

表 6: 老人性痴呆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: 1,290 90 日超: 1,180	1,640	1,090
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	—	—	—
作業療法士	専従 1 名以上	—	—
看護師, 准看護師数 ^{a)}	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, 看護補助者数 ^{b)}	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
a) と b) の合計数	2.7:1 以上	2:1 以上	3:1 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

<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: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>

<施設票>

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

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くる。

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「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うの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、行政の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 \pm 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 \pm 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、 $355.2 \pm$

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 $98.6 \sim 932.9$ 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、 $53 \sim 97$ 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るべきであり、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。

<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—

H. 知的財産の登録状況 なし

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		
	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)}	認知症 高齢者 グループホーム
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	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

表4. 病棟特性

(n=18)

病床数(床)		53.4 ± 6.0 (40-60)
(うち個室数)		6.0 ± 5.0 (0-20)
(うち隔離室数)		0.2 ± 0.6 (0-2)
職員数(人)	常勤	非常勤
精神科医	1.3 ± 0.6 (1-3)	0.0 ± 0.0 (0-0)
他科医師	0.0 ± 0.0 (0-0)	0.5 ± 1.2 (0-3)
看護師	6.3 ± 3.0 (3-14)	0.6 ± 0.7 (0-2)
准看護師	6.8 ± 3.8 (1-13)	0.6 ± 0.7 (0-2)
看護補助者	7.4 ± 3.7 (0-11)	0.7 ± 0.8 (0-2)
介護福祉士	5.4 ± 3.9 (0-12)	0.0 ± 0.0 (0-0)
その他介護職	0.3 ± 0.8 (0-2)	0.5 ± 1.2 (0-3)
クリニカルパスの有無	あり	9 (50.0%)
退院支援を実施する職種	看護師	10 (55.6%)
	精神保健福祉士	8 (44.4%)
退院支援の内容		
退院時記録の作成	ほとんど実施	13 (72.2%)
	半分程度実施	0 (0.0%)
	稀に実施/未実施	5 (27.8%)
家族への助言	ほとんど実施	13 (72.2%)
	半分程度実施	4 (22.2%)
	稀に実施/未実施	1 (5.6%)
他施設への連絡	ほとんど実施	15 (83.3%)
	半分程度実施	2 (11.1%)
	稀に実施/未実施	1 (5.6%)
平均在院日数(日)		355.2 ± 216.6 (98.6-932.9)

※数値は、常体はn(%), 斜体はMean±SD(range)を表す

表5. 病床数/職種別人員配置数(施設基準との比較)

	病床数	看護師		看護補助者	
		精神科医	・准看護師	・介護職	
施設基準	40-60	≤ 40-60	≤ 6.0	≤ 5.0	
調査対象施設					
a	60	60.0	3.3	4.0	
b	53	53.0	5.3	5.9	
c	50	50.0	3.4	4.4	
d	60	30.0	5.5	4.0	
e	60	60.0	3.9	5.6	
f	40	40.0	3.6	4.0	
g	60	60.0	4.8	2.9	
h	50	16.7	4.6	2.8	
i	54	54.0	3.5	7.7	
j	60	-	3.8	5.5	
k	50	50.0	4.3	3.6	
l	50	50.0	5.6	3.6	
m	50	50.0	4.2	5.0	

※セル中の「-」は欠損値を示す / ※人員配置数は常勤換算値

表6. 患者の背景情報

(n=389)

性別	女性	235 (61.7%)
年齢		79.4±8.6 (53-97)
臨床診断	入院前	入院後
診断なし	29 (7.5%)	2 (0.5%)
アルツハイマー型認知症	152 (39.1%)	165 (42.4%)
脳血管性認知症	117 (30.1%)	150 (38.6%)
混合型認知症	12 (3.1%)	18 (4.6%)
その他の変形性疾患	3 (0.8%)	2 (0.5%)
認知症以外の精神疾患	22 (5.7%)	10 (2.6%)
その他	47 (12.1%)	39 (10.0%)
所在	入院前	退院後
在宅	132 (33.9%)	52 (13.4%)
精神科急性期病棟	10 (2.6%)	3 (0.8%)
精神科療養病棟	43 (11.1%)	19 (4.9%)
その他の病棟	106 (27.2%)	126 (32.4%)
介護療養型医療施設	13 (3.3%)	37 (9.5%)
介護老人福祉施設	15 (3.9%)	23 (5.9%)
介護老人保健施設	38 (9.8%)	53 (13.6%)
痴呆性高齢者グループホーム	24 (6.2%)	26 (6.7%)
その他の介護施設	5 (1.3%)	6 (1.5%)
死亡	- (0.0%)	35 (9.0%)
入院に至った原因		
問題行動		312 (80.2%)
家族負担の大きさ		122 (31.4%)
身体疾患の合併		82 (21.1%)
その他		28 (7.2%)
在院日数(日)		353.4±528.6 (1-2608)

