

A 研究目的

超高齢化社会を迎えた日本では、痴呆疾患患者が現状の160万人前後から2030年には300万人近くに達するといわれている。痴呆疾患患者の介護には、その配偶者やすでに高齢の域に達した子供などの家族が介護をしているなどの状況（老老介護）があり、家族の過重な負担を軽減するために介護の社会化を謳って介護保険制度が2000年4月から導入され、高齢者の介護のための社会資源は在宅、施設の別なく質量ともに飛躍的に整備されてきたところである。この介護保険の導入後も精神科病床で加療を受ける痴呆疾患患者数は増加している。痴呆疾患患者における精神科治療は、治療により痴呆自体の治癒を目指すのではなく、合併して発症した夜間せん妄や物盗られ妄想などの精神症状を対象としていわば対症療法的に治療し、家族や介護職員がケアサービスを行うことにより生活の質を比較的に保って生活できるようにすることが目標となる。このような意味における精神科医療の果たす役割は、痴呆疾患患者が今後さらに大幅に増加することが確実視される中では非常に大きいといわざるを得ない。しかし、その役割が痴呆患者の人権や社会の総コストなどを勘案して社会から十分な支持を得るには、精神科医療が対象とすべき患者が、適切にトリアージされ、速やかに入院治療を受け、標的症狀改善後は円滑にもとの生活状況に戻ることができるような精神科治療のシステムが構築される必要がある。すなわち、痴呆疾患治療病棟では、痴呆に合併して生じた

精神症状や問題行動に対する適切な評価とそれらを効果的に治療する技術、また入院や退院に際しては十分なケースワーク機能が要請されているといえる。

以上のような問題意識から、

1) 痴呆性老人の施設処遇（入院含む）の現状。特に、痴呆治療専門病棟の病床数。

2) 痴呆専門病棟に入院すべき対象者の実像と治療効果。

3) 平均在院日数、スタッフの勤務状況、治療プログラム、所要経費など病棟運営のあり方に関連するデータ。

などの諸点について調査し、治療対象患者推計数、整備すべき病床数、専門的治療に要する診療報酬点数など、痴呆疾患専門病棟が適切に整備されるための諸提言を行うことを目的として本研究を行った。

B 研究方法

1) 痴呆疾患治療の現状に関する統計資料や先行研究についての情報収集

必要かつ十分な調査を行うために、研究協力者の吉江が本研究以前に発表された統計資料やすでに行われ、報告された調査研究について整理した。また、研究協力者の松原により、平成15年度に行われた精神科病院等に対するアンケート調査のデータうち、痴呆疾患治療病棟と同療養病棟における痴呆に合併する19症状の出現率およびその改善について新たに比較して分析した。

2) 痴呆疾患治療病棟での聞き取り調査

現在運営されている公立、私立の二つの痴呆疾患治療病棟におもむき、病棟治療の概要について担当者に聞き取り調査を行った。

3) 痴呆疾患治療病棟の施設状況や退院患者のアウトカム等に関するアンケート調査

別に添付する施設票と入院患者のアウトカム等を調査するための個人票を作成した。主な質問事項は、研究協力者松原により日本精神病院協会会員病院に協力を要請し、承諾の得られた27病院にこれらアンケート票を郵送し、有記名で回答を求めた。個人票については、平成16年4月1日から各病院を退院した順に20名を選出し、診療記録に従って、必要事項の記載を依頼した。

C 研究成果

1) 痴呆疾患治療の現状に関する統計資料や先行研究についての情報

(a) 痴呆疾患治療の現状に関する統計資料

すでに発表されている統計資料を整理して、痴呆疾患患者の動態や合併する精神症状の治療の現状などについて表1ないし9にまとめた。

痴呆性高齢者の数は、今後も増加を続け、平成14年9月末に推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」から算出すると、痴呆自立度Ⅱ以上となる者の65歳人口比が最大となるのは、2035年から2040年にかけてであり、その実数は約380万人となる（表1）。

現在の要介護者に占める痴呆の比

率は、少なく見積もって22.4%と推計される（表3）。そのうち、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準のM（せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）は、要介護者のうち1.1%となっている（表3）。その数は、表4によれば31,400人となる。また、現状の痴呆疾患治療病棟は、約2万床、旧老人性痴呆疾患療養病棟を含め約42,000床であった（表5）。

(b) 痴呆疾患治療病棟と同療養病棟入院患者における痴呆合併症状とその改善度

先行研究である、老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進棟事業）「老人性痴呆疾患の診断・治療・介護マニュアルに関する研究事業」平成15年度研究報告書（社団法人日本精神科病院協会）において得られたデータを再分析し、痴呆疾患治療病棟と同療養病棟に入院した痴呆患者における痴呆に合併する精神症状の比率とその改善率を比較して表10にまとめた。痴呆疾患治療病棟と同療養病棟の間で比較すると、「実際にはないものが見えたり、聞こえたりすること」「泣いたり、笑ったりして感情が不安定になること」「夜間不眠あるいは昼夜の逆転」「火の始末や火元の管理ができない」などの精神症状の項目で、治療病棟の方が療養病棟より頻度が高かった。また、治療病棟の方が療養病棟に比べ、「物を盗られたなどと被害的になること」「作話をし、周囲に言いふらすこと」「実際にはないものが見えたり、聞こえたりすること」「泣いたり、笑っ

