

A. 研究目的

精神科身体合併症医療については、医療経済的に不採算であることから、設備構造、人員配置などの面で、不十分なままである。地域精神医療救急体制において身体合併症を受け入れる病床不足など多くの課題が残されている。総合病院における合併症の診療実態については、昨年度の報告で明らかにしたが、今回は、さらにデータを分析し、新たに横浜市における措置入院に占める身体合併症の発生率や身体疾患名を調査することにより、精神科救急入院経路からみた身体合併症病床のあり方を検討した。

B. 研究方法

1. 平成 15 年度に行なった医療経済調査 43 施設 (51.8%の回収率) と個別在院日数の調査 992 人 (昨年度報告) をさらに詳細に分析した。

2. 平成 17 年現在の診療報酬により、総合病院 4 施設の精神科病棟に入院した 33 名の身体合併症者のレセプトを分析し、入院費用の比較検討を行なった。

3. 横浜市における平成 15 年度から 17 年 12 月までの措置入院事例・個人票を検討することにより、入院時における身体合併症発症の割合、身体疾患の診断名を調査した。

(倫理面への配慮)

本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

C. 研究結果

身体合併症については、重篤な合併症として、身体疾患だけでも 2, 3 次救急の対象となる疾患に限定した。

1. 精神科急性期における重篤な身体合併症について

総合病院精神科の入院時状態像は、うつ

状態 (24%)、急性精神病状態 (17%)、不安・焦燥状態 (11%)、慢性精神病状態 (8%) の順であった。重篤な合併症は 161 人 (16.2%) に認めた。さらに、急性精神病状態における重篤な身体合併症入院の割合は、急性精神病状態 (191 人) のうち、24 例 (12.5%) に重篤な身体合併症 (急性薬物中毒を除く) を認めた。(平成 15 年度個別在院日数調査より)

2. 身体合併症入院費比較について

精神科病棟で治療を行った身体合併症者 33 名について、レセプトを分析し、同じ診断名で、精神科入院基本料 3、一般病床 (出来高)、精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟に入院したと想定して、入院費用を検討した。入院初期 (30 日間) では、一般病床出来高が最も高く (一日単価 3,532 点)、ついで救急入院料 (3,412 点) であった。30 日以上になると、救急入院料 (3,066 点) ついで、一般病床 (2,135 点) であった。

3. 横浜市における措置入院の入院時重篤身体合併症発生率

身体合併症発生率は平成 15 年度 (5.2%)、平成 16 年度 (11.9%)、平成 17 年度 (12 月まで、9.3%) と平均で 8.6% であった。身体疾患としては、骨折、裂傷、狭心症、消化管出血、悪性症候群、脳髄膜炎、腎不全、膠原病、内分泌疾患、低栄養状態、悪性腫瘍など多様であった。

D. 考察

1. 精神科急性期における重篤な身体合併症について

今回の重篤な身体合併症の定義は、身体的な 2, 3 次救急を想定した。急性精神病状態の 12.5% に重篤な身体合併症を認めた。総合病院として種々の疾患に対応可能な診療体制が整っていることが必要とされた。施設として、2 次または 3 次救急に対

応していること、当該病棟内に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があり、パイピング、個室、隔離室あるいは観察室が存在していることなどが重要な条件である。また、精神症状も急性期であることを想定すると、人員配置も一般科以上つまり、2対1以上の配置が望まれる。

2. 身体合併症入院費用について（表1、表2、図1、表3）

いずれの精神科病床に入院しても、一般科との較差が生じる。それでも、精神科救急入院料は、診療報酬の一日単価は一般病床とほぼ同等である。今後総合病院で、一病棟のみをもつ精神科であっても、十分な設備、人員配置が保障されなくてはならない。個室数、隔離室数などの設備や精神保健指定医数、精神保健福祉士などのマンパワーの充実が課題であるが、総合病院に精神科救急料入院料病棟をつくり、そこで、身体合併症医療を行なうことが検討されるべきである。その場合には、入院初期においては持ち出しが生じる可能性がある。具体的には表3にあるように、入院後約2週間が在院日数25%値となることから、初期の2週間に対しての加算が目安となる。

3. 精神科救急の仕組み（図2、3、4）

昨年度の調査の分析では、急性期精神病状態の12.5%に重篤な身体合併症が発生しており、今回の横浜市における措置入院の調査においても、平均で8.6%に重篤な身体合併症を認めた。これは過去の報告に一致するものであった。合併する身体疾患の多様性からは、診療科が、幅広く備わっている総合病院が窓口になるべきであろう。

今後精神科救急を円滑に行なうためには、その地域に精神科救急入院料病棟が精神科病院と総合病院に存在し、常に身体合併症にも対応できる体制が整っていることが必要であろう。

また、自殺企図後の身体・精神症状や認

知症の身体合併症等、一般医療、救急に近接した領域での合併症発生に対処できることは、医療計画の中で理解されやすい。今後病床の機能分化の観点からは、身体合併症ユニットは、精神科救急のみならず、院内救急・リエゾン、認知症や慢性期精神疾患の合併症に対処できる仕組みが望まれる。そのためには、各地域の情報センターが、地域や一般医療側からもアクセスしやすいように働くことが重要である。

E. 結論

精神科急性期、救急における身体合併症の発生率（8～12%）から、精神科救急の入り口として、総合病院の役割の重要性にふれた。精神科救急のみならず、一般救急外来・リエゾン、慢性期精神疾患、認知症の身体合併症なども考慮したシステムの構築が望まれる。そのための設備構造、人員配置には、精神科診療報酬体系の改善が是が非でも必要である。

