

両群別の内訳

| | 医薬品中毒群 28例 | 「かたい手段」群 51例 |
|-------|---------------|-----------------|
| 性別 | 男性 7 女性 21 | 男性 33 女性 18 * |
| 年齢(才) | 31.0 ± 11.6 | 49.7 ± 18.1 * |
| 入院日数 | 4.4 ± 3.2 | 15.8 ± 17.2 * |
| 転帰 | | |
| 外来死亡 | 0 | 9 (18%) |
| 入院死亡 | 0 | 5 (10%) |
| 軽快退院 | 22 (79%) | 15 (29%) |
| 転院 | 6 (21%) | 22 (43%) * |

* < 0.05

精神科的内訳

| | 医薬品中毒群 28例 | 「かたい手段」群 51例 |
|---------------|-------------|----------------|
| 精神疾患 | | |
| 統合失調症 | 2 | 5 |
| うつ病 | 8 | 23 |
| 神経症 | 4 | 2 |
| 境界型人格障害 | 10 | 5 |
| アルコール依存 | | 2 |
| 自殺企図既往歴 | 13/28 (46%) | 8/48 (17%) * |
| 精神科受診歴 | 21/27 (78%) | 23/49 (47%) * |
| | | 2例は精神科入院患者の外泊中 |
| 入院中 精神科医診察 | 15/28 (54%) | 29/37 (78%) |
| 向精神薬投与 | 2/28 (7%) | 12/37 (32%) * |

* < 0.05

転院先病院

| | 医薬品中毒群 6例 | 「かたい手段」群 22例 |
|-----------------|--------------|-----------------|
| 転院先 | | |
| 精神科病院 | 3 | 1 |
| 一般病院 (精神科あり) | 1 | 2 |
| 一般病院 (精神科なし) | 2 | 19 |

一般病院への転院例

| | 医薬品中毒群 3例 | 「かたい手段」群 21例 |
|---------------|----------------------------------|--|
| 一般病院 転院目的 | 7-tt7ミ/7オン中毒経過観察 1 既往内科疾患治療 2 | 整形外科治療・リハビリ 10 腹部手術後治療 3 CO中毒経過観察 2 低酸素脳症リハビリ 2 頭部外傷後リハビリ 1 熱傷治療 1 慢性腎不全透析目的 2 |
| 精神疾患 | 神経症 1 | 統合失調症 1 うつ病 10 神経症 2 境界型人格障害 3 アルコール依存症 2 |
| 転院時の 精神科治療 | 向精神薬投与 0 | 向精神薬投与 9 |

近隣病院の精神疾患患者受け入れ調査

目的
センターからの精神疾患患者の転院を円滑に計るための参考とする目的で近隣2次病院の受け入れ状況を調査した。

対象と方法
当センターからの患者受け入れに協力をお願いしている近隣14施設の地域医療室に対して調査用紙を送付し回答を得た。調査時期は2006年3月。

調査内容

- 各施設の精神科診療の状況
- 精神疾患患者及び自殺企図患者の継続治療が可能か

結果

- 精神科診療
14施設中、1施設のみが非常勤で診療
- 身体的治療を要する精神疾患患者の継続治療の受け入れ

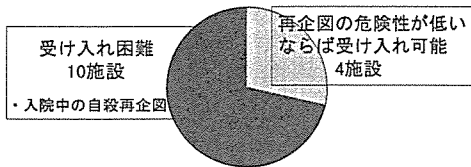
受け入れ
6施設

一般病室で可能な精神状態で
あれば受け入れ可能
8施設

- 精神科かかりつけ医の存在
- 安定した内服治療がされていること

結果

- 身体的治療を要する自殺企図患者の継続治療の受け入れ



まとめ

- ① 自殺企図患者の診療が、救命センターの診療の大きなウエイトを占めている。
- ② かたい手段の自殺企図群は、医薬品中毒群に比べ、自殺企図歴、精神科受診歴ともに低値であり、自殺予防の困難性を感じさせた。
- ③ かたい手段の自殺企図群は、精神科治療を要する必要性も強いが、身体的治療を優先するために一般病院へ転院せざるを得ない状況が明らかとなった。
- ④ 一般病院における自殺企図患者および精神疾患患者の受け入れには、精神科治療の困難性から、抵抗があると思われた。