たりして感情が不安定になること」「夜間不眠あるいは昼夜の逆転」「暴言や暴行」「しつこく話をしたり、不快な音を立てること」「大声を出すこと」「助言や介護に抵抗すること」「目的もなく動き回ること」「『家に帰る』等と言い落ち着きがないこと」「一人で外に出たがり、目が離せないことがある」「物や衣類を壊したり、破いたりすること」などの項目でより多くの改善が認められていた。

2) 痴呆疾患治療病棟での聞き取り調査

愛知県内のA公立病院と、東京都内のB精神科病院に開設されている痴呆疾患治療病棟で聞き取り調査を行った。その結果を以下に示す。

(a) A公立病院痴呆疾患治療病棟

i) 施設、スタッフ、治療プログラムなど

全約50床のうち、個室6床、中央配管がある観察室4床。他は、4床室が原則。

特別にリハビリプログラムは実施していない。以前平行棒などを病棟内に置いていたが、現在は取り外している。重度加算の方が優先されるのでPTによるリハビリは診療報酬上のメリットもない。入院中は、骨折などの事故や誤飲による窒息死や肺炎など事故予防を重視してケアを行っている。ケアに時間を要するので、基準より看護職員を多く勤務させている。身体拘束は原則として行っていない。PSWは3人いるが、病棟に常駐できない。

また、退院先を見つけることが困難なことがある。地域との連携につ

いては、疾患センターを中心に勉強会をしている。しかし、それぞれ勤務が多忙など諸般の事情で年4回から最近は2回に減っている。

ii) A病院痴呆疾患治療病棟の入院患者の特性

入院患者は男性26人、女性22人。もともと、昭和62年に痴呆疾患治療病棟ができたときは、興奮して暴れる患者は想定外であった。保護室が施設基準に入っていないのはそのためと解される。また、寝たきりでない人を入院の一応の条件としているが、現状では車椅子の人が多くなった。入院時点では寝たきりでなくても痴呆の周辺症状に対して治療する過程で寝たきりになる人もいる。合併症の患者は、少数だが癌の術後の人工肛門、交通事故で受傷した結果気管切開を余儀なくされている人などがいる。現状では、経管栄養の人はいない。実際に、特養から身体合併症の治療で来る人は少なく、むしろそのような依頼は痴呆疾患治療病棟を持たない医療機関からの方が可能性がある。多くは家庭介護が維持できなくなって紹介されてくる場合が多い。家庭から入院する人の中には、介護施設の数整備され、介護技術が向上すれば、痴呆疾患治療病棟に来なくてもいいと思われる人もいる。現状では、特別養護老人ホームに入所するまでの待機期間入院する人や、若年者や老健が入所を嫌がるため、気管切開中の患者などが紹介されてくる可能性がある。このような人については、もし、介護施設で対応が可能ということになれば、痴呆疾患治療病棟に入院させざ

るを得ない人は減ることが予想される。そのときは、医療機関は、稼働率が落ちることを避けるためにより広域から患者を入院させることになるだろう。

治療効果生えられるが、薬が効いたのか、環境が変わったための効果の結果なのか、判定が困難であることがある。いずれにせよ、退院先としては、老人介護施設が多くなって来ている。特別養護老人ホームが引き受けを拒否することはあまりないが、待ちが多いのですぐ対応してもらえないことが問題。逆にグループホームは、最近数が増え、経営上の問題もあって、積極的に勧誘に来るほど。精神科一般の病床で痴呆疾患のある人を受け入れてくれるところはあるが、現実にはなかなか受け取ってくれないことが多い。

(b) B精神病院痴呆疾患治療病棟

i) 施設、スタッフ、治療プログラムなど

- ・ 病床数：50床。
- ・ 保護室：4室。ほとんど使用されず、されても夜間のみ。
- ・ 中央配管による酸素供給等が可能：3床程度。
- ・ 精神科医：2名(常勤/病棟専任)。
- ・ 内科医：1名(常勤/他病棟と兼任)。報酬は包括内なので病院の持ち出し。
- ・ 精神保健福祉士：外来と両方で1名。入院後1ヶ月の時点で転帰先を家族に相談する。
- ・ 作業療法士：1名。
- ・ 看護師・準看護師：常勤18名(2.8:1)。
- ・ 看護補助者：常勤12名+パートタ

イム1名(4.2:1)。

・ 平均在院日数：以前は90日程度だったが、現在はもっと長い。

・ 作業療法：音楽療法週2回、個人活動週4回、散歩週1回、入浴週1回、散歩週1回、レクリエーション週1回。

・ ADL訓練：別棟のリハビリテーション室で実施。現在5名が利用。

・ 入浴：週2回。

・ 排泄：日勤帯に3回交換。

・ クリニカルパスは作っているようだが、余裕がなく実施できていない。

・ 家族教室は年にあまり開けておらず、数回のみ開いている。

・ 薬物治療：非定型抗精神病薬を用いることが多い。第一選択はリスパダール。マイナートランキライザーや眠剤はあまり用いない。むしろ抗うつ薬等の方が用いる頻度は高い。

(※伊藤(文献)による報告書を見ると、眠剤をあまり用いないというのは他の病院と異なる傾向かもしれない。)

・ 治療を要する身体合併症のある患者については、輸血等、治療目標が明確であれば、一時的に身体合併症病棟(E2)に転科することも多い。

ii) B病院痴呆疾患治療病棟の入院患者の特性

- ・ 自立歩行可能なのは $\leq 50\%$
- ・ 食事介助：全介助10名程度。部分介助も含めると20名程度
- ・ 入浴：ほぼ全員介助。
- ・ 更衣：25%以上要介助
- ・ 排泄：おむつの方がほとんど。
- ・ 輸液をしている患者は現在3名。
- ・ 痴呆患者の救急受け入れ施設がないため、まれに措置入院の形で入院となる患者もいる。