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある

※数値は、常体がn(%), 斜体がMean±SD(range)を表す

表7. 入院時／退院時の精神・身体状況 (n=389)

	入院時	退院時	p
GAF ^{a)}	25.9±13.4 (0-60)	30.1±18.1 (0-80)	***
HDS-R ^{a)}	9.7±7.0 (0-27)	9.9±9.5 (0-61)	***
障害老人の日常生活自立度 ^{b)}			
自立	5 (1.3%)	5 (1.3%)	***
J1	4 (1.0%)	4 (1.0%)	
J2	15 (3.9%)	14 (3.6%)	
A1	109 (28.0%)	79 (20.3%)	
A2	73 (18.8%)	62 (15.9%)	
B1	56 (14.4%)	47 (12.1%)	
B2	70 (18.0%)	57 (14.7%)	
C1	16 (4.1%)	21 (5.4%)	
C2	23 (5.9%)	71 (18.3%)	
痴呆性老人の日常生活自立度 ^{b)}			
自立	2 (0.5%)	4 (1.0%)	***
I	4 (1.0%)	5 (1.3%)	
II a	20 (5.1%)	24 (6.2%)	
II b	30 (7.7%)	36 (9.3%)	
III a	74 (19.0%)	91 (23.4%)	
III b	29 (7.5%)	25 (6.4%)	
IV	85 (21.9%)	92 (23.7%)	
M	113 (29.0%)	77 (19.8%)	
身体管理 ^{c)}			
点滴管理	51 (13.1%)	108 (27.8%)	***
IVH	1 (0.3%)	12 (3.1%)	**
透析	0 (0.0%)	0 (0.0%)	ns
ストーマ	1 (0.3%)	1 (0.3%)	ns
酸素療法	7 (1.8%)	54 (13.9%)	***
人工呼吸器	0 (0.0%)	1 (0.3%)	ns
気管切開	0 (0.0%)	0 (0.0%)	ns
疼痛	14 (3.6%)	15 (3.9%)	ns
経管栄養	6 (1.5%)	12 (3.1%)	ns
モニター測定	4 (1.0%)	41 (10.5%)	***
褥瘡	17 (4.4%)	22 (5.7%)	ns
カテーテル	9 (2.3%)	34 (8.7%)	***
その他	30 (7.7%)	16 (4.1%)	*

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある

※数値は、常体はn(%), 斜体はMean±SD(range)を表す

※a): T test, b): M-W test, c): Mc Nemar test

※ns: non significant, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

表8 入院時/退院時の問題行動

(n=389)