精神科も身体科と連動して24時間、365日救急をいずれの地域も目指すべきである。今後の課題としては精神科急性期と身体合併症医療における診療技術、診療内容、看護必要度や運営に必要なマンパワー、設備構造面などを明らかにすることである。客観的なデータを蓄積し検討したい。

最後に、今回は救急・急性期における合併症を議論しているが、今後の課題としては、身体合併症のある長期入院者の受け皿をどのように考えるかといった問題も残されている。

F. 健康危険情報

特記すべき情報はなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし
H. 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

表1 : 身体合併症入院費比較

no.	精神疾患	身体疾患	入院日数	一般精神科(a)	一般病棟(b)	差益	急性期治療病棟(c)	差益	精神科救急入院料(d)	差益
				合計	1日平均	b-a	合計	c-a	合計	d-a
1	統合失調症	肺血栓塞症(入院後発)	3	45497	15166	422	5250	-13416	9810	-11896
2	統合失調症	右上腕骨折	5	8393	1679	422	8380	-3	15260	1373
3	統合失調症	シヨック状態で他院から転	5	23337	4667	422	8380	-2991	15260	-1615
4	統合失調症	大腿骨骨折手術	14	67648	4832	420	61390	-447	79190	867
5	統合失調症	横紋筋融解症	15	55284	3686	332	24600	-2046	44520	-718
6	心因反応	食道癌	15	48147	3210	419	28710	-1296	48630	32
7	躁うつ病	急性リチウム中毒	16	37904	2369	402	27408	-656	48848	684
8	統合失調症	意識障害、けいれん、肺	18	27458	1525	411	29850	133	53964	1473
9	神経症	慢性腎不全、糖尿病	21	26455	1260	406	34980	406	62586	2980
10	統合失調症	顔面神経麻痺(Ⅱ度)	23	27753	1207	403	38150	452	68797	1785
11	統合失調症	器质性肺炎、痔瘻	24	80832	3368	323	76776	-169	108936	1171
12	統合失調症	直腸癌・軟顎	25	36507	1460	401	41480	199	74795	1532
13	妄想性障害	維持透析	27	79110	2930	367	48924	-1118	84564	202
14	進行麻痺	器质性肺炎	28	62925	2247	338	45920	-607	82720	707
15	精神障害	下顎骨骨折手術	30	101190	3373	54	87870	-444	127710	884
16	うつ病	MRSA肺炎metC3回	31	70866	2286	285	61566	-300	102926	1034
17	神経症	糖尿病	37	55488	1500	375	62750	196	111792	1522
18	アルコール依存症	肋骨骨折、腎臓傷	38	57778	1520	373	64390	174	114932	1504
19	統合失調症	肺血栓塞症(救命救)	38	62125	1635	373	63550	38	114096	1368
20	非定型精神病	糖尿病	44	66136	1503	361	74170	183	132424	1507
21	うつ病	重症肺炎	50	138194	2764	280	93759	-889	159670	430
22	うつ病	慢性腎臓病	54	76749	1421	483	104365	511	175662	1832
23	統合失調症	糖尿病	62	94363	1522	338	103630	149	185242	1466
24	統合失調症	第1腰椎圧迫骨折	75	312329	4164	80	313419	15	412305	1333
25	痴呆	肺炎性深部静脈血栓	76	120294	1583	334	124640	57	224680	1374
26	統合失調症	イレウス	86	122428	1424	192	141040	216	254480	1535
27	うつ病	1型糖尿病	88	139293	1583	410	178437	445	294584	1765
28	統合失調症	肺炎	94	191818	2041	315	174445	-185	292300	1075
29	統合失調症	糖尿病、甲状腺機能低下	97	143138	1476	325	162560	200	281038	1422
30	摂食障害	るいそ(体重測定拒否)	147	214292	1458	340	249300	238	367722	1044
31	老年期精神病	肺炎	156	270249	1732	240	276928	43	395268	801
32	摂食障害	るいそ(体重:32.6kg)	168	202668	1206	344	277550	446	396072	1151
33	摂食障害	るいそ(体重:29kg)	228	411274	1796	369	385716	-112	504857	409
平均			56	105392	2594	344	105463	-624	165056	629

表2 : 平均1日単価(入院料)

精神病棟入院基本料3との比較

期間	症例数	精神科 (入院基本料3)	一般	急性期治療	救急入院
30日以内	15	3,532	3,901 (+369)	2,065 (-1,467)	3,412 (-120)
31日以上	18	1,812	2,135 (+323)	1,891 (+79)	3,066 (+1,254)
すべて	33	2,594	2,938 (+344)	1,970 (-624)	3,223 (+629)

