

—老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討—

老人性痴呆疾患治療病棟における治療の現状に関する実態調査

—人員配置と身体合併症への対応—

分担研究者 森村安史

医療法人樹光会大村病院 理事長

研究要旨：老人性痴呆疾患治療病棟における治療の質を確保し、さらに向上させるために、設備基準の改善や、人員基準の見直し、あるいは、クリニカルパス法の導入などが考えられるが、実際には、老人性痴呆疾患治療病棟での治療の現状を知ることが極めて重要である。このために、日精協会員病院のもつ老人性痴呆疾患治療病棟と療養病棟を対象としてアンケートによる実態調査を実施した。**研究方法：**27の民間精神科病院に対して、①同病棟の病棟の規模、②看護者などの人員配置の状況、③内科医師の配置状況、④身体合併症への対応の現況、などについて調査を行った。入院患者の状況は、平成13年8月に実施された。**結果：**看護者と看護助手は多くの病棟で加配が行われており、両者の総和は、治療病棟で2.23:1、療養病棟で2.4:1といずれにおいても大幅な加配が行われている実態が明らかとなった。入院患者では、入院時において、73.2%が一定以上の身体合併症をもっており、入院後6ヶ月以内に10.7%が専門病院又は専門病棟に転出している。このような状況にもかかわらず、常勤の内科医をもつ病院は45.5%にすぎなかった。**まとめ：**会員病院から抽出した痴呆疾患専門病棟は、高い人員配置により一定以上の質が保たれているが、診療報酬上、身体合併症の治療が不十分であるために、内科医師の配置不足などの問題が残されている。

協力研究者氏名	所属施設名及び職名
---------	-----------

鮫島 健 松原三郎	鮫島病院院長、日本精神科病院協会副会長 松原病院 理事長
--------------	---------------------------------

A. 研究目的

これまで行われてきた実態調査の結果からは、痴呆疾患専門病棟の人員配置は加配が行われていることが知られている。介護保険制度が導入され、医療の質の向上が一層求められている状況下で、加配の状態がどのように変化しているのかについて再度実態を調査する必要がある。さらに、入院後の治療や本人のQOLに大きな影響を与える身体合併症管

理の実態についても調査する必要がある。

B.研究方法

日精協会員病院のうち、予め実態調査の了解を得られた 25 病院を対象として、アンケートによる実態調査が行われた。51 病棟が対象となったが、老人性痴呆疾患治療病棟 25、老人性痴呆疾患療養病棟 26 であった。調査の実施は平成 13 年 8 月に行われた。

C.結果（別添資料参考）

- ①病棟の規模：病棟の規模では、治療病棟では単純平均で 45.2 床、療養病棟では単純平均で 49.8 床であり、療養病棟の方が病床規模はやや大きい。
- ②人員配置：別添資料に看護職員、看護補助者、作業療法士、理学療法士、PSW、臨床心理士について集計結果を示した。看護職員と看護助手のいずれにおいても加配が行われているが、人員の総和（看護職員数＋看護助手数）をみると、治療病棟で 2.23 : 1、療養病棟では 2.4 : 1 と大幅な加配が行われている実態が明らかである。実態は、基準以上のマンパワーを要するのが現状である。
- ③身体合併症対策：入院時においては 73.2%において身体合併症がともなっており、その後、6 ヶ月以内に、10.7%が身体合併症のために専門医療施設または病棟に転出している。また、7.1%が死亡している。すなわち、約 17%において重度な合併症を示しており、十分な対策が必要なことは明らかである。それにもかかわらず、常勤医師として内科医を配置している病院は 45.5%にすぎなかった。

D.考察

治療病棟、療養病棟のいずれにおいても大幅な加配が行われているが、このことは、痴呆疾患の入院治療においては、基準（総和で 3 : 1）以上のマンパワーが必要とされているのが現実である。このような各病院の努力が、現在の痴呆病棟の質を維持しているものと思われる。

E.結論

各病院は、より充実した治療・介護のために看護者や看護補助者などの人員を加配している実態が明らかとなった。しかし、このような大幅な人員の加配が必要であるにもかかわらず、配置基準が低く抑えられていることには問題がある。また、身体合併症に対する対策は、痴呆専門病棟の機能面では緊急の課題でもある。入院中の患者に対する内科等の治療が円滑に進むように、診療報酬上の改善の必要がある。

—老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討—

**老人性痴呆疾患治療病棟における治療の現状に関する実態調査
—入院時症状、入院中の治療内容と治療効果、残留率などの分析—**

分担研究者 松原三郎 医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長

研究要旨：老人性痴呆疾患治療病棟における治療の質を確保し、さらに向上させるために、クリニカルパス法など種々の方策が必要となるが、そのために、老人性痴呆疾患治療病棟での治療の現状を知るためにアンケート調査による実態調査を実施した。**研究方法：**27の民間精神科病院に対して、平成13年1月の1ヶ月間に入院した患者の症状や入院後の経過を調査した。①入院患者の入院前の状況、②入院時の病状、③入院後の変化、④治療内容、⑤退院までの期間、退院先、⑥残留率、などについてアンケート調査を行った。**結果：**1ヶ月間の入院患者数は145名であった（治療病棟112名、療養病棟33名）。治療病棟の入院率は0.088人/月、療養病棟は0.026人/月であった。入院前ではいずれの病棟も他の病院・病棟からの転入が多い（52.5%）。自宅からの入院は治療病棟が36.6%と療養病棟の24.1%に比して高い。入院時の症状では、入院時には約91%において問題行動と精神症状（BPSD）を伴っている。治療病棟では「せん妄、幻覚妄想、不潔行為」がより重度な症状を示した。治療内容では、治療病棟では約83%において抗精神病薬が用いられている。このような治療の結果、痴呆症状の約21%が6ヶ月以内に改善し、精神症状では56%が改善し、問題行動では60%において改善が認められた。退院では自宅に戻った患者は17%にすぎなかった。入院患者の残留率では、90日を経ても、治療病棟56%、療養病棟63%が残留しており、180日後においても治療病棟で41%、療養病棟で47%が残留している。**まとめ：**145名の分析結果は、治療病棟がより重度な例を受け入れており、治療効果も高い、また、在宅医療と密接な関連を保っていることがわかる。しかしながら、残留率からみると、両病棟間での差異はほとんど認められなくなりつつある。