提言

今後、身体的治療、精神科治療を同時に必要とする患者はさらに増加すると思われ、救命救急センターから一般病院への継続治療を円滑に実施できるような方策が必要である。

そのためには、精神疾患患者の継続治療を地域医療としてとらえ、身体的治療を一般病院で行う際の精神科治療や再企図予防のために、地域の医療資源を有効に活用して、精神科病院と一般病院が連携して診療できるようなシステムを構築する必要がある。

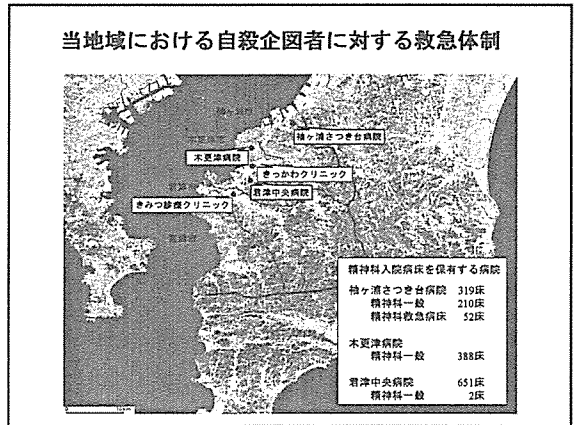
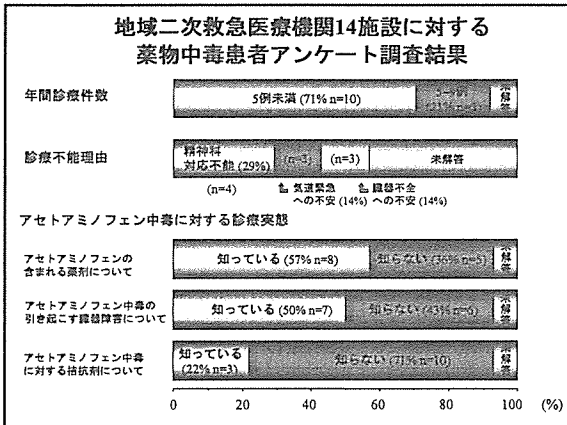
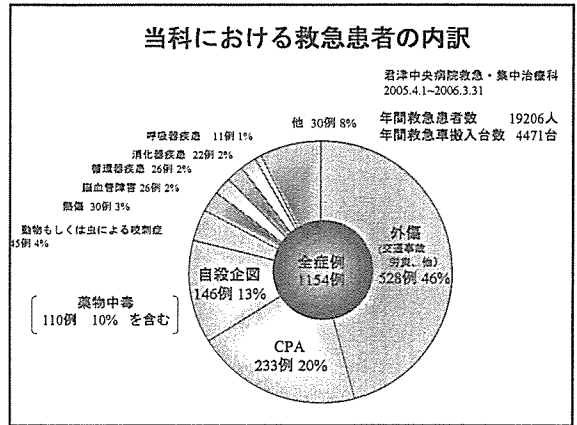
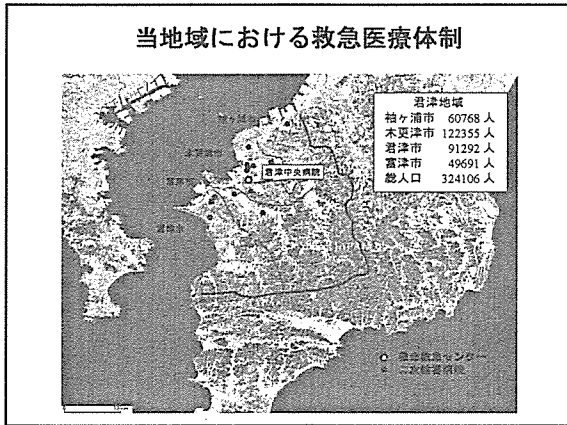
当施設における自殺企図者の実態と地域連携