図1 : 1日入院単価比較

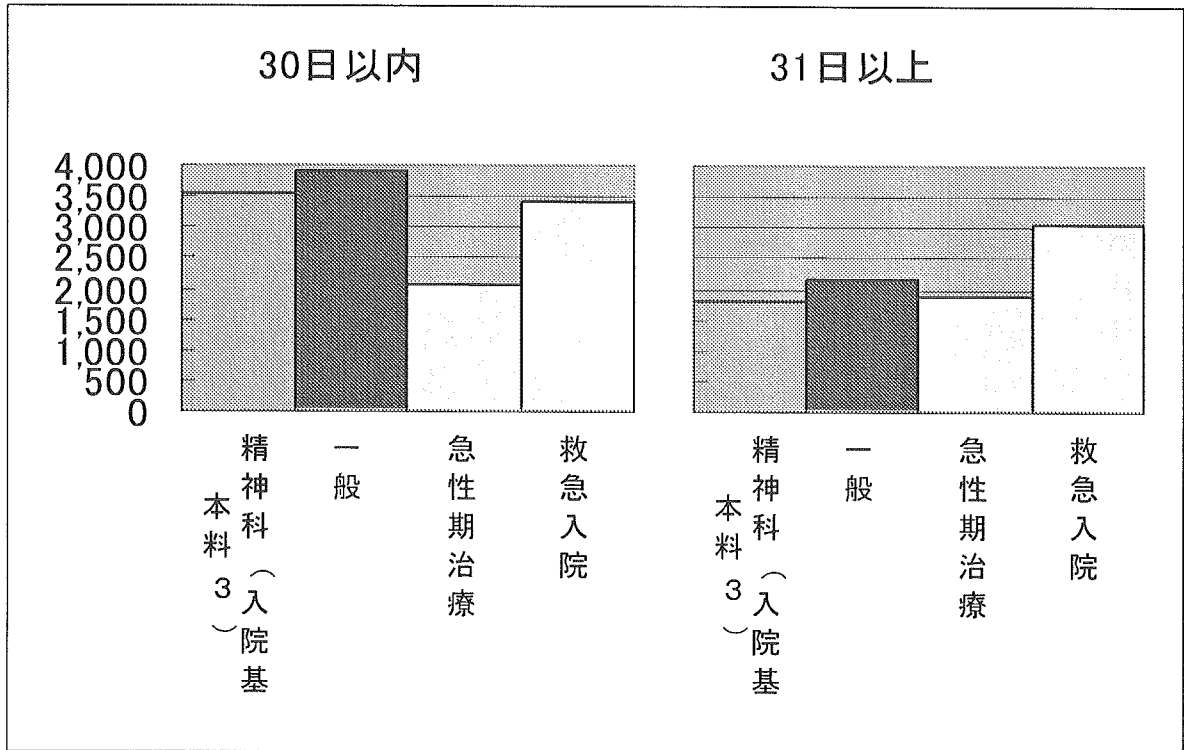


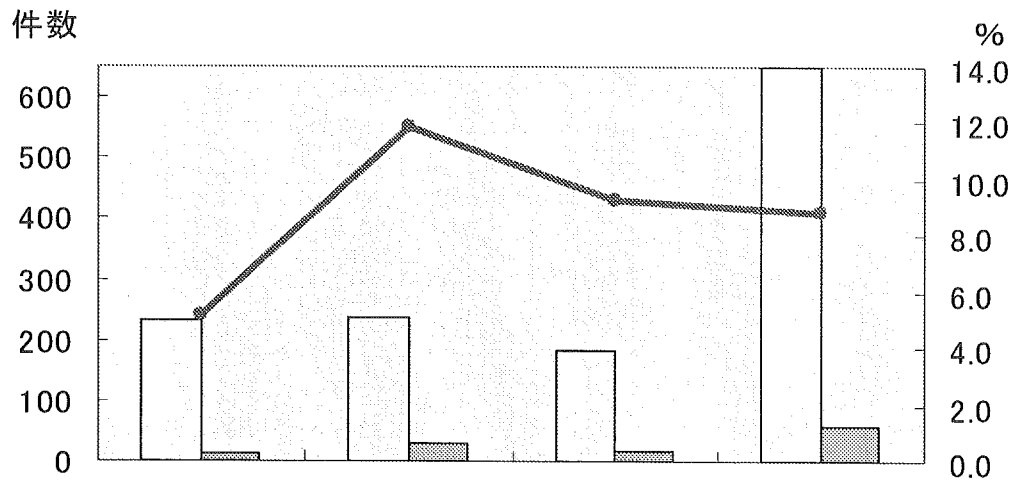
表 3 : 在院日数分布

* 入院初期の約2週間が2

5%値

	医師・看護配置	在院日数分布(短期から)				平均入院日数	
		25%	50%	75%	100%	全体	95%まで
25%毎の 在院日数	全体	17日	42日	96日	17,201日	—	—
	16対1達成	16日	36日	90日	4,528日	—	—
	16対1未達成	17日	51日	110日	17,201日	—	—
疾患毎	F2	17日	43日	96日	4,528日	—	—
	F3	24日	48日	92日	1,793日	—	—
看護配置	2対1以上	15日	28日	52日	1,416日	—	—
	2.5対1から2対1	21日	50日	52日	4,528日	—	—
	3対1から2.5対1	16日	40日	102日	17,201日	—	—
	3対1未満	22日	50日	128日	15,441日	—	—
合併症者		10日	28日	69日	15,674日	271日	51日
薬物中毒除外合併症者		15日	35日	97日	15,674日	316日	61日