・ 身体拘束については、胴部分が5名と施錠が1名(いずれも夜間のみ)。家族に事前に説明を行い、意向を聴取する。

・ 入院により最も顕著に改善がみられるのは、睡眠状況ではないか。理由の1つとしては、昼間部屋の鍵を閉めて半ば無理やり覚醒させているせいもある。

・ 入院前の所在：自宅からが53%。その他、特養、老健、有料老人ホーム、グループホーム等(詳細は文献参照)。他の施設への入所を断られたり、他の施設での対応が難しくなって入院してくる人が多い。繰り返し入院する患者もいるが、初診で入院してくる人もいる。退院後3ヶ月間の再入院はない(制度上新規として扱われないため)。

・ 退院後の所在：老健、特養、有料老人ホーム、転科。

B病院の院長は、合併身体疾患の治療の目的で痴呆疾患治療病棟を用いる必要性は高くなく、痴呆疾患治療病棟は原則として痴呆に合併する精神症状の治療を行うべきものとすべきであると述べている。

3) 痴呆疾患治療病棟の施設状況や退院患者のアウトカム等に関するアンケート調査

現在、データを集計中である。結果をまとめ、別途報告書の形で公表する。

D 考察

1) 結果のまとめ

本年度は、主として痴呆疾患治療病棟を取り巻く諸問題を整理した。

本年度の調査の結果、痴呆疾患治療病棟に家庭などから入院依頼があった場合、精神科医療機関が専門的治療を行うことにより、痴呆に合併する症状のうちの多くを改善させることができ、家族や介護福祉の専門家の燃え尽きを防ぎ、痴呆疾患患者の在宅生活を継続させる可能性があることが分かった。例えば、痴呆患者がせん妄状態になった時、速やかに入院させて加療し、短期間で家庭に退院させるような医療がこの病棟のモデルとなる。しかし、現状では、必ずしもこのようなケースばかりとは限らず、家族の疲弊や身体的処置が必要なため他の施設で引き受け手がないなどの介護や医療上の理由から紹介されてくるケースもあり、このような場合には家庭に戻る形で退院することが困難となり、施設などの退院後の受け皿が必ずしも円滑に決定できないことがあることが少なくないことが分かった。今後さらに、痴呆疾患治療病棟を有する医療機関へのアンケート結果を踏まえて、現状を分析し、痴呆疾患治療病棟のあり方について報告をまとめる方針である。

2) 痴呆疾患治療病棟のあり方(案)

痴呆疾患治療病棟のあり方について、現時点での素案を図に示した。今後、アンケート結果を踏まえて、この案を修正し、より具体的な提言に結びつけたい。

3) 痴呆必要病床数の推計について

現在入所可能な資料を分析し、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準のM(せん妄、妄想、興奮、自傷、

他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等)と判定された者の数などから、現在痴呆疾患治療病棟に入院する必要があると考えられる痴呆疾患患者数を、ランクⅢ以上の人数79万人の8.94%=約7万人と推計した。その入院治療に要する病床数は、入院期間を3ヶ月と見積もると、約17,700床ということになる。現在の痴呆疾患治療病棟は約2万床、旧療養病棟も含めると約4万床あり、単純に数だけを考えるならば、M判定の痴呆性高齢者が入院できるだけの病床は確保されているともいえる。この推計方法に従えば、今後、約40年間で必要病床数は徐々に増加し、最高約4万7千床となる。しかし、M判定の評価が適切に行われているか明らかではなく、この指標に依存して推計することの適否について検討する余地がある。また、入院期間を3ヶ月に設定することが現状に即しているかどうかは、標準的な治療プログラムを実施している病棟のアウトカムなどを検討した上で決定すべきことである。

以上については、医療機関でのアンケートの結果を分析する中でさらに検討を続ける必要がある。

E 結論

本年の予備的研究の結果、超高齢社会を迎え、増加する精神症状を合併し、家庭や施設で介護できない痴呆疾患患者の精神医学的治療の重要性が高まっていることが確認された。痴呆疾患患者に対して適切な精神科治療が提供されるための入院基準、治療方法、退院後の処遇のあり方、および整備すべき痴呆疾患治療病棟数などについて、これまでの統計資料や他の厚生科学研究の成果を整理し、また聞き取り調査などを行って検討した。今後、これらの結果をふまえ、痴呆疾患治療病棟における治療の現状を分析してさらに具体的な提言を行う予定である。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表 なし

H 知的財産の登録状況 なし

表 1. 痴呆性高齢者（要介護・要支援認定者）の将来推計

年	総人口	≥65歳人口 ^{a)}	痴呆ランクⅡ以上 ^{b)}	痴呆ランクⅢ以上 ^{b)}
2002	12,744	2,363 (18.5)	149 (6.3)	79 (3.4)
2005	12,771	2,539 (19.9)	169 (6.7)	90 (3.6)
2010	12,747	2,874 (22.5)	208 (7.2)	111 (3.9)
2015	12,627	3,277 (26.0)	250 (7.6)	135 (4.1)
2020	12,411	3,456 (27.8)	289 (8.4)	157 (4.5)
2025	12,114	3,473 (28.7)	323 (9.3)	176 (5.1)
2030	11,758	3,477 (29.6)	353 (10.2)	192 (5.5)
2035	11,360	3,515 (30.9)	376 (10.7)	205 (5.8)
2040	10,934	3,633 (33.2)	385 (10.6)	212 (5.8)
2045	10,496	3,640 (34.7)	378 (10.4)	208 (5.7)