国保直営総合病院 君津中央病院

救急・集中治療科

部長 北村伸哉

[目的] 当救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態につき検討し、自殺企図者に対する当院の役割と地域連携について考察する。[対象および方法] 過去2年8ヶ月に搬送された自殺企図者つき、精神科受診歴の有無により、疾患分類(ICD-10)、自殺方法、転帰について検討した。[結果] 対象287例のうち精神科受診歴のない自殺企図者は97例。これらの自殺企図手段は46%が医薬品・大衆薬によるものであったが、縊頸やCO中毒等、かたい手段を選んだ症例は49%にのぼり、自殺既遂率も16.3%と高率であった。自殺既遂例の疾患は分類不能であったが、救命例ではF4が67%を占め、9%のF3が続いた。一方、精神科受診歴のある190例ではかたい手段は、18%に過ぎず、既遂率も8%と、受診歴のない群より有意に低率であった($P<0.05$)。これらの疾患分類はF3が50%を占め、以下F4 29%, F2 12%と続いた。入院日数が7日を越えた症例の占める割合は精神科受診歴のない群では16%、受診歴のある群では7.4%であったが、身体的重症度が軽快した後、速やかに地域内の精神科病院に転院することができた。[考察] 当地域(33万人)では、精神科クリニック2施設と単科病院および身体合併症病棟を持つ病院に加え、当院が自殺企図患者を積極的に受け入れ、センター非常勤の精神科医2名に診察を仰ぎ、精神科救急を支えている。今回、精神科受診歴の無い自殺企図者は受診歴のある自殺企図者に比し、企図手段が硬く、自殺既遂率も高い事が判明した。従って精神科受診歴の無い自殺企図者を受け入れ、身体的治療だけでなく精神科医による精神療法および退院後の指導を行うことにより、自殺既遂率を低下させることができると考えられた。また、身体的重症度が高いがため、長期入院が余儀なくされた症例は軽快後、地域内で連携することにより身体的・精神的治療を継続することができた。