図2 : 措置件数と身体合併症



	15年度	16年度	17年度	合計
措置件数	230	236	182	648
重篤合併	12	28	17	57
%	5.2	11.9	9.3	8.8

図3 : 総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ

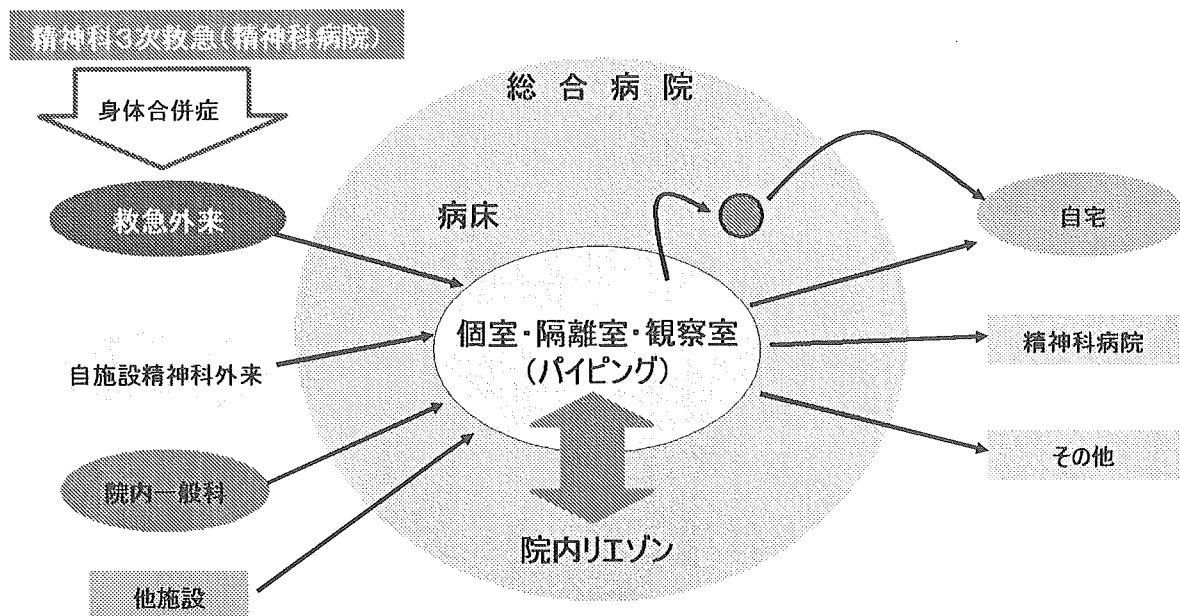
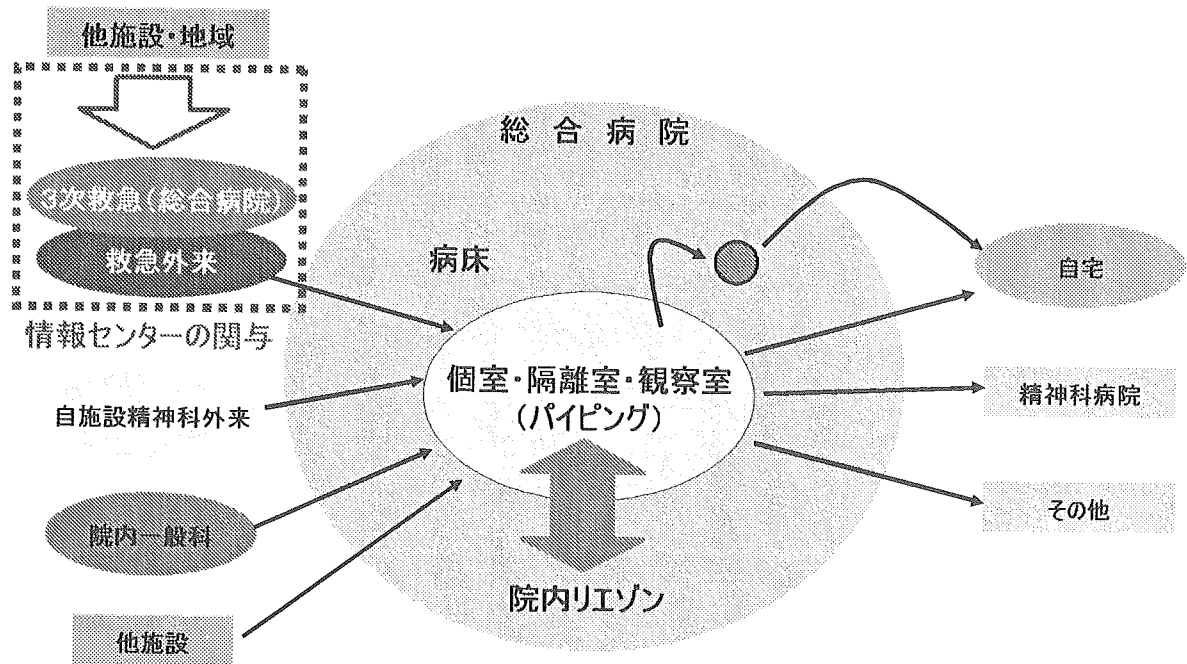


図4 : 総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ



平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

認知症治療病棟に関する研究

分担研究者 白石弘巳 東洋大学 ライフデザイン学部

【研究要旨】

＜研究目的＞①認知症治療病棟の病棟／患者レベルでの実態把握，②人員配置と患者の入院時～退院時の状況変化の関連の探索，③在院期間と患者特性との関連の探索を行い，認知症患者の治療において同病棟が果たすべき役割，将来像について検討することを目的とした。

＜方法＞全国に約 200 施設存在する老人性痴呆疾患治療病棟のうち，27 施設を対象に，郵送法による質問紙調査を実施し，計 20 施設の 389 名の患者に関して回答が得られた。

＜結果＞認知症治療病棟への入院により，GAF や問題行動が有意に改善することが示された。また，著明な精神症状に加え身体疾患を合併している患者の存在や，人員配置と平均在院日数の間の負の傾向が明らかになった。在院期間の長い患者の特徴として，介護老人福祉施設や精神科療養病棟等の療養や介護を目的とする施設から入院に至り，入院時点から既に ADL 障害や認知症が比較的重度である者の割合が高いことが分かった。