問題行動	入院時			退院時			p
	ある	ときどきある	ない	ある	ときどきある	ない	
1. 物を盗られたりなど被害的になる	59 (15.2)	79 (20.3)	240 (61.7)	16 (4.1)	59 (15.2)	300 (77.1)	**
2. 作話をし周囲を言いふらす	46 (11.8)	45 (11.6)	284 (73.0)	8 (2.1)	36 (9.3)	324 (83.3)	**
3. 実際よりも物が見えたり聞かえる	62 (15.9)	84 (21.6)	235 (60.4)	14 (3.6)	53 (13.6)	303 (77.9)	**
4. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる	86 (22.1)	109 (28.0)	185 (47.6)	27 (6.9)	86 (22.1)	255 (65.6)	**
5. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転	155 (39.8)	120 (30.8)	109 (28.0)	36 (9.3)	118 (30.3)	216 (55.5)	**
6. 暴言や暴行	102 (26.2)	104 (26.7)	176 (45.2)	25 (6.4)	70 (18.0)	276 (71.0)	**
7. しつこく同じ話をしたり不快な音を立てる	55 (14.1)	94 (24.2)	224 (57.6)	15 (3.9)	67 (17.2)	286 (73.5)	**
8. 大声をだす	104 (26.7)	99 (25.4)	178 (45.8)	30 (7.7)	81 (20.8)	258 (66.3)	**
9. 助言や介護を抵抗する	130 (33.4)	129 (33.2)	124 (31.9)	39 (10.0)	114 (29.3)	224 (57.6)	**
10. 目的的な動き回る	139 (35.7)	87 (22.4)	155 (39.8)	36 (9.3)	76 (19.5)	264 (67.9)	**
11. 「家へ帰る等と言いつつ落ち着きがない	99 (25.4)	103 (26.5)	180 (46.3)	20 (5.1)	65 (16.7)	293 (75.3)	**
12. 外出すると病院施設家などに一人で残られる	209 (53.7)	24 (6.2)	142 (36.5)	138 (35.5)	23 (5.9)	209 (53.7)	**
13. 1人で外出したり目が離れやすい	134 (34.4)	61 (15.7)	188 (48.3)	63 (16.2)	38 (9.8)	275 (70.7)	**
14. いろいろなものを集めたり無断でもってくる	29 (7.5)	39 (10.0)	312 (80.2)	10 (2.6)	21 (5.4)	347 (89.2)	**
15. 火の始末や火元の管理ができない	137 (35.2)	23 (5.9)	189 (48.6)	97 (24.9)	14 (3.6)	236 (60.7)	**
16. 物や衣類を壊したり破たりする	37 (9.5)	46 (11.8)	299 (76.9)	7 (1.8)	27 (6.9)	344 (88.4)	**
17. 不潔な行為を行う(排泄物を弄る)	40 (10.3)	79 (20.3)	266 (68.4)	8 (2.1)	60 (15.4)	309 (79.4)	**
18. 食べられたりものを口に入れる	31 (8.0)	27 (6.9)	325 (83.5)	10 (2.6)	26 (6.7)	342 (87.9)	**
19. ひどい物忘れ	255 (65.6)	83 (21.3)	48 (12.3)	209 (53.7)	65 (16.7)	105 (27.0)	**

※欠損値のため、合計は389(100%)に満たない項目がある／数値は(%)を表す／MWtest／**：p<.001

表9. 入院時／退院時の治療及び隔離・抑制 (n=389)

	入院時	退院時	p
薬物療法	357 (91.8)	331 (85.1)	**
精神療法	165 (42.4)	149 (38.3)	ns
集団精神療法	80 (20.6)	80 (20.6)	ns
作業療法	115 (29.6)	86 (22.1)	**
生活機能訓練	114 (29.3)	125 (32.1)	ns
隔離	10 (2.6)	4 (1.0)	ns
抑制	22 (5.7)	13 (3.3)	ns

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある
 ※数値はn(%)を表す / Mc Nemar test / ns: non significant, **: p<.01

表10. 入院期間と患者特性の関連(主たる有意な変数のみ) (n=389)

	入院時				退院時				入院時～退院時の変化			
	入院期間			p	入院期間			p	入院期間			p
	3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上	
HDS-R ^{a)}	10.6	8.7	10.0	ns	12.2	9.1	8.5	ns	-2.2	-1.2	2.8	**
障害老人の日常生活自立度 ^{b)}	4.2	4.6	4.7	*	4.6	4.9	5.8	***	-0.4	-0.3	-1.2	***
痴呆性老人の日常生活自立度 ^{b)}	4.9	5.6	5.3	**	4.6	4.7	5.6	***	0.4	0.8	-0.3	***
所在 ^{b)}	入院前				退院後							
	入院期間			p	入院期間			p				p
3ヶ月未満	1年未満	1年以上	3ヶ月未満		1年未満	1年以上	3ヶ月未満		1年未満	1年以上		
在宅	39.8%	34.1%	23.7%	*	21.3%	12.8%	2.1%	***				
精神科急性期病棟	2.5%	2.4%	3.1%		0.6%	1.6%	0.0%					
精神科療養病棟	7.5%	10.3%	18.6%		3.1%	6.4%	6.4%					
その他の病棟	2.5%	4.0%	4.1%		5.0%	13.6%	12.8%					
介護療養型医療施設	5.0%	3.2%	3.1%		5.0%	5.6%	8.5%					
介護老人福祉施設	5.0%	11.9%	15.5%		15.0%	17.6%	7.4%					
介護老人保健施設	8.7%	3.2%	6.2%		8.8%	8.8%	1.1%					
痴呆性高齢者グループホーム	26.7%	30.2%	25.8%		33.1%	23.2%	45.7%					
その他の介護施設	2.5%	0.8%	0.0%		1.3%	1.6%	2.1%					
死亡	0.0%	0.0%	0.0%		6.9%	8.8%	13.8%					