単位: 万人

a) ()内は総人口に占める構成割合(%)

b) ()内は65歳以上人口に占める構成割合(%), 平成14年9月末について推計した「要介護(要支援)認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」から算出したもの(治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない)

表 2. 高齢者の痴呆の年齢別有病率(1985)

年齢(歳)	65~69	70~74	75~79	80~84	≥85	計
男性	2.1	4.0	7.2	12.9	22.2	5.8
女性	1.1	3.3	7.0	15.6	29.8	6.7
計	1.5	3.6	7.1	14.6	27.3	6.3

単位: %

※ 大塚俊男, 他. わが国の痴呆性老人の出現率(1992). 老精医誌, 3: 435-439

表 3. 要介護者における痴呆の状況(2001)

痴呆の状況		%
痴呆の疑いはない		57.9
痴呆の疑いがあるが医師による診断は受けていない		10.1
医師による診断を受けたが痴呆とは診断されなかった		4.8
の医師による診断を受けた	総数	22.4
	再掲	
	ランクⅠ	2.8
	ランクⅡ	4.8
	ランクⅢ	5.8
	ランクⅣ	5.4 (52.85)
ランクⅤ	1.1 (8.94)	
状態不詳	2.6	
不詳		4.8
計		100.0

※ 割合は、要介護者・要支援者全体に占める割合。

※ ()内は、Ⅲ以上の者に占めるⅣ以上の者、Ⅴの者の割合

※ 平成13年度国民生活基礎調査, 2001

表 4. 痴呆性高齢者（要介護・要支援認定者）の所在及び自立度の推計

	要介護 (要支援) 認定者	認定申請時の所在				
		家庭	特養	老健	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314(100)	210(67)	32(10)	25(8)	12(4)	34(11)
痴呆ランク Ⅱ,Ⅲ,Ⅳ,M	149(47) [47]	73(23) [35]	27(9) [84]	20(6) [80]	10(3) [83]	19(6) [56]
痴呆ランク Ⅲ,Ⅳ,M	79(25) [25]	28(9) [13]	20(6) [63]	13(4) [52]	8(3) [67]	11(4) [32]
痴呆ランク Ⅲ,Ⅳ,M かつ 障害自立度 自立,J,A	25(8) [8]	15(5) [7]	4(1) [13]	4(1) [16]	1(0) [8]	2(1) [6]

単位: 万人

※ 平成 14 年 9 月末について推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成 14 年 1 月推計）」から算出したもの

※ その他の施設: 医療機関, グループホーム, ケアハウス等

※ ()内は全痴呆性高齢者に対する割合(%), []内はそれぞれの所在における全痴呆性高齢者に占める割合(%)

表 5. 痴呆性高齢者対象施設の現状

	医療保険		介護保険					
	老人性痴呆疾患治療病棟 1	老人性痴呆疾患治療病棟 2	介護療養型医療施設	(再掲) 老人性痴呆疾患療養病棟	老人福祉施設	老人保健施設	(再掲) 介護保険施設 痴呆専門棟	グループホーム
2002	187 (10,168)	214 (13,751)	3,903 (137,968)	107 (4,508)	4,870 (330,916)	2,872 (254,918)	・ (31,386)	2,210 (23,888)
2003	200 (10,920)	227 (17,121)	3,817 (139,636)	・ (-)	5,084 (346,069)	3,013 (269,524)	・ (-)	3,665 (43,519)

単位: 施設 (床)

※ 老人性痴呆疾患治療病棟 1: 旧称老人性痴呆疾患治療病棟 (~2004.3)

※ 老人性痴呆疾患治療病棟 2: 旧称老人性痴呆疾患療養病棟 (~2004.3)

表6: 老人性痴呆疾患治療病棟の病棟点数, 施設基準 (平成16年4月時点)

	老人性痴呆疾患治療病棟(1)	参考: 精神科急性期治療病棟(1)	参考: 精神療養病棟(1)
点数	90日以内: <u>1,290</u> 90日超: <u>1,180</u>	<u>1,640</u>	<u>1,090</u>
包括から外れるもの	<ul style="list-style-type: none"> 精神科専門療法 精神科措置入院診療加算 地域加算 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科専門療法 手術, 麻酔, 放射線治療 精神科措置入院診療加算 精神科応急入院施設管理加算 地域加算 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科専門療法 精神科措置入院診療加算 地域加算
医師	<ul style="list-style-type: none"> 病院に精神科医1名以上 (東京都では内科医も1名以上必要) 	<ul style="list-style-type: none"> 病院に精神保健指定医2名以上 病棟に精神保健指定医1名以上 	<ul style="list-style-type: none"> 病院に精神保健指定医2名以上 病棟に精神保健指定医1名以上
精神保健福祉士	いずれか1名以上	いずれか1名以上	いずれか1名以上
臨床心理技術者	専従1名以上	—	—
作業療法士	6:1以上(最少必要数の2割以上は看護師, 半数以上は精神病棟経験者)	2.5:1以上(最少必要数の4割以上は看護師)	6:1以上(最少必要数の2割以上は看護師)
看護師, 准看護師数 ^{a)}	介護職員5:1以上(最少必要数の半数以上は精神病棟経験者)	看護補助者10:1以上	看護補助者6:1以上
介護職員, 看護補助者数 ^{b)}	2:1以上	2:1以上	3:1以上
a)とb)の合計数	概ね40~60床	60床以下	60床以下
1看護単位	個室率10%以上, 観察室4床程度	隔離室が必要	
個室	生活機能回復訓練室, デイルーム等の共有空間が必要	精神科救急医療システムへの参加が必要	病院に専用の作業療法室, 生活機能回復訓練室が必要
備考			