協力研究者氏名	所属施設名及び職名
鮫島 健	鮫島病院 院長、 日本精神科病院協会 副会長
森村安史	大村病院 理事長

A. 研究目的

痴呆性高齢者の入院治療は、精神症状や問題行動が著しい場合には、痴呆専門病棟で処

遇することが必要となる。しかしながら、それらの症状がどのような経過で改善し、さらに、どのような治療法が有効であったかなどについては不明な部分が多い。このために、入院患者の経過を把握するために実態調査が必要である。

B. 研究方法

予め実態調査の承諾を得られた、27の日精協会員病院に対して、平成13年1月の1ヶ月間に入院した患者について、その症状や入院後の経過を調査した。調査の項目は「入院患者の入院前の状況、入院時の病状、入院後の変化、治療内容、退院までの期間、退院先、残留率」等である。

C. 結果 (別添資料参照)

1ヶ月間の入院患者数は145名であった(治療病棟112名、療養病棟33名)。治療病棟の入院率は1.05人/年(0.088人/月)、療養病棟は0.31人/年(0.026人/月)であった。

入院前の状況を検索すると、いずれの病棟も他の病院・病棟からの転入が最も多い(52.5%)。自宅からの入院となった症例は、治療病棟が36.6%と療養病棟の24.1%に比して高い。入院時の症状では、入院時には約91%において問題行動と精神症状(BPSD)を伴っている。治療病棟では「せん妄、幻覚妄想、不潔行為」がより重度(重度+中等度)な症状を示した。治療内容では、治療病棟では約83%において抗精神病薬が用られている。このような治療の結果、痴呆症状の約21%が6ヶ月以内に改善し、精神症状では56%が改善し、問題行動では60%において改善が認められた。退院では自宅に戻った患者は17%にすぎなかった。入院患者の残留率では、90日を経ても、治療病棟56%、療養病棟63%が残留しており、180日後においても治療病棟で41%、療養病棟で47%が残留している。

D. 考察

- ①治療病棟は、より多く自宅からの受け入れが多く、また、症状も比較的重度であることが多い。
- ②治療効果の面では、とくに、BPSDの回復は、治療病棟では57%において認められている。この数字は療養病棟に比較して僅かではあるが、有意に治療病棟の機能が優れていることが分かる。
- ③上記の分析からは、治療病棟が高い治療機能をもっていることが明らかであるが、残留曲線から分析すると、痴呆治療病棟と療養病棟の差異は殆ど認められなくなる。両病棟ともに、病床回転率が極めて悪いが
- ④このことは、自宅以外の退院先が確保できないことによるものと思われる。

E. 結論

わが国の痴呆疾患専門病棟は、各病院の努力により高度な質が保たれている。この質がさらに向上するようにするためには、診療報酬も含めたさまざまな施策が必要である。

厚生省科学研究費補助金（長寿総合科学研究事業）
分担研究報告資料

平成 13 年度実施

「老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟における患者状況調査」

森村安史 大村病院 理事長

松原三郎 松原病院 理事長

（協力：日本精神科病院協会 高齢者対策・介護保険委員会）

はじめに

日本精神科病院協会 高齢者対策・介護保険委員会はこれまで「痴呆疾患専門病棟における人員基準等について（平成 10 年介護保険プロジェクトチームとして実施）」、「日精協会員病院が介護保険制度から受けた影響に関する実態調査（平成 12 年実施）」などを行ってきた。人員配置に関する調査では、老人性痴呆疾患治療病棟および痴呆疾患療養病棟の人員配置は、指定された基準よりも大幅に加配が行われていることが明らかとなった。介護保険に関する調査では、介護保険導入による影響は僅かではあったが、「おしめ」代金、事務経費増加分、さらには、身体合併症による経費などが問題となった。

今回、厚生労働省科学研究費補助金（主任研究者 鮫島 健 副会長）を受けてあらためて実態調査を行うこととなったが、上記の 2 名の委員が担当して実施したものである。

I. 調査目的

これまでの調査にもかかわらず、「老人性痴呆疾患治療病棟と痴呆疾患療養病棟の機能的な差異」、あるいは、「痴呆専門病棟での治療実態」などが解明すべき問題として残されてきた。平成 13 年度では、これらの点を明らかにするために、入院患者の病状や治療内容、さらには、治療効果を経時的に知ることにまで踏み込んだ調査が必要となった。企画された調査内容は患者の病状や治療状況を個別に、さらに経時的に詳細に調査することになるために、予め調査内容を知らせたうえで、受託いただいた病院（全 27 病院）について調査を行った。

Ⅱ. 調査方法

1. 調査対象病院

予め協力を依頼した病院は 28 病院であったが、実際に回答が得られた病院は 27 病院であった（回答率 98.6%）。このうち、Y 病院は 1 月中の入院がなかったために統計からはずし、さらに、T 病院については、重度加算算定病院であるばかりでなく、東京都から常時新たな患者を受け入れるように要請されており、3 ヶ月以内の入院期間が殆ど完全に励行されている病院である。このために、T 病院については、別個に統計処理を行い、全体の統計からは外した。この結果、統計処理が行われた病院は 25 病院であり、病棟数は 50 病棟となった。50 病棟のうち、老人性痴呆疾患治療病棟 25、老人性痴呆疾患療養病棟 25 であった。