対象

2003年7月から2006年3月までに君津中央病院救命救急センターに搬入された自殺企図者287例

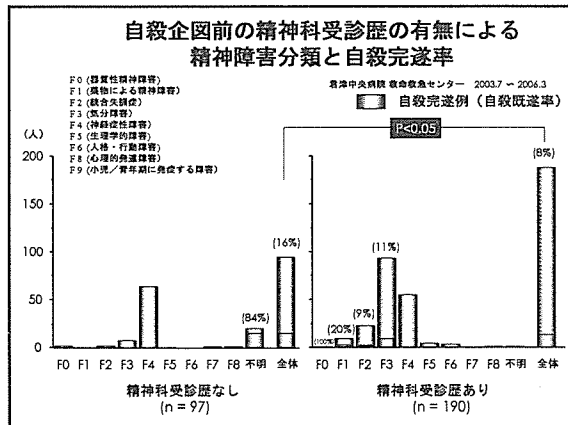
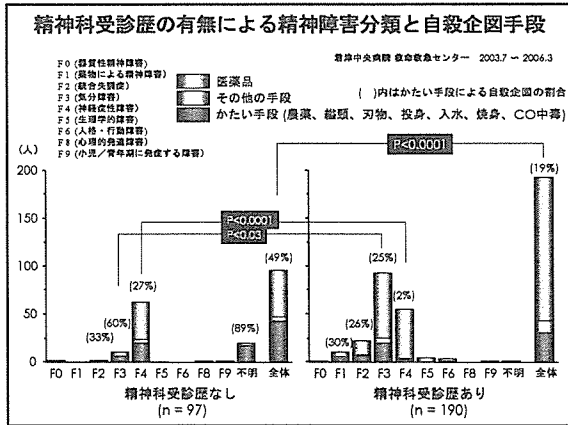
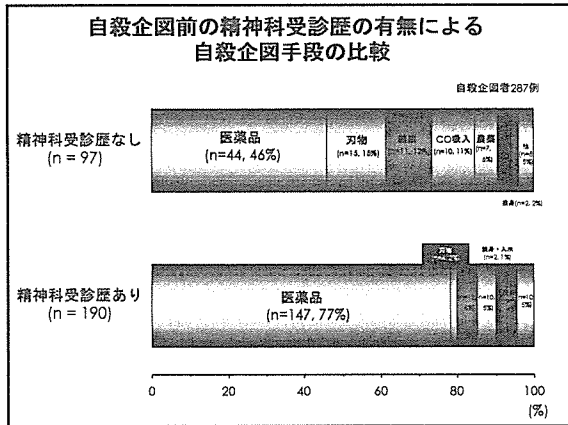
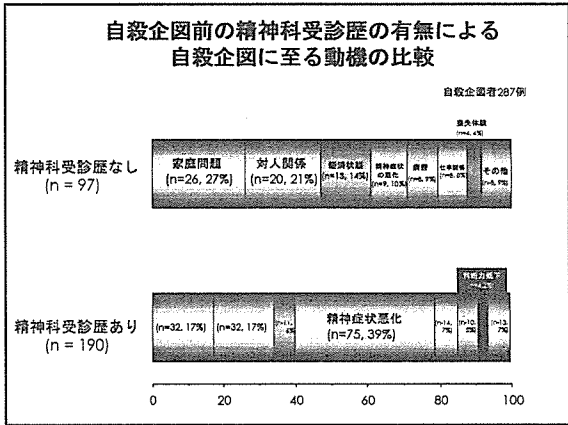
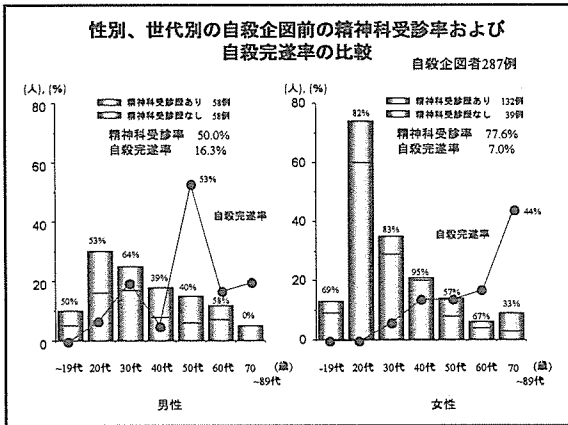
方法

精神科受診歴の有無により、自殺企図に至る動機、自殺企図手段、国際疾病分類(ICD-10)による精神障害分類、自殺完遂率を比較し、精神科医の介入の重要性につき検討した。また、入院患者の転帰より、地域連携の重要性につき考察した。

対象とした自殺企図者287例の背景

君津中央病院 救命救急センター 2003.7~2006.3

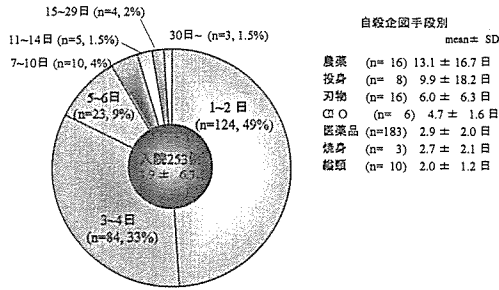
| | |
|----------------|---------------------------|
| 男女比 | 男:女=116:171 |
| 平均年齢 (mean±SD) | 37 ± 16 歳 |
| 自殺企図手段 | 薬物 212 (74%) |
| | 縊死 22 (8%) |
| | 刃物 (鋭利なリストカットを除く) 19 (7%) |
| | 投身 11 (4%) |
| | 一酸化炭素 10 (3%) |
| | 焼身 3 (1%) |
| | 入水 2 (1%) |
| | その他 8 (3%) |
| 救命センター搬入後の転帰 | 外来帰宅 13 (5%) |
| | 外来死亡 20 (7%) |
| | HCU入室 217 (76%) |
| | ICU入室 37 (12%) |
| 自殺企図前の精神科受診率 | 190/287 (66%) |
| 自殺企図後の精神科受診率 | 240/256 (94%) 自殺完遂31名を除く |



