ・ 今後の改訂
 - A5サイズ、2分冊とする。
 - ・ 後半部は常に携帯。
 - ・ 前半部は、必要時のみ携帯。

心と認知の連携ファイル
あなたの安心を
みんなで支えます



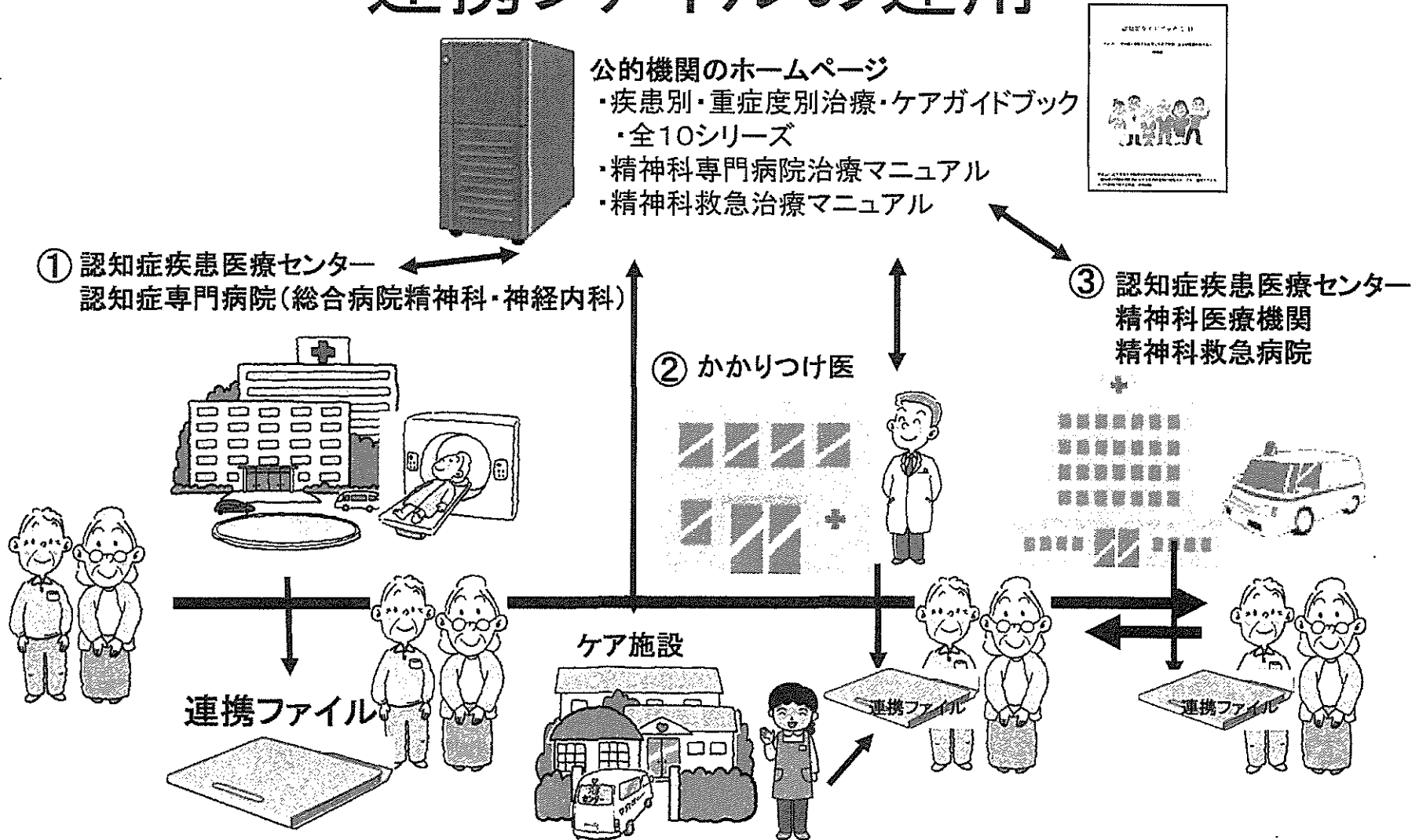
試験運用中の声

- ・ 介護サービス事業所
 - これまで話しにくかったかかりつけ医と連絡がとりやすくなった
 - 複数のサービス事業所間の情報共有に有用
- ・ 家族介護者
 - 安心感が持てる
 - 新しい施設、病院に初めて行ったときにくり返し同じ話をしなくてすんだ
- ・ かかりつけ医
 - 患者さんの日常がわかった
 - 利用している介護サービスを知った
 - カルテとの二重書きになるから記載が面倒。電子化してほしい