＜考察＞今後，認知症患者の増加に伴い，精神科病院への入院要請は高まると考えられるが，認知症治療病棟は，現時点では認知症患者の急性期治療を行う体制にないのが実情である。今後は，急性期病棟としての機能を持たせるべきである。そのため，入院の適応を見直し，それに見合う診療報酬に改訂する必要がある。そして，認知症治療病棟の入院適応ではないものの，対応の難しい患者の受け入れることのできる，ショートステイ等のサービスの拡充が必要である。

【研究協力者氏名】

松原三郎 松原病院院長・日本精神病院協会常任理事
水野 裕 一宮病院今伊勢分院部長
吉江 悟 東京大学大学院

A. 研究目的

現在高齢化の一途をたどる日本国内において、認知症高齢者は年々増加しており、推計では 2040 年には 385 万人（痴呆性老人の生活自立度Ⅱ以上の者）とピークを迎える（表 1）。それに伴い、認知症高齢者の受け入れ施設は、その治療・介護及び介護者の負担軽減という目的の下、ますます重要な意味をもって来る。

認知症高齢者の治療・介護を行う入所施設は、現状大きく介護保険と医療保険の両制度下で存在している（表 2）。そのうち大多数は介護保険下のサービスであり、介護療養型医療施設の認知症療養病棟、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の認知症高齢者対応フロア、認知症高齢者グループホームといったものである。もう一方の医療保険による施設が、認知症治療病棟（注：制度上の正式名称は「老人性痴呆疾患治療病棟 1」であるが、厚生労働省「痴呆に替わる用語に関する検討会」報告内容を踏まえ、本報告では一貫して「認知症治療病棟」という呼称を用いる）である。

認知症治療病棟は 1988 年より実施されており、認知症高齢者の中でも、特に特に「精神症状や問題行動が特に著しい、寝たきり等の状態にない認知症患者で、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、短期集中的に精神科治療と手厚いケアを提供する施設」である。職員配置は、精神科医が 1 名以上、専従の精神保健福祉士又は臨床心理

技術者が 1 名以上、看護職員数 6:1 以上、介護職員数 5:1 以上の配置が義務付けられており、病床数は概ね 50 床である。また、入退院を円滑に行うため「当該病棟を有する医療機関は、地域の医療機関、保健所及び社会復帰施設等と十分に連携を保つ」べきであることが施設整備基準に謳われている。

実際、認知症治療病棟入院患者の BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に関しては、先行調査の中で、介護老人福祉施設や介護老人保健施設の入所者に比べ、その発生頻度が高いことが指摘されている²⁾。また、入院後 3 ヶ月後の BPSD の変化については、他 2 施設に比べ、その改善の割合が高いという知見が得られている²⁾。平均在院期間も他の認知症高齢者対象施設に比べ短く、短期集中の「治療」の側面が強いと言える。

以上、認知症治療病棟への入院による治療効果はある程度実証されているとも言えるが、制度ができて以来 20 年近くなる間に、認知症治療病棟への入院患者や治療目的が少しずつ変化して来ている可能性がある。すなわち、当初は、足腰がしっかりした人が入院対象で、病棟には家族が寝泊まりを共にできる在宅療養訓練指導室を備え、症状が改善した場合、違和感なく家庭に戻れることが目指されたが、近年歩行に障害がある人も入院するようになり、また、家庭に戻れる人の割合が低下していると考えられる。また、現

時点では認知疾患治療病棟の人員配置は、精神科病床の中では、急性期治療病棟より療養病棟に近い職員・施設基準である(表3)。この人員配置で十分な介護や他の老人福祉施設との連携を行いうるかについても検証が必要であろう。

こういったことから、認知症治療病棟が短期集中的な治療を行うには職員・施設基準に何らかの改正が必要ではないかという意見も少なからずある。

精神科病床の機能分化の中で、認知症治療病棟が所期の目的を達するためにどの程度の人員配置とすれば、どの程度の症状の改善や入院期間の短縮などのアウトカムを期待できるかといった関係を調査することは、行政的見地から非常に重要であるがこれまでのところ行われていない。

以上より、本研究では、

- 1) 認知症治療病棟の病棟／患者レベルでの実態把握
- 2) 人員配置と患者の入院時～退院時の状況変化の関連の探索
- 3) 在院期間と患者特性との関連の探索

を行い、認知症患者の治療において同病棟が果たすべき役割、将来像について検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 調査方法

平成16年度に作成した調査票を用い、郵送法による質問紙調査を2005年2～4月に実施した。調査は、2003

年4月時点で全国200施設に存在する認知症治療病棟のうち、日本精神科病院協会に協力を依頼し、承諾の得られた全国27施設を対象とした。

質問紙には施設票と個人票を設けた。施設票は1施設に1通ずつ配布した。個人票は、2004年4月1日以降にその病棟から退院／転院／転棟した入院患者各20名分について回答を依頼した。施設票については、病棟の状況をよく把握していると考えられる看護師長等に回答を依頼し、個人票については、各患者の状況をよく把握していると考えられる主治医や担当看護師に回答を依頼した。また、記入漏れ等について問い合わせが可能となるよう、回答者の記名を依頼した。患者氏名については無記名とし、調査者は独自に作成したIDのみを用いて調査票の管理を行うことで患者のプライバシーに配慮した。

2) 調査項目

施設票では、病床数、人員配置、クリニカルパスの有無、退院支援を行う職種及びその内容について質問した。また、各患者の在院日数から施設の平均在院日数を算出し、施設特性の1項目として用いた。

個人票では、性別、年齢、在院日数、入院前／入院後の臨床診断、入院前／退院後の所在、入院に至った原因、入院時／退院時のGAF(機能の全般的評価尺度)・HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価尺度)・障害老人の日常生活自立度・痴呆性老人の日常生活自立度・