2. 調査内容

郵送による実態調査は、平成 13 年 7 月から 8 月にかけて行われた（調査項目は別紙参照）。患者の状況を個別に知るために、平成 13 年 1 月の 1 ヶ月間に入院した患者に固定して調査を依頼した。これにより、合計 145 名の患者について入院から入院後 6 ヶ月までの経過を知ることができた。

Ⅲ. 調査結果

1. 病棟の種別と病床数について

老人性痴呆疾患治療病棟をもつ病院は 25 病院中 22 病院であり、このうち、3 病院は 2 病棟をもっており、結果として、25 病棟であった。病棟規模では、41 から 50 床が最も多く（69.2%）、単純平均では 45.2 床であった。

老人性痴呆疾患療養病棟をもつ病院は 14 病院で、合計 25 病棟であった。このうち、医療保険適用病棟だけをもつ病院は 7 病院、介護保険適用病棟だけをもつ病院は 1 病院、両方をもつ病院は 7 病院であった。病棟数では、医療保険適用病棟は 17 病棟、介護保険適用病棟は 9 病棟（基準Ⅰは 8 病棟、基準Ⅳは 1 病棟）であった。病棟規模は、単純平均で 49.8 床であり、治療病棟に比してやや大きい傾向が認められた。

2. 老人性痴呆疾患治療病棟の人員配置について

老人性痴呆疾患治療病棟の人員配置については回答が得られたのは 25 病棟であった。看護婦配置数では配置者数が基準どおり（6 : 1）であった病棟は 50%にとどまり、半数以上の病棟では基準以上の加配が行われている。看護補助者の配置数でも、65.7%において加配が行われている。

この加配の状況は、看護婦数と看護補助者数の合計でみると、さらに実態が明らかになる。施設基準では看護婦数と看護補助者数の総和は 3 : 1 であるが、調査対象となっ

た 31 病棟について総和を算出すると、91.6%において加配が行われており、その平均で 2.23 : 1 と極めて高い基準ににまで至っている。他方、療養病棟においても、61.5%において加配が行われており、平均では 2.4 : 1 と高い水準に至っている。

作業療法士、理学療法士、PSW、臨床心理士の配置については図に示すとおりであるが、その他には、ケアマネージャー、管理栄養士、レクレーション療法士などがあげられた。

3. 内科医師の配置状況と身体疾患への対応

老人性痴呆疾患治療病棟をもつ病院のうち、内科医師の配置、身体合併症などの対応について回答が得られた病院は 24 であった。常勤医師数では 22 病院から回答が得られたが、このうち、12 病院 (54.5%) においては、常勤内科医師がいなかった。このことは、身体疾患への対応が報酬として認められていないことが大きく影響しているものと考えられ、早急な対応が必要とされる部分である。

一定以上の重度な身体疾患が発生した場合の対応策では、専用病床があると答えた病院は 24 病院中 15 (62.5%)、院内に内科病棟を有すると回答したのは 24 病院中 5 (20.8%) であった。常勤の内科医師の存否にかかわらず、専用の病棟もしくは病棟をもつ病院は 24 病院中 20 病院 (83.1%) と高率であった。

4. 平成 13 年 1 月に入院した患者数と年齢

25 病院から得られた患者数は合計 145 名。治療病棟 112 名、療養病棟 33 名であった。病床数から入院人数の割合をみると、治療病棟では 1 床あたり 0.088 人/月であるのに比し、療養病棟では 0.026 人/月と治療病棟の約 3 分の 1 に過ぎなかった。

男女比では女性が 64.8%と多いが、治療病棟と療養病棟の間の差異は明らかではなかった。入院時の年齢をみると、平均年齢は 77.3 歳であったが、治療病棟と療養病棟の間では、療養病棟の方が 80.3 歳と有意に高年齢であった。このことは、年齢分布からみても明かであり、とくに、療養病棟では 90 歳以上の高齢者が多いことが分かる。さらに、治療病棟では 65 歳未満の入院が約 9%において認められてもいる。

これらの差異は、療養病床の機能が、長期療養を目的としていることから病床回転率は予想以上に低下していることが示唆される。他方、治療病棟では、病床回転率は高く、痴呆の初期診断や治療方針の決定等の機能を果たしていることが示されている。

5. 入院前状況

新たに入院となった 145 例について、その入院前の状況を見ると、治療病棟と療養病棟のいずれも他の病院・病棟からの転入が最も多いが (44.1%)、両者の間にはその割合では、治療病棟は 41.1%であるのに比し療養病棟は 54.5%と高い。自宅からの入院では治療病棟が 36.6%で療養病棟の 24.2%に比して高い。このような差異は、治療病棟は療

養病棟よりも、在宅医療により密着して、その初期の診断・治療の役割を担っていることが示唆される。

6. 痴呆の種類

アルツハイマー型痴呆が占める割合は 32.4%で、二種の病棟で差異は殆ど認められない。しかしながら、通常のアルツハイマーの割合が約 50%であることからすれば、両病棟ともにその有病率は低い。さらに、血管性痴呆について見ると、両者ともに 55%程度の高率を示しており、血管性痴呆の方が入院・入所の率が高い従来からの知見を裏付ける結果である。

7. 痴呆の程度

入院時の痴呆の程度をみると、まず、HDS-R では、治療病棟は 10 点未満の重度、最重度は 44.0%であるのに比して、療養病棟では 66.7%が 10 点未満と痴呆面ではより重度の方を診ていることがわかる。この傾向は MMS でも同様な傾向が認められる。