連携ファイルの有用性

- 母子手帳：子供の誕生・成長と母親の健康を国が支える制度。
 - 長期間にわたる経過記録としての利便性
 - 関連機関が記録を共有できる有用性
 - 母子を支える制度があることを実感できる安心感
- 連携ファイル(〇〇手帳)：人生の最終ステージを皆で支える。
 - 利便性、有用性、安心感を利用者に提供できる。
- 都市部で連携システムを構築する際に特に有用。
 - 地方都市に比べて、血縁に頼れず、地縁の薄い都市部にこそ、地域連携システムを構築するために有効なツールが必要。
- かかわるすべての人が「連携ファイルに記入する」、「連携ファイルを読む」ことを通じて、「認知症の患者さんと家族から学んで、現場に活かす」ことが同時にできる、成果を共有できる。

私たちの考えるガイドブックと 連携ファイルの運用

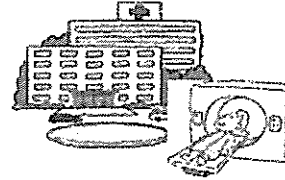


現在進行中の前向き研究

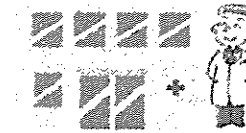
連絡会議



阪大病院神経科精神科



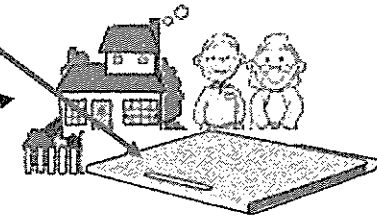
吹田市・豊中市
かかりつけ医



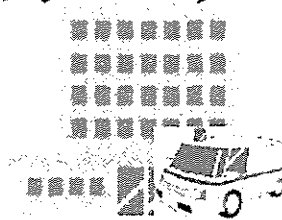
疾患別・重症度別
ケアガイドブック



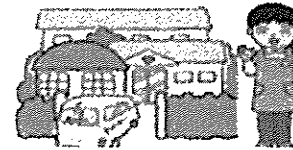
患者、家族介護者



認知症疾患医療センター +
(さわ病院)



ケア施設



連携ファイル

参加者

- ・患者(家族): 59患者
- ・かかりつけ医: 75名
- ・介護サービス事業所: 84施設
- ・ケアマネジャー: 48名
- ・期間
- ・平成23年2月~7月

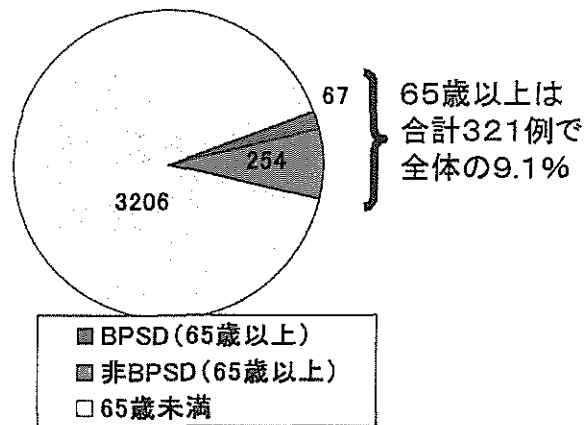
アウトカム

- ・メンバー間の連絡回数の増加
- ・かかりつけ医、ケア職員の患者さんの症状や診療・ケアの状況、患者さんを取り巻く人たちに関するお互いの情報把握の改善
- ・家族介護者の介護負担感の軽減
- ・患者さんの精神症状の軽減と認知機能の改善
- ・このシステムの感想