身体管理・問題行動・治療及び隔離／抑制について質問した。このうち、GAF、HDS-R については既存尺度を用いた。GAF は得点が高いほど機能が高いことを示し、HDS-R は得点が高いほど、重度の認知症であることを示す。障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度、身体管理、問題行動については、介護保険認定調査票で使用されている項目を用いた。

調査票の有効回答数（割合）は、施設票 18 票（66.7%）、個人票 389 票（72.0%）であった。個人票は計 20 施設の患者について回答があった。

3) 分析方法

まず、調査票の各項目について単純集計を行い、調査対象施設における病棟／患者像を示した。このうち、入院時と退院時それぞれについて質問をしている項目については、T test, M-W test, Mc Nemar test を用い、両時点での値の変化を比較した。

続いて、各施設における人員配置と、平均在院日数及び入院時～退院時の GAF, HDS-R, 障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度、身体管理、問題行動の各項目の変化量（いずれも正の方向が改善の方向となるよう変数を合成した。）の平均値について、二変量間の関連をみた。なお、本調査においては調査対象施設数が限られているため、有意確率による議論は行わず、相関係数をもとに解釈を行った。また、人員配置については、各施設の看護職員及び介護職員の総

人数を算出し、人員配置の多寡を示す合成変数として用いた。

最後に、在院日数を 3 ヶ月未満、3 ヶ月以上 1 年未満、1 年以上の 3 群に分け、その他の患者特性の群間比較を行った。検定は ANOVA, χ^2 test を用いて行った。この際、障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度は順序尺度とみなして分析に用いた。

なお、以上で用いた統計的検定の有意水準は、全て $p < .05$ とした。

C. 研究結果

1) 病棟特性（表 4）

(1) 病床数

病床数は 53.4 ± 6.0 床（平均値±標準偏差）であった。そのうち、個室数は 6.0 ± 5.0 床、さらに隔離室の数は 0.2 ± 0.6 床であった。

(2) 人員配置

常勤の精神科医数は 1.3 ± 0.6 名（平均値±標準偏差）、非常勤の精神科医を配置している施設は存在しなかった。他科の医師を常勤で配置している施設はなく、非常勤で 0.5 ± 1.2 名配置されていた。

その他常勤採用の職員数は、看護師は 6.3 ± 3.0 名、准看護師 6.8 ± 3.8 名、看護補助者 7.4 ± 3.7 名、介護福祉士 5.4 ± 3.9 名、その他の介護職は 0.3 ± 0.8 名であった。

また、病床数及び人員配置数に関して回答の得られた 13 施設について、病床数を人員配置数で割った値を職

種別に算出し、施設基準との比較を行った。その結果、施設によっては基準を大きく上回る人員を配置しているところが存在していた(表5)。

(3) クリニカルパスの有無

クリニカルパスは、調査協力施設の50.0%で使われていた。

(4) 退院支援を行う職種及びその内容

退院支援は、全調査協力施設において、看護師(55.6%)あるいは精神保健福祉士(44.4%)が行っていた。また、支援の内容は、ほぼ全ての患者について「退院時記録を作成する」施設が72.2%、「家族への助言を行う」施設が同じく72.2%、「他施設への連絡を行う」施設は83.3%であった。

(5) 在院日数

病棟レベルの平均在院日数は、 355.2 ± 216.6 日(平均値 \pm 標準偏差)と1年近い値であり、その範囲は98.6~932.9日と非常に広がった。患者レベルでの在院日数(表6)は、平均 353.4 ± 528.6 日とほぼ同様の値であったが、中央値は129.6日であり、約半数の患者は100日強で退院していた。

2) 患者特性

(1) 性別(表6)

入院患者の61.7%が女性であった。

(2) 年齢(表6)

平均年齢は 79.4 ± 8.6 歳(平均値 \pm 標準偏差)で、53~97歳とその範囲は

広がった。

(3) 臨床診断(表6)

アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の患者が入院前・入院後ともに多く、合計すると全体の7~8割であった。また、入院前に何も診断を受けていなかった患者は全体の7.5%存在したが、入院後にはその割合は0.5%となっていた。

(4) 入院前/退院後の所在(表6)

入院前の所在は、在宅が最も多く、全体の33.9%であった。しかし、退院後は精神科以外の病床へ行く患者が最も多く、32.4%であった。また、入院前の所在として、精神科以外の病床にいた患者の割合も高く、全体の27.2%存在した。

(5) 入院に至った原因(表6)

入院に至った原因として最も多くあげられたのが「問題行動」で、全体の80.2%と非常に高い割合であった。続いて「家族の負担の大きさ」が31.4%、「身体疾患の合併」が21.1%であった。

(6) GAF(表7)

入院時は平均 25.9 ± 13.4 (平均値 \pm 標準偏差)、退院時は 30.1 ± 18.1 であり、有意に退院時の得点が高かった(T test, $p < .001$)。

(7) HDS-R(表7)

入院時は平均 9.7 ± 7.0 (平均値 \pm 標準偏差)、退院時は 9.9 ± 9.5 であり、有意に退院時の得点が高かった(T

test, $p < .001$).

(8) 障害老人の日常生活自立度 (表 7)

入院時と退院時の各ランクの割合を比較したところ、退院時の方が有意に自立度が低かった (M-W test, $p < .001$).

(9) 痴呆性老人の日常生活自立度 (表 7)

「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする」と定義されるランク M の患者は、入院時には全体の 29.0% 存在したが、退院時は 19.8% であった。入院時と退院時の各ランクを比較したところ、退院時の方が有意に自立度が高かった (M-W test, $p < .001$).