他方、全般的な印象から痴呆の程度を治療者側が判断すると、50%が重度最重度を示して、両病棟では殆ど差がないことが示された。

8. 精神症状・問題行動 (BPSD) の状況

BPSD(痴呆にともなう問題行動と精神症状)の出現では、治療病棟では 91.1%において出現し、療養病棟が約 91.0%において出現しており、両病棟に差異は認められなかった。項目別では「せん妄、不潔行為、叫声、介護への抵抗、徘徊」などでは、かえって療養病棟の方が出現率が高い。しかしその重症度をみると、「せん妄、幻覚妄想、不潔行為」では、治療病棟の方がより重度 (重度+中等度) であるのに比して、「興奮、叫声、介護への抵抗、徘徊」では大きな差は認められなかった。

両棟の病棟間の差異では、治療病棟がより重度な BPSD の患者を受け入れているといえる。

9. 入院の理由の項目では、両病棟の間には明らかな差異は認められていない。

10. 入院後の主症状が 6 ヶ月間を経てどのように変化したかについて回答を求めた。その結果、痴呆症状では 21.4%が改善またはやや改善、精神症状では 55.7%が改善またはやや改善、問題行動では 59.6%が改善またはやや改善を示している。病棟間での差異をみると、痴呆症状と精神症状においては治療病棟の方が改善率が優れていることが分かる。

11. 入院中に実施された治療内容をみると、治療病棟では抗精神病薬による治療が全症例の 83.0%と最も高率に行われているが、療養病棟では 54.5%にすぎず、むしろ、内科的治が 57.6%と最も高率である。

12. 経過中に特に問題となった点について回答を求めると、「内科的問題、MRSA,徘徊などの問題行動が高度、転倒、治療への抵抗、せん妄、性的逸脱行為、精神症状のための

トラブル、介護・処置への抵抗」などが主たる項目であった。

13. 退院先については、治療病棟の 38.4%、療養病棟の 45.5%が未だ入院中であった。死亡は治療病棟では 7.1%、療養病棟では 12.1%、自宅に戻ったものは治療病棟では 17.0%、療養病棟では 21.2%であった。実際には退院先の割合をみると両病棟間では大きな差異は認められなかった。
14. 退院後の状況をみると、治療病棟では 54.5%が退院し、療養病棟では 42.4%が退院している。そのうち、再入院となった患者は、治療病棟で 27.9%、療養病棟で 35.7%であった。

IV. T病院の集計結果

1. 看護基準は 3 : 1、看護補助者 5 : 1 で、総和では 1.85 : 1 と一般の痴呆専門病棟に比して高い人員基準で行われている。
2. 平成 13 年 1 月 1 ヶ月間に入院した患者は 11 名であるが、入院前は自宅が 54.5%と高い。痴呆の種類ではアルツハイマー型痴呆が 72.7%と高い。
3. 痴呆の重症度では重度最重度が 72.7%と高率である。日常生活自立度では A1 が 54.5%と最も多く、痴呆老自立度では IIIa が 72.7%と最も多い。すなわち、痴呆の程度が重度で、なおかつ、動ける状況にある患者が多いことが示されている。さらに BPSD の項目では、いずれも重度の割合が高い。逆に身体合併症は 72.7%において出現しており、他の痴呆専門病棟と大差はない。
4. 入院後の痴呆症状や BPSD の変化をみると、痴呆症状は 77.7%が改善またはやや改善、精神症状では 100%、問題行動でも 100%が改善またはやや改善を示している。
5. 退院先では自宅が 9.1%と極めて少なく、転院・転施設が 81.9%と極めて高い。
6. 入院後の残留曲線をみると、入院 90 日後では約 60%が退院し、120 日後には 95%、そして 132 日後には 100%退院している。

V. 考察

1. 人員配置について

痴呆専門病棟の人員基準では、従来から加配の実態が報告されてきた。今回の調査では、看護介護の総和数（看護＋看護助手）で計算をしてみたところ、治療病棟では平均 2.23 : 1、療養病棟では 2.4 : 1 と加配が一層進んでいることが明らかとなった。このことは、痴呆専門病棟では、現実には基準以上のマンパワーが必要であり、各病院が収益を削って治療・介護の質の向上に努めている実態が明らかとなった。

2. 合併症対策

内科医師は治療病棟の 45.5%において常勤として配置されているにすぎない。入院時点で 73.2%において、なんらかの合併症が伴われており、さらに、10.7%が身体合併症のために転院・転棟（専門病院・専門病棟）を余儀なくされている現状をみると、内科医が常勤として配置されていることが好ましいことは明らかである。しかしながら、現状の診療報酬ではこの点についての配慮がなされていない。今後、痴呆専門病棟の機能を向上させるという点では、ぜひ、改善が望まれる。

3. 治療病棟と療養病棟の差異

両病棟の差異を分析した中で主要な点は以下のとおりである。

- ①入院前の状況を治療病棟と療養病棟でみると、治療病棟では自宅からの入院がより多かったのに比して、療養病棟は他の病院・施設からの転入の方がより多かった。
- ②入院患者の入院時年齢の比較では、治療病棟（平均 77.3 歳）は療養病棟（平均 80.3 歳）に比して、平均年齢 3 歳程度若く、また 65 歳未満の初老期痴呆の入院は治療病棟においてより多く認められた。
- ③痴呆の診断分類では、両病棟に差異はなかったが、いずれの病棟においてもアルツハイマー型痴呆が約 32%で血管性痴呆が約 55%と血管性痴呆の割合が通常よりも多く認められた。
- ④痴呆の重症度と BPSD（問題行動と精神症状）