※数値は、常体は割合、斜体はMeanを表す / a): ANOVA, b): χ^2 test / ns: non significant, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001
 ※障害老人の日常生活自立度: 自立=1, J1=2, J2=3, A1=4, A2=5, B1=6, B2=7, C1=8, C2=9として扱った
 ※痴呆性老人の日常生活自立度: 自立=1, I=2, IIa=3, IIb=4, IIIa=5, IIIb=6, IV=7, M=8として扱った

平成 18 年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

分担研究報告書

認知症医療において精神科病棟が果たすべき固有の機能-

分担研究者 朝田 隆 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

【研究要旨】

認知症医療において精神科病棟が果たしえる固有の機能を明らかにした上で、この分野における適切な報酬体系を構築することを目指した。そこでこの分野に最も関係が深い、日本老年精神医学会の会員を中心に委員会を構成して討議・検討した。その結果、今日の認知症医療における重要課題を指摘しその報酬の提言を行った。①早期診断と対応策のアドバイス、②BPSD（精神症状・行動異常）への対応、③家族介護や対応策のアドバイス。以上に対する診療報酬が必要である。

A. 研究目的

認知症医療において精神科病棟が果たしえる固有の機能を明らかにした上で、この分野における適切な報酬体系を構築する。

B. 研究方法

認知症医療の領域では急性期の精神症状・行動異常への対応整備がなされ、一方で介護保険関連の慢性期の介護という福祉面が充実しつつある。このような現状において、認知症患者に対する精神科における認知症医療に求められるものとは何かを明確にし、これに係る新たな診療報酬を提言する。

この分野に最も関係が深い、日本老年精神医学会の会員を中心に委員会を構成して、

以下の観点に関して討議・検討して新たな提言をすることを目指した。本委員会委員は、精神科病院、精神科診療所、総合病院精神科に勤務する医師から構成される。

まずキーワードとして総合評価と処遇困難例をおいた。前者については、検査・診断が主体となるが、DPC 的な観点も含められる。次に後者は、臨床現場では必ず問題となり、地域連携の場では最も討議・検討されることが多い。

具体的には現状認識から始めた。わが国で認知症患者が受ける医療の場で問題視されている事柄と、認知症に係る報酬体系概要の認識を基本とした。そこでまず現場の関係者から問題点を指摘してもらって試案を作成し、それに対する意見・批判を収集して最終的にまとめた。

C. 研究結果

I. 現状の問題点として以下が指摘された。

- ①平成 18 年 4 月の診療報酬改訂により精神科では認知症専門医療から撤退する傾向がある。
- ②老人性認知症疾患治療病棟や同療養型病棟の機能が、地域で十分に理解されていない。
- ③重度認知症デイケアについても同様である。
- ④従来は、精神科における認知症医療は専ら重症化した段階で行われる基本図式があった。しかし今日では初期からの関わりが社会的に要請されている。

II. 今日の認知症医療における重要課題とその報酬の提言

- ①早期診断と対応策のアドバイス
- ②BPSD（精神症状・行動異常）への対応
- ③家族介護や対応策のアドバイス

①について：なぜ新診療報酬が必要か？

- ・早期診断には深い経験・技術を要する。
- ・診断には長い時間、多くの観点からの評価・診察が必要である。
- ・レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症は特に診断困難である。

その根拠としては

- ・近年注目されている若年性認知症の家族の会から、年余にわたりうつ病と誤診されていた事例が少なからず報告されている。
- ・若年性認知症の家族の会アンケートによれば、最初の受診機関の大多数は精神科、とくに総合病院精神科に集中している。
- ・最初の異常に気付かれた後、初めて医療機関を受診するまで 2-3 年を要するとされ、このように対応の遅れが結果として後の医療費を上げている。