表 7. 入院回数(1999)

入院回数 (回目)	度数	(%)
1	330	(71.7)
2	86	(18.7)
3	23	(5.1)
4	13	(2.8)
≥5	8	(1.7)
計	460	(100.0)

※ 伊藤弘人. 要介護認定と痴呆性疾患治療に関する研究 資料集, 2003.

表 8. 入院経路(1999)

入院経路	度数	(%)
家庭	225	(48.6)
病院 (精神科)	46	(9.9)
一般病院 (他科)	97	(21.0)
介護力強化病院	2	(0.4)
療養型病床群	3	(0.6)
特養	11	(2.4)
老健	57	(12.3)
その他	22	(4.8)
計	463	(100.0)

※ 伊藤弘人. 要介護認定と痴呆性疾患治療に関する研究 資料集, 2003.

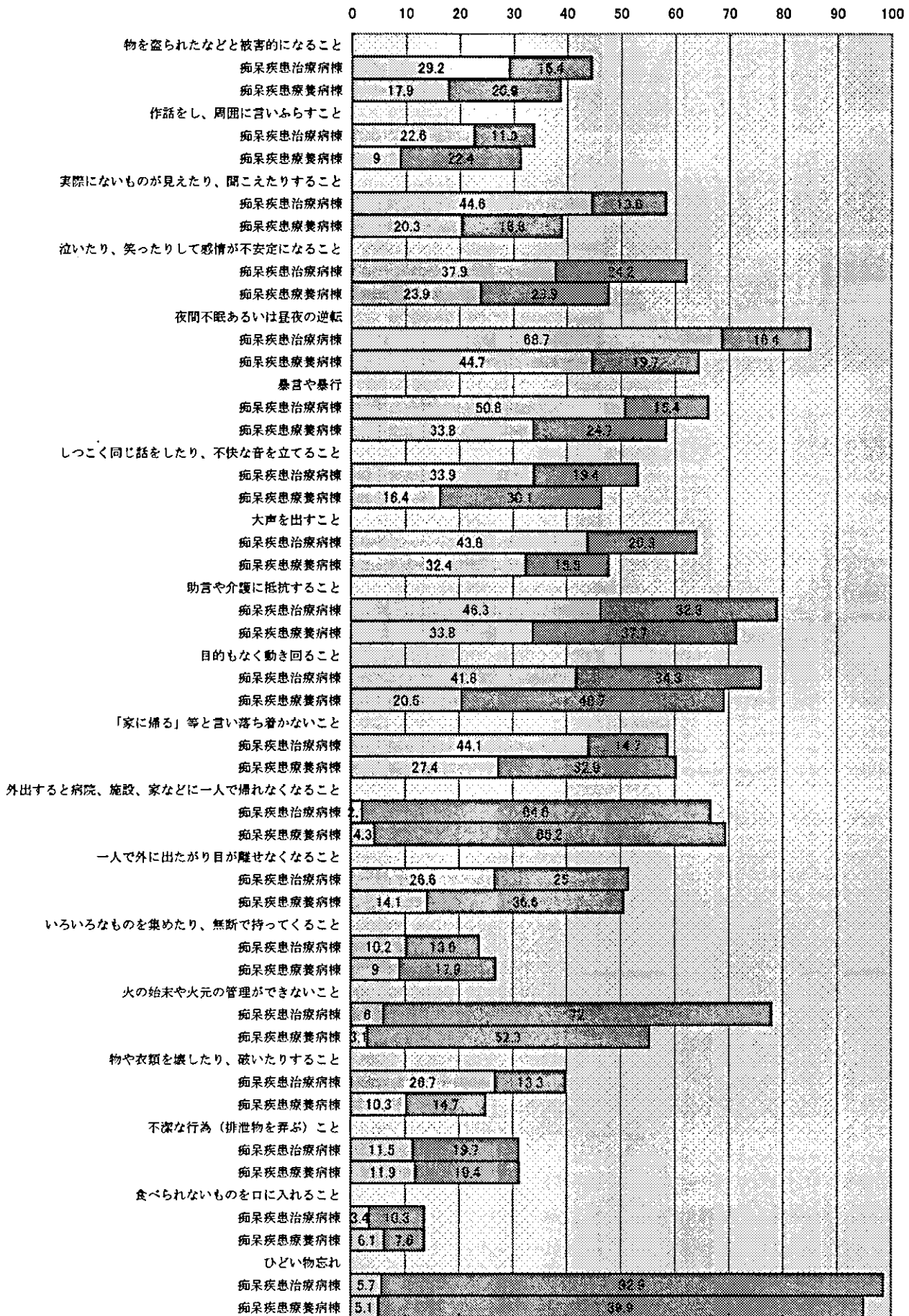
表 9. 各治療法の頻度(1999)

	度数	(%)
薬物療法	メジャートランキライザー	154 (34.8)
	マイナートランキライザー	56 (13.2)
	睡眠導入剤	227 (50.4)
	抗うつ薬	45 (10.8)
	抗痴呆薬 (アリセプト等)	54 (12.6)
	チアプリド (グリマール等)	141 (33.2)
非薬物療法	回想療法	160 (37.6)
	リアリティーオリエンテーション	179 (42.3)
	音楽療法	271 (61.7)
	絵画療法	116 (27.2)
	レクリエーション	422 (93.2)
	日常生活訓練 (グループホーム的アプローチ)	207 (47.6)
	その他の作業療法	264 (60.4)
その他の精神療法	134 (32.1)	
その他	39 (9.9)	
計	394 (100.0)	

※ 伊藤弘人. 要介護認定と痴呆性疾患治療に関する研究 資料集, 2003.