HDS-R や MMS の結果から、入院時の痴呆の程度をみると、重度・最重度の痴呆例が占める割合は、治療病棟よりも療養病棟の方が高い。入院時の BPSD では、その発生率は約 91%と両病棟間で差異は認められないが、いずれの病棟においても、「せん妄」が最も多く、「徘徊」「幻覚妄想」「興奮」「介護への抵抗」がこれに続く。BPSD の項目別により重度な例（中度と重度の合計）の割合をみると、治療病棟では「せん妄、幻覚妄想、不潔行為、不安抑うつ」がより高率に認められている。これに比較して、療養病棟では「興奮、叫声、介護への抵抗」がより高率に認められている。

- ⑤痴呆症状と BPSD の入院 6 ヶ月後の改善率をみると痴呆症状は約 21%、BPSD は約 57%において改善が認められが、両病棟間で比較すると、痴呆症状の改善は両病棟間で殆ど差がなかったのに比して、BPSD では治療病棟の方が 16%程度改善した例が多かった。退院先では両者に大きな差はなかった。

上記の諸点からは、治療病棟は療養病棟に比して、在宅医療により密着しており、より重度 BPSD をもつ症例を受け入れ、また、その後より良好な改善率を示している。

4. 残留率の比較

治療病棟、療養病棟、T病院（重度加算）の三者の残留率で比較すると、入院 90 日

後の残留率は、治療病棟 56%、療養病棟 63%、T病院 56%となっており、入院 3 ヶ月では半数以上が残留していることが明らかである。このことは、わが国で最も入院後の退院率が高いT病院でもこのような結果であり、治療疾患治療病棟が 3 ヶ月後に診療報酬の逓減なされることは不合理であることが分かる。

120 日後には、T病院の残留は数%にまで減少しているが、この時点でも、治療病棟は 53%、療養病棟は 61%の残留が認められる。180 日後においても、治療病棟は 41%、療養病棟は 47%が残留している。治療病棟と療養病棟の間で残留率の比較をすると、治療病棟がやや退院率が高いものの、両者の差は極めて少ないことが分かる。

5. 治療病棟と療養病棟の差が殆どないことについて

受け入れ患者の病状や治療効果の面等について分析を行うと、治療病棟がより高度な治療機能をもっていることは明らかである。このことは、治療病棟がより高い人員基準で治療が行われていることが影響しているものと思われる。決して、回廊や作業療法が大きな影響を及ぼしているとは思われない。

他方、残留曲線を見ると、両者の差は結果的に殆どなくなってしまう。自宅への退院が 20%以下である現状からすると、現実には、自宅での介護を可能にするまでに改善させることには困難がともなう。この結果、他の病院・施設・グループホームなどへの転出が必要となる。しかし、現実には、このような施設の入居数は極めて不足しており、退院が抑制される原因となっている。また、このことが、病床の回転率を低下させ、あらたな痴呆性高齢者の受け入れを困難にし、結果として痴呆専門病棟の機能を低下させているとも言える。早急に、後方受け入れ施設として、痴呆専門の介護老人保健施設や介護老人福祉施設の増設が必要と思われる。

おわりに

痴呆性高齢者の入院治療の実態を調査するために、会員病院に対して実態調査を行った。その結果、各専門病棟が痴呆症状や BPSD に苦しむ多くの患者を積極的に受け入れている現状が明らかとなった。そして、殆どの病院においては高い治療介護の質が保たれていることも示された。今後は、これらの質をさらに向上させ、地域との連携を深めて行く必要がある。実態調査にご協力をいただいた会員病院の方々、また、統計の処理に協力いただいた一ノ宮尚子女史（松原病院）に感謝いたします。

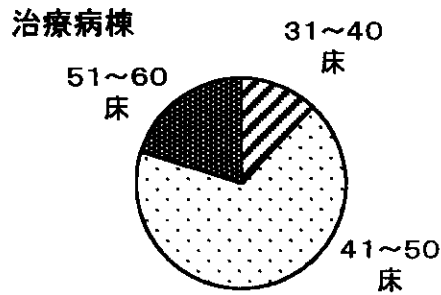
老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟における患者状況調査

1. 病棟の治療構造について(25病院)

(1) 届け出ている病棟の種類、基準、定床数

・老人性痴呆疾患治療病棟 有り—22病院(25病棟) 無し—3病院

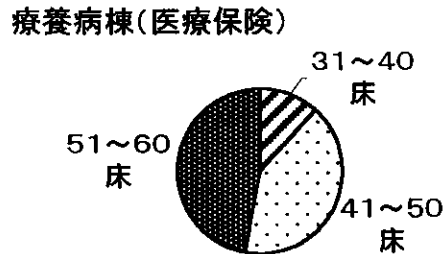
定床数	病棟数
31~40床	3
41~50床	17
51~60床	5
合計25病棟	



・老人性痴呆疾患療養病棟

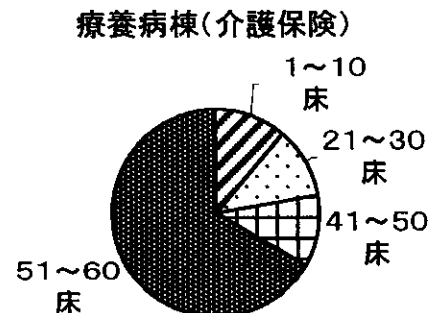
<医療保険> 入院料1—12病院(16病棟) 入院料2—1病院(1病棟)
無し—12病院