まとめ 1

精神科受診歴のない自殺企図者に対して、身体的治療だけでなく、精神科医による精神療法および退院後の指導を行うことにより、かたい手段による自殺企図が減り、ひいては自殺完遂も予防できる可能性がある。

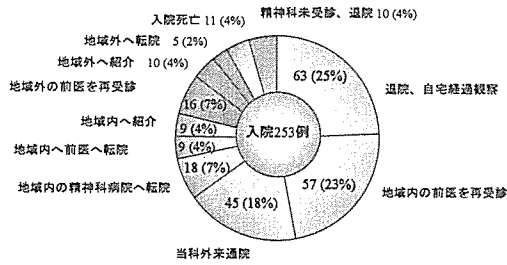
自殺企図者の救命救急センター入院日数



救命救急センター入院日数が長期にわたった(>14日) 自殺企図者とその転帰

| 症例 | 性/年 | 疾患分類 | 自殺企図手段 | 救命センター入院日数 | 入院後消化器病 | 退院可能日から実際に退院するまでの日数 | 転帰 |
|----|------|------|------------------|------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| 1 | M/52 | F2 | 不発熱器傷 (プロムクリン器傷) | 18 日 | 誤嚥性肺炎 人工呼吸管理 | 0 日 | 地域内病院転院 |
| 2 | F/60 | F4 | 鼻薬器傷 (有機リン) | 18 日 | 誤嚥性肺炎 人工呼吸管理 | 0 日 | 地域内病院紹介 |
| 3 | M/43 | F3 | 鼻薬器傷 (有機リン) | 22 日 | 誤嚥性肺炎 人工呼吸管理 | 0 日 | 地域内病院紹介 |
| 4 | M/30 | F3 | 刃物 (胸壁部刺創, 右室穿孔) | 27 日 | 開心術後 | 7 日 | 地域内病院転院 |
| 5 | M/73 | F4 | 鼻薬器傷 (有機リン) | 37 日 | 肺炎不全 人工呼吸管理 | 3 日 | 一般病院転院後、53 日、在宅退院 |
| 6 | M/30 | F1 | 投身 (多発肋骨骨折・奇形骨折) | 54 日 | 肺炎不全 人工呼吸管理 | 13 日 | 一般病院転院後、123 日、地域内病院転院 |
| 7 | M/63 | F3 | 鼻薬器傷 (有機リン) | 65 日 | 誤嚥性肺炎 | 16 日 | 一般病院転院後、155 日、地域外病院転院 |

入院した自殺企図者の転帰



まとめ2

救命救急センターにおいて全ての自殺企図者を受け入れ、十分な身体的治療と精神療法を行うためには精神科医師の協力のもと、院内各科および地域の精神科病院と密接な連携が必要である。