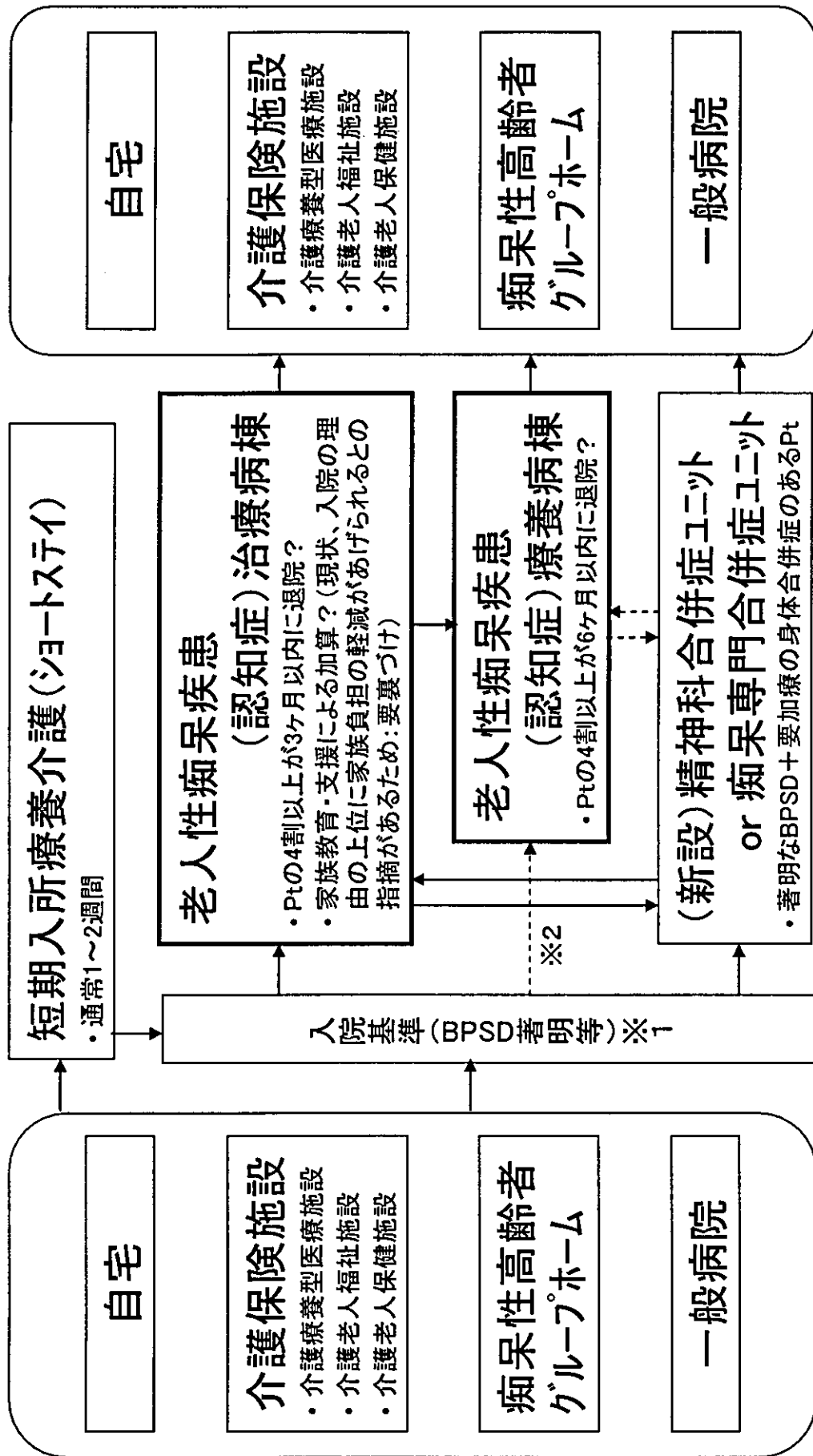
表10 精神症状の改善比率

構成割合(%)



■ 改善 ■ 不変・悪化

老人性痴呆疾患治療／療養病棟の将来的位置付け(案)



※1. 老人性痴呆疾患治療病棟での治療が適当とされる基準(明確な入院基準のほか、一般病院や介護保険施設における痴呆患者の基本的な対応の徹底等)。

※2. 老人性痴呆疾患治療病棟を介さず、直接老人性痴呆疾患療養病棟へ入院するケースも想定される。その場合には、痴呆疾患治療病棟と痴呆疾患療養病棟の間のある程度明確な線引きが必要。

<施設票>

1. 貴病棟の状況についてうかがいます。

(1) 貴病棟の病床数についてお答えください。

病床数	床	うち個室	床
-----	---	------	---

(2) 病室以外の部屋について、あてはまるもの全てに○をおつけください。

※重複している場合は主な利用法にのみ○をつけてください。

() デイルーム	() 面会室
() 食堂	() その他 ()
() 喫煙室	() その他 ()