定床数	病棟数
31~40床	2
41~50床	7
51~60床	8
合計17病棟	



<介護保険> I—7病院(8病棟) II—0病院
III—0病院 IV—1病院(1病棟) 無し—17病院

定床数	病棟数
1~10床	1
11~20床	0
21~30床	1
31~40床	0
41~50床	1
51~60床	6
合計9病棟	

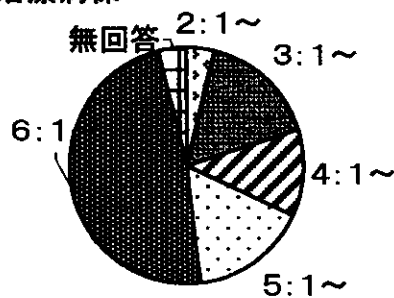


(2)看護・介護職員等の実際の配置数

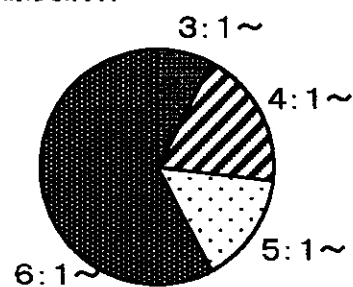
①看護職員

配置数	治療病棟	療養病棟
2:1~	1	0
3:1~	4	2
4:1~	3	5
5:1~	4	4
6:1~	12	15
無回答	1	0
合計	25病棟	26病棟

治療病棟



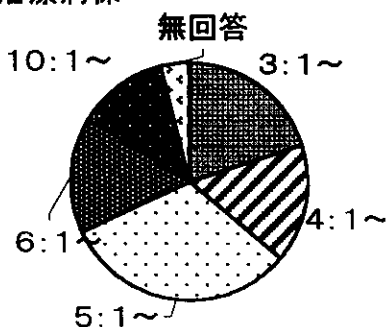
療養病棟



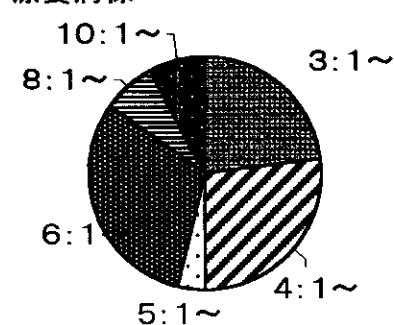
②看護補助職員

配置数	治療病棟	療養病棟
3:1~	5	6
4:1~	4	7
5:1~	8	1
6:1~	4	8
8:1~	0	2
10:1~	3	2
無回答	1	0
合計	25病棟	26病棟

治療病棟



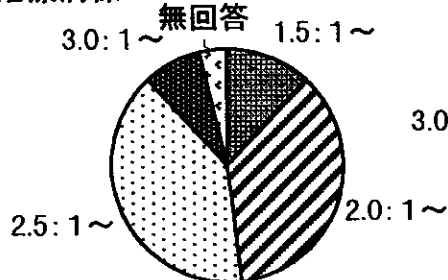
療養病棟



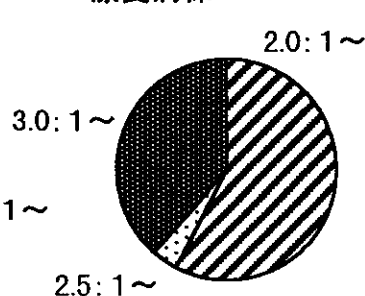
③看護+看護補助職員

配置数	治療病棟	療養病棟
1.5:1~	3	0
2.0:1~	9	15
2.5:1~	10	1
3.0:1~	2	10
無回答	1	0
合計	25病棟	26病棟

治療病棟



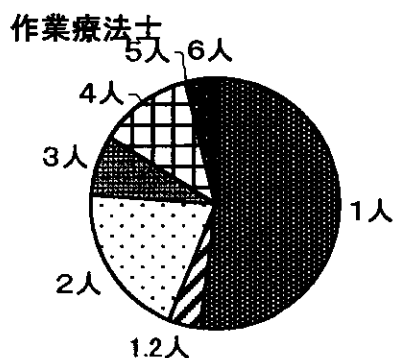
療養病棟



③その他の職員

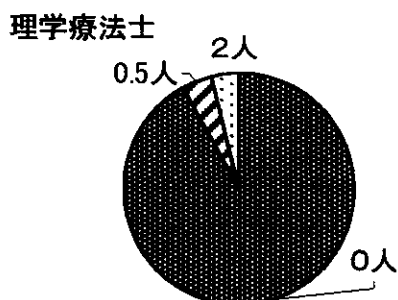
<作業療法士>

配置数	病院数
1人	13
1.2人	1
2人	5
3人	2
4人	3
5人	0
6人	1
合計25病院	



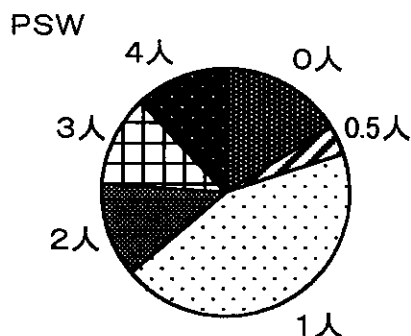
<理学療法士>

配置数	病院数
0人	23
0.5人	1
1人	0
2人	1
合計25病院	



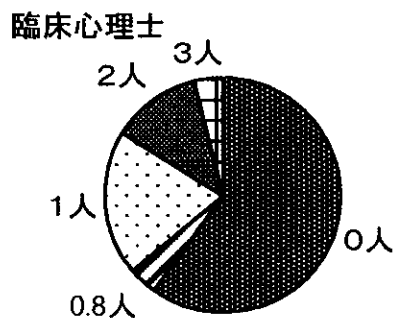
<PSW>

配置数	病院数
0人	4
0.5人	1
1人	11
2人	3
3人	3
4人	3
合計25病院	



<臨床心理士>

配置数	病院数
0人	15
0.8人	1
1人	5
2人	3
3人	1
合計25病院	



<その他>

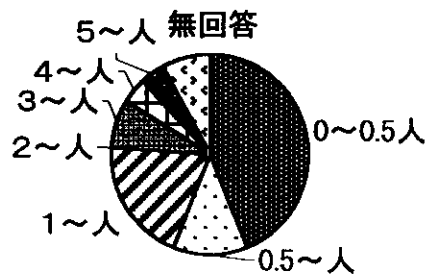
レクリエーション療法士、ソーシャルコーディネータ、作業療法助手、OTR
精神保健福祉士、管理栄養士、ケアマネージャー