身体的問題のある精神疾患患者の救命救急センターでの対応

東海大学医学部専門診療学系精神科学

助手 市村 篤

東海大学高度救命救急センターでは、総来院患者の約 5%、総入院患者の約 10% に、何らかの精神科的対応が必要である。最も多いのが、自殺企図患者への対応であり、入院中の不穏・不眠の管理のみならず、自殺企図の評価と、身体的治療終了後の転院先までの対応が必要である。次いで多い依頼が、身体的な疾患が疑われて搬送されたが身体的に異常がなく、精神症状によるものへの対応である。また、身体的治療中に発生した、せん妄などの精神症状への対応への依頼も多い。身体的な治療が終了するまでは入院の必要があるが、特に精神症状を有する精神疾患患者の場合、入院治療中には、せん妄や行動化などを起こして、点滴を自己抜去するなどの危険行為が出現しやすい。また、緊急的な身体的な治療は終了したものの、リハビリなど転院の必要な症例の場合、一般病院の受け入れは悪く、精神科病院も身体合併症があると受け入れを渋る傾向が強く、救命センターに長期間入院する症例もある。その他、自殺企図による急性薬物中毒の身体的治療が終了して帰宅したが、再自殺企図を繰り返す人格障害患者など、問題は多い。東海大学救命センターは、精神科との連携が密であり、平成 7 年に精神科医が救命センターに常駐するようになってから、現在では、日勤帯は 4 名の精神科医が、夜間帯は当直の精神科医が対応にあたり、24 時間、穴の開かない体制となっており、入院中の不穏・不眠の速やかな治療のみならず、身体的治療終了後の精神科病院への転院のマネジメントも、比較的円滑に行なわれ、転院を要する精神疾患患者の在院日数は、6.4 日である。最も重要なことは病病連携であり、これには、病院間における、年月を掛けた、顔の見える人間関係の果たす役割が大きいものと思われた。

東海大学高度救命救急センター
における
身体的問題のある
精神疾患患者への対応

市村 篤¹⁾ 中川 謙英²⁾ 山本 五十年²⁾
猪口 真樹²⁾ 松本 英夫¹⁾

1) 東海大学医学部専門診療学系精神科学
2) 東海大学医学部専門診療学系救命救急医学

【精神症状を有する患者の問題点】

1. 身体的治療を妨げやすい
(せん妄 幻覚妄想状態 行動化)
2. 転出先が見つかりにくい
3. 自殺企図を繰り返しやすい

【東海大学高度救命救急センターの背景】

神奈川県中西部に位置
診療圏は9市11町1村
人口約200万人
初期救急から三次救急までの幅広い対応

精神科依頼件数は
総来院患者 約30000人中 約1000人
(30人に1人の割合)
総入院患者 約10000人中 約500人
(20人に1人の割合)

【入院患者に対する精神科依頼の理由】

| | 1994年 n=255(%) | 2001年 n=420(%) | 2006年 n=443(%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1. 自殺企図患者への対応 | 79 (31) | 185(44) | 332(75) |
| 2. 身体治療中に発生した 精神症状への対応 (せん妄 抑うつ状態) | 13 (5) | 38 (9) | 58(13) |
| 3. 身体的に異常のない 精神症状への対応 (身体表現性疾患) | 155(61) | 168(40) | 26 (6) |
| 4. 精神病院からの 転送患者への対応 | 8 (3) | 29(7) | 27(6) |

【東海大救命センターにおける
精神科医の役割】

1. 精神医学的評価
2. 不穏・不眠の治療
3. 転出先へのマネージメント

東海大学高度救命救急センターにおける
精神科医との連携

1994年以前 専属なし
1995年～ 専属1名
1998年～ 専属2名
2001年～ 専属3名
2005年～ 専属4名 (精神科病棟の閉鎖)

【東海大救命センターにおける精神科体制1】

1. 日勤帯は4名の救命センター当番精神科医が、夜間帯は1名の精神科当直医が、対応を行っている。
2. 自殺企図が疑われた症例は、ほぼ全例コンサルトされる。
3. 救急医が身体治療を開始すると同時に、精神科医は自殺企図の背景を調べるために、情報を収集する。
(家族から聴取、かかりつけの精神科医に連絡)
4. 患者が覚醒した時点から、患者に面接し、自殺企図の評価を開始する。
(ケースレコードを使用し自殺企図の危険度を評価する)

【東海大救命センターにおける精神科体制2】

5. 身体治療を行っている間は、不穏・不眠の治療や、精神疾患の治療を合わせて行う。
6. 身体治療終了後、再自殺企図の危険度が高い症例については、精神病院への転院を行う。
7. 帰宅する症例についても、必ず家族等の保護者と面接し、精神疾患の説明と帰宅後の対応について説明を行う。
8. 自殺企図症例は、主治医との強いつながりがない場合は、基本的に保護可能な入院病棟をもった精神病院へつなげるようにしている。