調査結果(1):BPSD治療目的で精神科救急システムは利用されていない

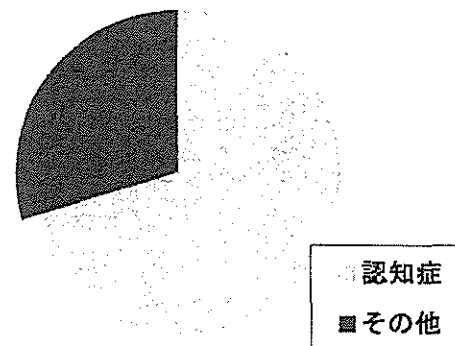
- 精神科救急診療をしている全国の精神病院102病院を対象に平成21年10月1日～11月30日の間の夜間、休日にBPSD様症状で受診した65歳以上の患者について前向き調査を施行

BPSD治療目的患者



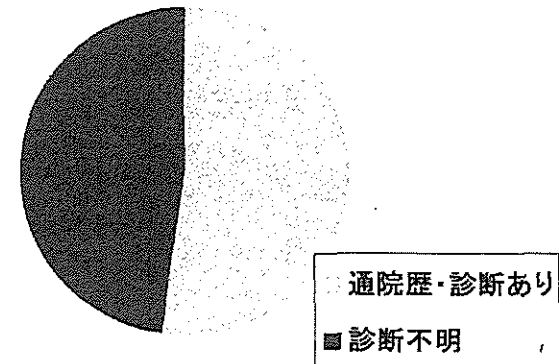
BPSD様症状を主訴に受診したのは、わずか67例、全体の1.9%
→精神科救急システムの啓発が必要

67例の原因疾患



受診者の約2/3は認知症であったが、約1/3は他の精神疾患
→認知症のBPSDの救急は精神科病院で受けるべき

67例の受診歴



受診者の半数は受診歴がない、または受診時診断不明。
→認知症疑い患者の早期診断の必要性の啓発が重要

調査結果(2): BPSD入院基準を提案

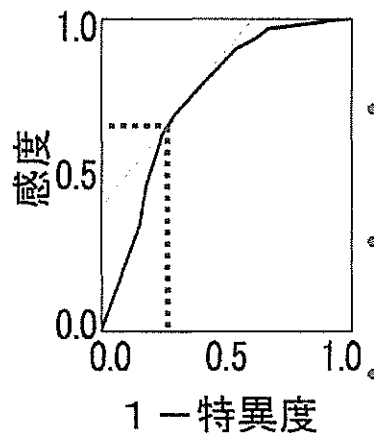
- 平成21年度の大阪府での調査で、どのようなBPSDに入院治療が必要なのかがわからず、患者家族(89%)、ケアスタッフ(84%)、かかりつけ医(100%)は入院の目安の作成を希望。

認知症疾患医療センター・精神科専門病院で、入院目的として頻度の高かった症状のうち、その症状が入院の原因となった群(A)と入院の原因にならなかった群(B)とを比較。対象140名。

睡眠	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	58	8.2±3.5	7.3-9.2
B群	82	5.0±4.6	4.0-6.0

興奮	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	96	7.7±3.8	6.9-8.4
B群	44	5.0±3.4	4.0-6.1
妄想	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	62	7.7±3.8	6.8-8.7
B群	78	4.0±4.3	3.0-4.9
異常行動	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	60	8.0±4.2	6.9-9.0
B群	80	5.4±4.9	4.3-6.5

入院を要する精神症状の目安をNPIのスコアで作成

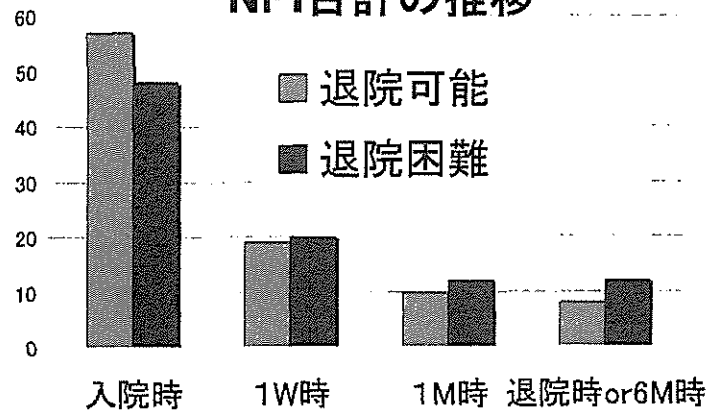


- 妄想は6点以上
 - 感度0.69特異度0.71
- 興奮は8点以上
 - 感度0.65特異度0.66
- 異常行動は8点以上
 - 感度0.68特異度0.60
- 睡眠は6点以上
 - 感度0.81特異度0.54