(3) スタッフ配置についてお答えください。

	常勤人数	非常勤人数	非常勤の 常勤換算人数
医師	人	人	人
看護師	人	人	人
准看護師	人	人	人
看護補助者	人	人	人
介護福祉士	人	人	人
その他介護従事者	人	人	人
精神保健福祉士 (PSW)	人	人	人
作業療法士 (OT)	人	人	人
理学療法士・その他の療法士	人	人	人
心理士	人	人	人
その他 ()	人	人	人
その他 ()	人	人	人

(4) 貴病棟で退院調整・退院支援を行っているスタッフについてお答えください。

退院調整を主に行っている職種	看護師 ・ 精神保健福祉士 (PSW) その他 ()
そのスタッフの関与のしかた (あてはまるもの全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院時記録を作成する 2. 次の入院・入所先やサービス事業所について、 家族と話し合い、方針を相談する 3. 次の入院・入所先やサービス事業所に連絡を取り、 移行が円滑に進むよう準備・調整を行う 4. その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>

<施設票>

(5) 在院・入退院の状況についてお答えください。

※平成15年4月1日～平成16年3月31日の期間でお答えください。

平成15年4月1日～平成16年3月31日の間の新入院患者数	人
平成15年4月1日～平成16年3月31日の間の退院患者数	人
平成15年4月1日以前に入院し、平成16年4月1日時点でもまだ在院していた患者数	人

(6) 貴病棟にはクリニカルパスがありますか。

有 ・ 無
※ 「有」と回答された方は、返信時に貴病棟でお使いのクリニカルパスを同封いただけますと幸いです。

(7) ケースカンファレンスについてお答えください。

有 (患者1人あたりの頻度: 回/年) ・ 無	
※ 「有」の場合、その参加者	
1. 医師	6. 理学療法士・その他の療法士
2. 看護師・准看護師	7. 心理士
3. 介護職	8. 患者
4. 精神保健福祉士 (PSW)	9. 家族
5. 作業療法士 (OT)	10. その他 ()

(8) ケースカンファレンスとは別に家族を交えた面談がある場合には、それについてお答えください。

有 (患者1人あたりの頻度: 回/年) ・ 無	
※ 「有」の場合、その参加者	
1. 医師	6. 理学療法士・その他の療法士
2. 看護師・准看護師	7. 心理士
3. 介護職	8. 患者
4. 精神保健福祉士 (PSW)	9. 家族
5. 作業療法士 (OT)	10. その他 ()

2. 貴病院に設置・併設されている老人性痴呆疾患治療病棟・介護保険施設等の状況について、あてはまるもの全てに○をおつけください。

施設種類	定員	施設種類	定員
1. 老人性痴呆疾患治療病棟1 (旧老人性痴呆疾患治療病棟)	床	5. 介護療養型医療施設	床
2. 老人性痴呆疾患治療病棟2 (旧老人性痴呆疾患療養病棟)	床	6. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	名
3. 精神科急性期病棟	床	7. 介護老人保健施設	名
4. 精神科療養病棟	床	8. 痴呆性高齢者グループホーム	名
		9. その他 ()	名

<個人票>

平成 16 年 11 月 30 日以前に貴病棟から退院（転院・死亡を含む）した患者様のうち、退院日の新しい順から数えて計 10 名？の患者様について、以下の問いにお答えください。

患者様 ID: 1 (退院年月日: 平成 年 月 日)

1. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日		
性別	男 ・ 女	年齢	歳
入院時臨床診断 (あてはまる番号 1つに○)	1. アルツハイマー型痴呆 2. 脳血管性痴呆 3. 混合型痴呆 4. その他の変形性疾患 () 5. 特定不能 6. 統合失調症等痴呆以外 () 7. その他 ()		
GAF			点
HDS-R (改訂長谷川式 簡易知能評価スケール)			点
障害老人の日常生活 自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の日常生活 自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
老人性痴呆疾患治療 病棟入院歴	有 (過去の入院回数: 回) ・ 無		
上記以外の精神科病 棟入院歴	有 (過去の入院回数: 回) ・ 無		
入院前の所在 (あて はまるもの1つに○)	在宅 ・ 精神科急性期病棟 ・ 精神科療養病棟 介護療養型医療施設 ・ 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 ・ 痴呆性高齢者グループホーム その他 ()		
今回の入院に至った 経緯 (あてはまるも の全てに○)	() 在宅や他施設では対応困難な問題行動が出現していたため () 身体疾患の入院管理が必要だったため () 家族の負担が大きかったため		
入院時の身体状況・ 合併症 (あてはまる もの全てに○)	() 褥瘡 () 胃瘻 () 気管切開 () 処置を要する身体疾患 () () 服薬を要する身体疾患 ()		無

<個人票>

入院直後の薬物処方 〔主剤のみで結構です。〕	薬剤名	mg/日
		mg/日
		mg/日
		mg/日
入院直後の治療内容 〔あてはまるもの全てに○〕	治療	頻度
	a. 入院精神療法	回/週・月
	b. 入院集団精神療法	回/週・月
	c. 精神科作業療法	回/週・月
	d. 入院生活技能訓練療法	回/週・月
e. その他 ()	回/週・月	
f. その他 ()	回/週・月	
g. 隔離	(入院後1ヶ月合計) 日間	
h. 抑制	日間	