- ・アルツハイマー病以外の認知症について自信をもって診断できる医師の人数は少なく、この種の診断は特殊技能といえる。

②について：具体的な新診療報酬項目

- ・介護施設入所の処遇困難例の一時的受け入れ
 - ・外来・往診先における評価と対応
- なぜ新診療報酬が必要か？以下のような理由で深い経験・技術を要する。
- ・BPSD は環境・脳・そして薬剤といった複合的要因から成る。これを判別しそれぞれのウエイトを評価するのは難しい。
 - ・治療薬は限定されているので非薬物介入が不可欠。
 - ・非薬物療法においては人権尊重と個別性志向の多くの時間と労力を伴う。
 - ・とくに「介護施設入所の処遇困難例の一時的受け入れ」については、一定期間内に密度の高い薬物・非薬物治療を行い、着実な効果を上げるには、並々ならぬ深い経験・技術が不可欠である。

③家族介護や対応策のアドバイスについて

- ・一旦廃止となった認知症患者在宅療養指導管理料に代えて、新たな項目として復活させて欲しい。

その理由としては

- ・認知症患者の家族介護や対応策のアドバイスには少なからぬ時間を要する
- ・豊富な臨床経験に裏打ちされたアドバイスこそ家族が認知症医療に求めているものの中核である。

D. 考察

①早期診断と対応策のアドバイス

今日、アルツハイマー病に対する根治療法の開発が進行中である。そうした薬剤は理論的には、早期ほど効果が期待できるだ

けに早期診断の重要性が強調されている。

ところが早期から認知症として典型的な症状が出揃う訳ではない。例えばうつ症状や心気症状といった記憶障害以外の精神症状で始まる例も少なくない。したがってうつ病として年余にわたって加療された挙句、別の認知症専門医によって初めて認知症に気付かれるような場合もある。このような事態が当事者とその家族にとって不幸であることはもとより、医療経済的にも被害は甚大である。

早期診断には、認知症医療における広く深い経験・技術を要する。また診断には長時間を要し、画像や神経心理など多くの観点からの評価・診察が求められる。また近年その有病率の高さが認識されるようになったレビー小体型認知症、あるいは前頭側頭型認知症は一般医にとって特に診断困難とされる。

そこで個々の検査料とは別に、これらを総合して早期認知症か否かを判断する場合の診療報酬の新設を要望するものである。

次にいわゆる MCI や早期認知症と診断された場合に、今後の対応法や生活上の留意点などについて指導が求められるのが常である。精神科医療において従来はこのような予防的生活指導がなされることはまず稀であった。

このような点については、未だ確立したエビデンスはないものの、新たな情報が続々と報告されつつある。そこで栄養、運動、休養、社会交流といった視点を中心に、精神的なサポートも加味しながら現時点で適正と思われる指導を行う場合に新たな診療報酬が必要になる。

②BPSD について

認知症患者にみられる精神症状、行動異常は BPSD と総称される。BPSD の成因は 3 つに大別し得ると考えられる。すなわち環

境・脳・そして薬剤である。環境とは生活の場のみならず介護者の対応の仕方や家族の接し方も含む。脳とは疾患の進行度そのものである。そして薬剤とは、他の合併身体疾患治療薬による単独のあるいは複合的な副作用を意味する。これらがそれぞれの程度寄与しているかの評価は難しい。

またオフラベルといった要因もあり、抗精神病薬などの治療薬は原則として使用できない。新たな薬物治療は模索段階に過ぎない。一方、非薬物療法においては人権尊重と個別性志向の多くの時間と労力を伴うきめ細かい対応が基本になる。以上から、BPSD に対しては多業種が協同して臨まなくてはならないことが明らかである。このような多業種協同に対しての新たな診療報酬を要望するものである。

介護施設に入所中であっても激しい BPSD ゆえに処遇困難な例は少なくない。こうした症例を一時的に受け入れ、元の介護施設に戻せる状態にする医療に対する診療報酬を要望する。一定期間内に密度の高い薬物・非薬物治療を行い、着実な効果を上げるには、やはり深い経験・技術が不可欠である。入院期間に応じた料金勾配はつける必要がある。

③家族介護や対応策のアドバイスについて
認知症患者の家族介護や対応策のアドバイスには少なからぬ時間を要する。

経験的には、うつ病など一般的な精神疾患の 2-3 倍の時間が必要である。

各論としては、

国民が求める認知症医療の水準を考えると以下の報酬加算も必要である。

①医療保護入院する認知症患者への処遇、とくに隔離・拘束(物理的・化学的)のない処遇の実現に対して。