調査結果(3): BPSD治療入院は1ヶ月間

退院可能: 入院後6ヶ月までに退院した症例、退院困難: 同時点で退院できなかった症例

専門病院での治療による
NPI合計の推移



BPSDは1週間で著明軽減、
1ヶ月でプラトーに
→1ヶ月で退院が可能
→早期入院、早期退院が適当

退院困難群48例の理由

受入施設ない(16)、BPSD(性的逸脱行為、大声・暴力、盗食、放尿など)のため(14)、家族が関わり拒否(6)、身体疾患・副作用(5)、その他(7)

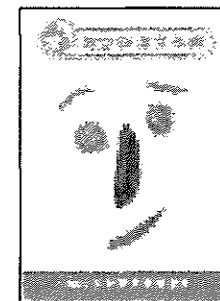
退院可能例と困難例の比較

患者要因	退院可能群 92例	退院困難群 48例	p値
年齢	78.1±8.7	75.3±11.2	0.11
男性の割合(%)	41	60	0.04
教育年数	9.4±3.3	9.7±3.5	0.68
MMSE	11.1±0.7	10.3±1.0	0.51
ADの割合(%)	67	69	
患者の年金額	12.7±10.9	8.7±7.2	0.026
主介護者が配偶者の割合(%)	34	40	0.46
同居者の有(%)	51	62	0.23
介護介助者の有(%)	33	38	0.56
介護者教育年数	12.4±3.1	12.2±3.5	0.69
ZBI総得点	48.9±19.1	48.1±17.8	0.80

地域連携パスを定着させるために

- 認知症診療に関心のあるかかりつけ医の確保が重要
 - かかりつけ医が、専門医を紹介してくれないとの介護者の嘆きが多かった。
 - 認知症診療に関心の少ないサポート医先生はあまり機能しない。
 - 関心のある医師が医師会の中核にいと連携は進みやすい。
 - 開業医の先生は忙しさに差がある。
 - 週当たりの患者数:206±158人(18~650人)
 - » 認知症患者数:16±18人(1~100人、精神科クリニック含)
 - 時間に余裕があり、かつ若い開業医の先生が認知症診療連携に協力。
 - 外来診療圏ごとに認知症診療開業医を設定。
 - » 診療所名と地図を公開。
 - 連携の橋渡しとなるものが必要
 - 定期的に利用する素材が必要
 - 連携ファイル:国、協会などが標準的な資材を発行。
 - 地域連携電子カルテ:ネットワーク基盤の整備
 - 保険点数化:今ある制度のどこに入れられるか。
 - パスを使えば〇点、連携ファイルに記載すれば〇点。
 - 家族に介護指導をすれば〇点。
 - 介護サービス事業所に医師が往診し介護指導をすれば〇点。

糖尿病連携手帳
(日本糖尿病協会発行)



今後の私達の計画

- 現在の日常診療システムの中の連携ファイル、ガイドブック、連絡会議それぞれの効果検証
 - 効果の少ない介入、効果の少ない項目は削除する。
- (診断パス)、(日常診療パス+連携システム)、(非日常診療パス)を連結し、かつ以下のことを取り入れた連携パスを作成
 - 専門病院への入院基準
 - 専門病院でのパスを入院期間を1ヶ月間を目指す
 - 精神科救急システムの啓発システム
- 連携パスの長期効果の検証研究(2~3年間)
 - 千里ニュータウンは今後一気に高齢化が進む都市部の高齢化の典型で研究地域として望ましい。
- アウトカムは現在の研究の項目+在宅生活期間の延長。