問題行動 (入院時) 〔各行動についてあてはまる番号に○〕	問題行動	日に1回以上	週に数回	月に数回	月に1回	なし
	a. 住居の内外をしきりと歩き回る、住居を出て行こうとする	4	3	2	1	0
	b. 食物でないものを口に入れる	4	3	2	1	0
	c. 言いがかりや、説明に対する否定、ゆがんだ解決	4	3	2	1	0
	d. むやみにものを隠す	4	3	2	1	0
	e. 無意味な作業 (例: 衣類・たんす・トイレなどのいたずら)	4	3	2	1	0
	f. 職員の仕事・休憩の妨害	4	3	2	1	0
	g. 他人とのトラブル	4	3	2	1	0
	h. つまらないものを集める	4	3	2	1	0
	i. 夜半に騒いだり、人を起こす	4	3	2	1	0
	j. トイレ以外での排泄、便こね	4	3	2	1	0
	k. 暴力・破損行為や暴言 (介助の際の抵抗は含めない)	4	3	2	1	0
	l. まつわりついたり、同じ質問を繰り返す	4	3	2	1	0
	m. 大声で叫ぶ、金切り声をあげる	4	3	2	1	0

<個人票>

問題行動（入院時） （各行動について あてはまる番号 に○）	問題行動	ある	時々 ある	なし
	a. 物を盗られたなどと被害的になることが	2	1	0
	b. 作話をし周囲に言いふらすことが	2	1	0
	c. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	2	1	0
	d. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	2	1	0
	e. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	2	1	0
	f. 暴言や暴行が	2	1	0
	g. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	2	1	0
	h. 大声を出すことが	2	1	0
	i. 助言や介護に抵抗することが	2	1	0
	j. 目的もなく動き回ることが	2	1	0
	k. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	2	1	0
	l. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	2	1	0
	m. 1人で外に出たがり目が離せないことが	2	1	0
	n. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	2	1	0
	o. 火の始末や火元の管理ができないことが	2	1	0
	p. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	2	1	0
	q. 不潔な行為を行うことが	2	1	0
	r. 食べられないものを口に入れることが	2	1	0
	s. 周囲が迷惑している性的行動が	2	1	0

<個人票>

2. 退院時の状況

GAF	点	
HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール)	点	
障害老人の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
痴呆性老人の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
退院後の所在 (あてはまるもの1つに○)	在宅・精神科急性期病棟・精神科療養病棟 介護療養型医療施設・介護老人福祉施設 介護老人保健施設・痴呆性高齢者グループホーム その他 ()	
退院前の身体状況・合併症 (あてはまるもの全てに○)	() 褥瘡 () 胃瘻 () 気管切開 () 処置を要する身体疾患 () () 服薬を要する身体疾患 ()	無

退院前の薬物処方 (主剤のみで結構です。)	薬剤名	mg/日
		mg/日
		mg/日
		mg/日
		mg/日
退院前の治療内容 (あてはまるもの全てに○)	治療	頻度
	a. 入院精神療法	回/週・月
	b. 入院集団精神療法	回/週・月
	c. 精神科作業療法	回/週・月
	d. 入院生活技能訓練療法	回/週・月
	e. その他 ()	回/週・月
	f. その他 ()	
		(入院後1ヶ月合計)
g. 隔離	日間	
h. 抑制	日間	

<個人票>

問題行動（退院時） （各行動について あてはまる番号 に○）	問題行動	日に 1回 以上	週に 数回	月に 数回	月に 1回	なし
	a. 住居の内外をしきりと歩き 回る、住居を出て行こうとす る	4	3	2	1	0
	b. 食物でないものを口に入れ る	4	3	2	1	0
	c. 言いがかりや、説明に対する 否定、ゆがんだ解決	4	3	2	1	0
	d. むやみにものを隠す	4	3	2	1	0
	e. 無意味な作業 （例：衣類・たんす・トイレなど のいたずら）	4	3	2	1	0
	f. 職員の仕事・休憩の妨害	4	3	2	1	0
	g. 他人とのトラブル	4	3	2	1	0
	h. つまらないものを集める	4	3	2	1	0
	i. 夜半に騒いだり、人を起こす	4	3	2	1	0
	j. トイレ以外での排泄、便こね	4	3	2	1	0
	k. 暴力・破損行為や暴言（介助 の際の抵抗は含めない）	4	3	2	1	0
	l. まつわりついたり、同じ質問 を繰り返す	4	3	2	1	0
	m. 大声で叫ぶ、金切り声をあげ る	4	3	2	1	0

<個人票>

問題行動（退院時） （各行動について あてはまる番号 に○）	問題行動	ある	時々 ある	なし
	a. 物を盗られたなどと被害的になることが	2	1	0
	b. 作話をし周囲に言いふらすことが	2	1	0
	c. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	2	1	0
	d. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	2	1	0
	e. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	2	1	0
	f. 暴言や暴行が	2	1	0
	g. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	2	1	0
	h. 大声を出すことが	2	1	0
	i. 助言や介護に抵抗することが	2	1	0
	j. 目的もなく動き回ることが	2	1	0
	k. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	2	1	0
	l. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	2	1	0
	m. 1人で外に出たがり目が離せないことが	2	1	0
	n. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	2	1	0
	o. 火の始末や火元の管理ができないことが	2	1	0
	p. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	2	1	0
	q. 不潔な行為を行うことが	2	1	0
	r. 食べられないものを口に入れることが	2	1	0
	s. 周囲が迷惑している性的行動が	2	1	0