(3)内科医師の配置状況

①常勤換算後数

病院数	
0~0.5人	11
0.5~人	3
1~人	5
2~人	0
3~人	2
4~人	1
5~人	1
無回答	2
合計25病院	

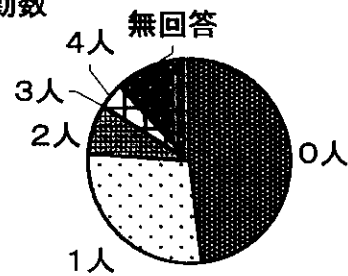
常勤換算後数



②うち常勤数

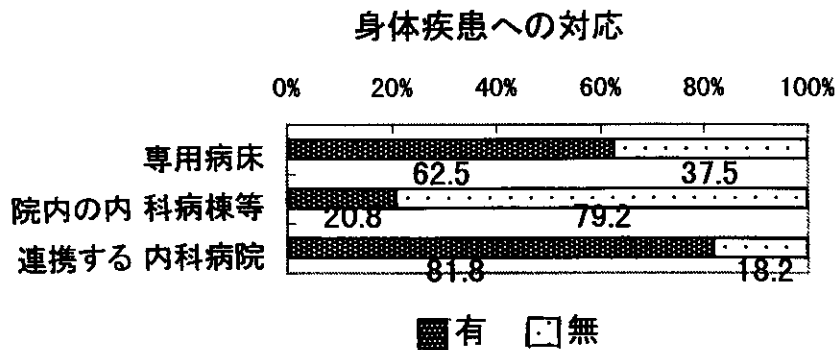
病院数	
0人	12
1人	7
2人	2
3人	0
4人	1
無回答	3
合計25病院	

うち常勤数



(4) 身体疾患への対応の方法

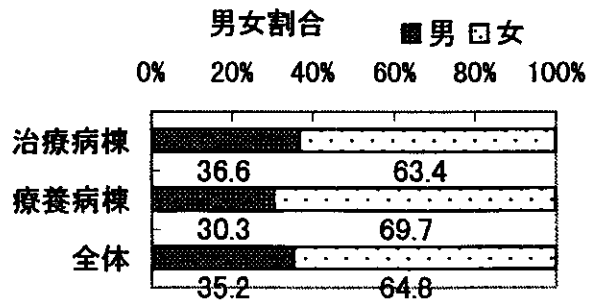
	①	②	③
回答	専用病床	院内の内 科病棟等	連携する 内科病院
有	15	5	18
無	9	19	4
無回答	1	1	3
合計	25病院	25病院	25病院



2. 平成13年1月の1ヶ月間に入院した患者さんについて

(1) 男女比

	治療病棟	療養病棟	全体
男	41	10	51
女	71	23	94
合計	112	33	145

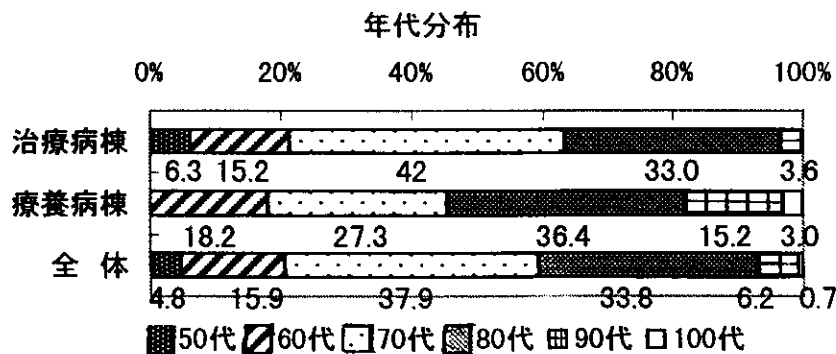


(2) 平均年齢

	治療病棟	療養病棟	全体
男	76.2	76.6	76.3
女	76.5	81.9	77.9
全体	76.4	80.27	77.3

年代分布

	50代	60代	70代	80代	90代	100代	合計
治療病棟	7	17	47	37	4	0	112
療養病棟	0	6	9	12	5	1	33
全体	7	23	56	49	9	1	145