(10) 身体管理 (表 7)

入院時・退院時通じて「点滴管理」が必要な患者の割合が最も多く、それぞれ 13.1%, 27.8% であった。全体的に退院時の方が管理の必要な患者の割合が高く、「点滴管理 ($p < .001$)」、「中心静脈栄養 (IVH) ($p < .01$)」、「酸素療法 ($p < .001$)」、「モニター測定 ($p < .001$)」、「カテーテル ($p < .001$)」、「その他 ($p < .05$)」の 6 項目において有意であった (Mc Nemar test).

(11) 問題行動 (表 8)

入院時・退院時ともに発生割合が高かったのは、「ひどい物忘れ (65.6%)」、「外出すると病院・施設・家などに 1 人で戻れなくなる (53.7%)」であった。

ただし、その割合は、19 項目全てに関して、退院時において有意に低くなっていた (M-W test, 全て $p < .001$)。上記の 2 項目と「火の始末や火元の管理ができない」の計 3 項目を除いた 16 項目においては、その発生割合は、全て半分以下になっていた。

(12) 治療及び隔離／抑制 (表 9)

「薬物治療」を実施している患者は入院時・退院時ともに 8 割を上回っていた。入院時と退院時の治療の実施状況を比較したところ「薬物治療 ($p < .01$)」、「作業療法 ($p < .01$)」の 2 項目において、有意に退院時の方がその割合が低かった (Mc Nemar test)。隔離及び抑制については、統計的に有意でなかったが、いずれもその数は半数程度になっていた。

3) 人員配置と平均在院日数、患者の状態変化との関連

(1) 平均在院日数との関連

配置数が多い施設ほど平均在院日数が短いという傾向がみられた (Pearson's $r = -.226$).

(2) 患者の状態変化との関連

Pearson の相関係数 $r \geq .2$ であったもののみ示す。人員配置と正の関連を示した項目は、GAF ($r = .499$)、モニター管理 ($r = .245$)、問題行動のうち「実際にはないものが見えたり聞こえる」 ($r = .286$) であり、負の関連を示した項目は、HDS-R ($r = -.304$)、疼痛管理 ($r = -.507$)、経管栄養管理 ($r = -.224$),

褥瘡管理 ($r=-.265$), 問題行動のうち「泣いたり, 笑ったりして感情が不安定になる」($r=-.330$), 「夜間不眠あるいは昼夜の逆転」($r=-.235$)であった。

4) 在院期間と患者特性の関連(表 10)

在院期間と患者特性との関連を分析した結果, いくつかの変数において有意な関連がみられた。

まず, HDS-R は, 入院時~退院時の変化量において有意な関連がみられ, ($F=4.9, p<.01$) 在院期間が3ヶ月未満, 1年未満の者では認知機能が低下する傾向にあるのに対し, 1年以上の者では上昇する傾向にあることが分かった。

障害老人の日常生活自立度, 痴呆性老人の日常生活自立度については, 入院時(順に $F=3.9, p<.05$: $F=4.7, p<.01$), 退院時 ($F=12.5, p<.001$: $F=11.6, p<.001$), 入院時~退院時の変化量 ($F=7.9, p<.001$: $F=15.8, p<.001$) 全てにおいて有意な関連がみられた。入院時・退院時ともに, 概ね在院期間が短い者の方が自立度が高い状態にあった。入院時~退院時の変化については, 在院期間の長い者において, 自立度がより低下する傾向にあった。

入院前, 退院後の所在についても有意な関連がみられた。入院前に在宅にいた者は在院期間が短い傾向にあり, 逆に介護老人福祉施設や精神科療養病棟にいた者は在院期間が長い傾向がみられた。退院後については, 在院期間が短い者ほど在宅に行く割合が高かった。在院期間の長い者は, 介護

療養型医療施設や痴呆性高齢者グループホームに行ったり, 死亡したりする割合が高かった。

その他, 問題行動の項目においていくつか有意な関連がみられたが, 一貫した関連はみられなかった。

D. 考察

1) 診療報酬の見直し及び入院適応の再検討

調査結果から, 全入院の約7%は入院後に診断されることが明らかにされたが, 現状の報酬体系では, 画像検査等は入院基本料に包括されており, 入院後に十分な診断が行えない可能性がある。

加えて, 入院に至った原因として身体疾患の合併があげられる患者が全体の約20%みられたことから, 著明な精神症状が生じているために身体疾患の管理が難しくなり, 認知症治療病棟に入院してくる患者が存在していることが考えられる。これらの患者に対する身体疾患への治療という意味でも, 現行の報酬体系では対応しきれない面がある。今後報酬体系の見直しを行っていく必要があると考えられる。

また本来, 認知症治療病棟への入院適応となる患者は「急性期の集中的な治療を要する精神症状及び行動異常が特に著しい重度の患者」であるが, 何らかの身体疾患に加えてこのような精神症状がある患者の場合, たとえ身体疾患の治療の目的であっても, 一

般病棟での受け入れは難しい場合がある。認知症治療病棟にある程度の身体的治療の機能ももたせるか、あるいは精神疾患と身体疾患を合併した患者を対象とした病床を別途検討することが必要だと考えられる。

在院期間と患者特性の関連においては、在院期間の長い患者の特徴として、入院時からADL障害や認知症が比較的重度で、療養や介護を目的とする施設にいる者の割合が高いことが分かった。これらの患者は、上記に述べた身体疾患による影響を除けば、短期集中の治療を目的とする認知症治療病棟への入院が妥当であるとは言い難い。今後、入院前の査定方法を見直し、認知症治療病棟入院の適応となる患者像を明確にしていく必要があると思われる。ただし、必ずしも急性期治療の適応ではなくとも在宅や介護・療養施設において対応の非常に難しい患者は多数存在することが考えられるため、介護負担軽減のために、ショートステイ等のサービスの拡充は必須である。