【1. 身体的治療を妨げる精神症状への対応】

4名の精神科医による穴のない体制により
身体拘束や薬剤による沈静を行い
不穏・不眠の治療は、ほぼ行えている。

【2. 見つかりにくい転出先への対応】

ケースワーカーと協力体制で
精神科医が転出先への連絡を行うことで
比較的スムーズな転出が可能である。

【入院患者の転出先】

| | 1994年 n=255 (%) | 2001年 n=420 (%) | 2006年 n=443 (%) |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 自宅 | 115 (45) | 248 (59) | 350 (79) |
| 単科精神病院 | 13 (5) | 55 (13) | 44 (10) |
| 総合病院(精神科あり) | 5 (2) | 29 (7) | 0 (0) |
| 総合病院(精神科なし) | 107 (42) | 63 (15) | 27 (6) |
| 死亡 | 15 (6) | 25 (6) | 22 (5) |

【平均在院日数】

| | 1994年 | 2001年 | 2006年 |
|-------|-------------------|------------------|------------------|
| 全例 | 10.7日 (最長198日) | 3.9日 (最長265日) | 3.1日 (最長240日) |
| 自宅退院例 | 3.1日 | 2.4日 | 2.4日 |
| 転院例 | 17.9日 (n=125) | 6.4日 (n=147) | 7.7日 (n=71) |

【3. 再自殺企図防止への対応】

精神科病院との連携で
再自殺企図の危険度の高い症例に対して
入院治療への導入が
比較的スムーズに行えている。

【再自殺企図者数】

1994年度 13名 (自殺企図149名の8.7%)
1997年度 11名 (自殺企図179名の6.1%)
2000年度 15名 (自殺企図255名の5.9%)
2003年度 13名 (自殺企図422名の3.1%)

(同年度に東海大救命センターを自殺企図のため再来院した者の数)
(入院患者だけでなく、すべての自殺企図患者数)

【問題点と課題1】

1. 不穏に対する対応が不十分な症例もある。
特に、身体的に軽症の症例。
2. 転院がスムーズに決まらない症例もある。
特に、骨折の症例。
3. 再自殺企図を防げない症例もある。
特に、境界型人格障害の症例。

【問題点と課題2】

1. 院内では、
身体科の医師・看護師・ケースワーカー等
との良好な連携が、
院外では、
単科精神病院等との良好な病病連携が重要。
2. 良好な連携をするために最も大切なことは、
顔と顔との関係にあること。
そのためには、
年月をかけて、
互いを理解するための、
共通の認識と共通の言語をもつこと。

6. 認知症治療棟

平成16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

重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）に関する研究

分担研究者 白石弘巳 東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所

【研究要旨】

〈研究目的〉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検討するために本研究を行った。

〈方法〉これまでに公表されている統計資料や他の厚生科学研究の成果を整理し，また当該治療が行われている病棟を視察し，職員に聞き取り調査を行った。また，当該病棟を有する26の精神科医療機関に対して，治療の現状を明らかにするためのアンケート調査を実施した。

〈結果〉痴呆に合併する精神症状に対して専門的精神科治療を行うことの有効性と課題が明らかにされた。

〈考察〉得られた資料を基に，痴呆性老人の日常生活ランク度がMと判定された人の8.9%が1回だけ，約3ヶ月間入院するとして，現時点での必要病床数を約1万7千と仮に推計した。今後，推計方法を含め，さらに検討を続ける必要がある。

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務理事

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

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るべき患者が、適切にトリアージされ、速やかに入院治療を受け、標的症状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』等と言いつつ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回から最近では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ある。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・准看護師：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痴呆 | 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 M | 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、M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 | | | | | グループ ホーム |
|------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | 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 | |
| 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 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.