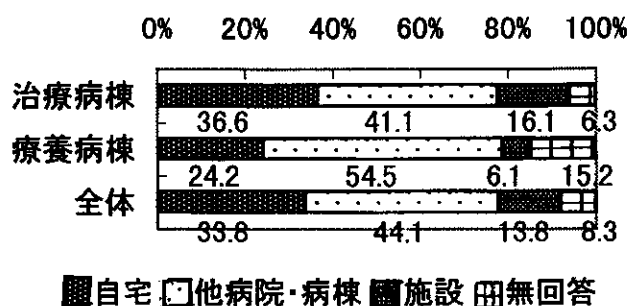


(3)入院前状況

	治療病棟	療養病棟	全体
自宅	41	8	49
他病院・病棟	46	18	64
施設	18	2	20
無回答	7	5	12
合計	112	33	145

老健	7	1	
グループホーム	1		
介護老人保健施設	1		
特養	3		
養護	1		
無回答	5	1	

入院前状況

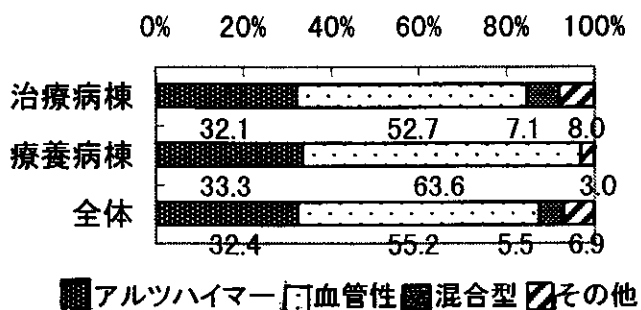


(4)痴呆の種類

	治療病棟	療養病棟	全体
アルツハイマー	36	11	47
血管性	59	21	80
混合型	8	0	8
その他	9	1	10
合計	112	33	145

アルコール 薬物依存	3	レビーバ病	1
うつ病	1		
せん妄	1		
ピック病	1		
前頭葉	1		
くも膜下出血後	1		

痴呆の種類



(5)痴呆の程度

HDS-R

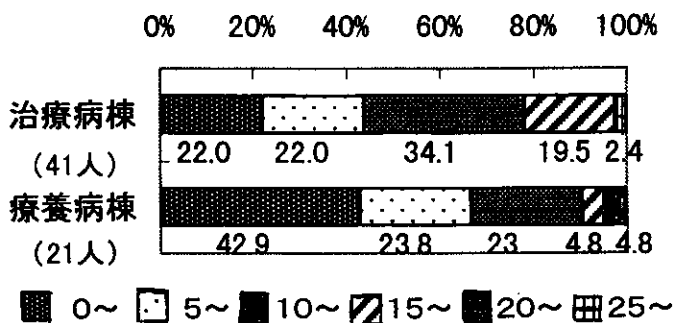
	治療病棟	療養病棟	全体
0~	9	9	18
5~	9	5	14
10~	14	5	19
15~	8	1	9
20~	0	1	1
25~	1	0	1
無回答	71	12	83
合計	112	33	145

MMS

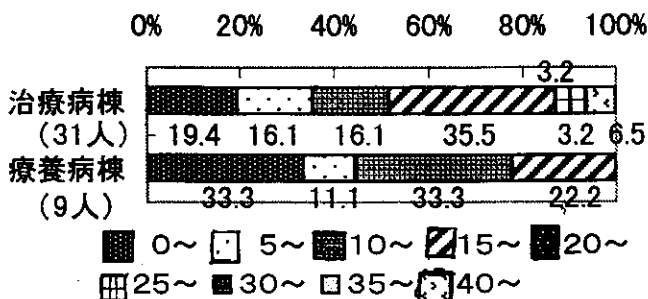
	治療病棟	療養病棟	全体
0~	6	3	9
5~	5	1	6
10~	5	3	8
15~	11	2	13
20~	1	0	1
25~	1	0	1
30~	0	0	0
35~	0	0	0
40~	2	0	2
無回答	81	24	105
合計	112	33	145

	治療病棟	療養病棟	全体
最重度	6	1	7
重度	32	6	38
中等度	23	6	29
軽度	5	0	5
正常	1	0	1
無回答	43	20	63
その他	2		
合計	112	33	145

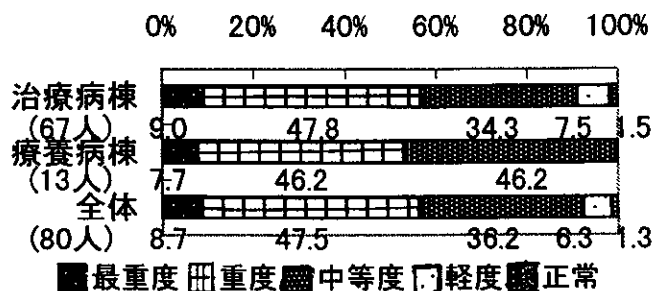
HDS-R



MMS

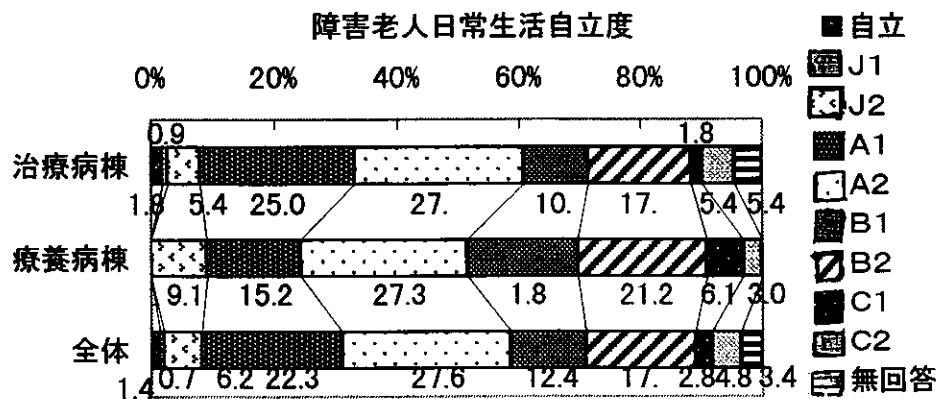


痴呆の程度



(6) 障害老人日常生活自立度

	治療病棟	療養病棟	全体
自立	2	0	2
J1	1	0	1
J2	6	3	9
A1	28	5	33
A2	31	9	40
B1	12	6	18
B2	19	7	26
C1	2	2	4
C2	6	1	7
無回答	5	0	5
合計	112	33	145



痴呆性老人日常生活自立度

	治療病棟	療養病棟	全体
自立	0	0	0
I	1	0	1
Ⅱa	5	3	8
Ⅱb	7	2	9
Ⅲa	23	6	29
Ⅲb	17	2	19
Ⅳ	38	13	51
M	21	6	27
無回答	0	1	1
合計	112	33	145