2) 人員配置の拡充

認知症治療病棟は、その機能として急性期治療の側面が強いにも関わらず、精神科療養病棟に近い施設基準となっている。しかし、おそらく必要に迫られ基準以上の人員配置をとっている病棟が少なからず認められた。本研究ではサンプル数が限られたこともあり、有意な関連はみられなかったが、人員配置が多いほど、平均在院日

数が短いという傾向がみられた。急性期治療を行う上で、人員の充実は重要である。報酬体系と併せて、今後検討の余地があると考えられる。

E. 結論

本研究では、全国の認知症治療病棟に質問紙調査を実施し、計20施設の389名の患者に関して回答が得られた。結果、認知症治療病棟への入院により、GAFや問題行動が有意に改善することが示されたとともに、著明な精神症状に加え身体疾患を合併している患者の存在や、人員配置と平均在院日数の間の負の傾向が明らかになった。

また、在院期間の長い患者の特徴として、介護老人福祉施設や精神科療養病棟等の療養や介護を目的とする施設から入院に至り、入院時点から既にADL障害や認知症が比較的重度である者の割合が高いことが分かった。

今後、認知症患者の増加に伴い、精神科病院への入院要請は高まると考えられ、短期間の集中的治療を行うことがますます重要になる。今回の調査で、現在の認知症治療病棟が、この点に関して十分とはいえない状況にあることが明らかとなった。所期の目的を達成するためには、今後、入院の適応を見直し、認知症治療病棟が急性期病棟としての機能を持つようにすべきであり、それに見合う診療報酬に改訂する必要がある。そして、認知症治療病棟が満床となり需要に応じられない状況を避けるためにも、地域の老人保健施設や老人福祉施設との連

携をより一層密にすることや、入院適応とまではいかないが、BPSDのために家庭等での対応の難しい患者を短期間、即時的に受け入れることのできる、ショートステイ等の地域のサービス資源の拡充も併せて行う必要がある。

H. 知的財産の登録状況 なし

<参考文献>

- 1) 日本精神科病院協会編. (2004). 老人性痴呆疾患の治療・介護マニュアル. 東京: ワールドプランニング.
- 2) 日本精神科病院協会. (2003). 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報告書.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

白石弘巳, 吉江悟: 認知症治療病棟と精神科救急. 精神科救急(投稿中)

2. 学会発表

白石弘巳 (2005). 認知症治療病棟と精神科救急. 第13回日本精神科救急学会総会シンポジウム: 高齢者の精神科救急—身体管理を含めて—

表1. 認知症高齢者対象施設の現状

	総人口	≥65歳人口	Ⅱ以上 ^{a)}	Ⅲ以上 ^{a)}
2002年	12,744	2,363 (18.5)	149 (1.2)	79 (0.6)
2005年	12,771	2,539 (19.9)	169 (1.3)	90 (0.7)
2010年	12,747	2,874 (22.5)	208 (1.6)	111 (0.9)
2015年	12,627	3,277 (26.0)	250 (2.0)	135 (1.1)
2020年	12,411	3,456 (27.8)	289 (2.3)	157 (1.3)
2025年	12,114	3,473 (28.7)	323 (2.7)	176 (1.5)
2030年	11,758	3,477 (29.6)	353 (3.0)	192 (1.6)
2035年	11,360	3,515 (30.9)	376 (3.3)	205 (1.8)
2040年	10,934	3,633 (33.2)	385 (3.5)	212 (1.9)
2045年	10,496	3,640 (34.7)	378 (3.6)	208 (2.0)

※単位: 万人(総人口に占める割合%) / a): 痴呆性老人の生活自立度: 数値は「要介護(要支援)認定者における痴呆性高齢者(2002年9月推計)」と「日本の将来推計人口(2002年1月推計)」から算出したもの

表2. 認知症高齢者対象施設の現状

	医療保険	介護保険			認知症 高齢者 グループホーム
	老人性 痴呆疾患 治療病棟 ¹	介護療養型 医療施設 ^{a)}	介護老人 福祉施設 ^{a)}	介護老人 保健施設 ^{a)}	
2002年	187 (10,168)	3,903 (137,968)	4,870 (330,916)	2,872 (254,918)	2,210 (23,888)
2003年	200 (10,920)	3,817 (139,636)	5,084 (346,069)	3,013 (269,524)	3,665 (43,519)

※単位: 施設(床) / a): 非認知症高齢者対応フロアを含む

表3. 認知症治療病棟の病棟点数 施設基準

(2004年4月時点)

	老人性痴呆疾患治療病棟	参考: 精神科急性期治療病棟	参考: 精神療養病棟
点数	90日以内: 1290点, 90日超: 1180点	1640点	1090点
包括から 外れるもの	精神科専門療法	精神科専門療法	精神科専門療法
	精神科措置入院診療加算	手術, 麻酔, 放射線治療 精神科措置入院診療加算	精神科措置入院診療加算
	地域加算	精神科応急入院施設管理加算 地域加算	地域加算
医師	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)	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	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 臨床心理技術者	いずれか1名以上	いずれか1名以上	いずれか1名以上
作業療法士	専従1名以上	-	-
看護師 准看護師	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)
介護職員 看護補助者	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
1看護単位	概ね40~60床	60床以下	60床以下
個室	個室率10%以上, 観察室4床程度	隔離室が必要	-
備考	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