

- 17) 高山豊：精神科における認知症専門外来の役割と問題点. *Cognition and Dementia* 8: 20-25, 2009.
- 18) 鳥羽研二：高齢診療科における認知症専門外来の役割と問題点. *Cognition and Dementia* 8: 26-30, 2009.
- 19) 本間昭：専門医制度の現状と課題. *Cognition and Dementia* 8: 31-35, 2009.
- 20) 栗田圭一：認知症疾患医療センターの役割と問題点. *Cognition and Dementia* 8: 37-42, 2009.
- 21) 高橋幸男：重度認知症患者デイケアの役割と問題点. *Cognition and Dementia* 8: 43-47, 2009.
- 22) 山崎英樹, 大畑美齡, 吾妻淳一, 堅山貴志：精神科診療所・重度認知症デイケアにおける認知症高齢者の救急対応. *老年精神医学雑誌* 11: 1163-1169, 2007.
- 23) 浅野弘毅, 栗田圭一, 近藤等：認知症疾患センターと救急医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1170-1175, 2007.
- 24) 松原三郎：認知症専門病棟における精神科救急医療と身体合併症医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1176-1183, 2007.
- 25) 鶴飼克行：一宮市立市民病院今伊勢分院における認知症高齢者の精神科救急医療と身体合併症医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1184-1189, 2007.
- 26) 分島徹：東京都立松沢病院における認知症高齢者の身体合併症医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1190-1196, 2007.
- 27) 渋谷孝之：精神科救急システムのなかでの認知症高齢者の救急医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1197-1203, 2007.
- 28) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 庄子賢, 野上慶彦, 鈴木淳子, 清水賢司, 山下元康, 福島撰, 飯塚邦夫, 栗田圭一：救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. *老年精神医学雑誌* 11: 1204-1209, 2007.
- 29) 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療：新たな政策提言に向けて. *老年精神医学雑誌* 11: 1210-1214, 2007.
- 30) 黒澤尚：重度認知症治療の現場から：「精神科医ドクターHK」の挑戦. へるす出版新書. 2009, 東京.

表 1. 認知症の医療機能に関する 30 項目の質問

認知症高齢者に対する下記の医療サービスについて、貴医療機関の実施状況について該当する記号を○で囲んでください。

通常実施しているもの・・・・・・・・・・ a
 状況に応じて実施しているもの・・・・・・・・・・ b
 実施していないもの・・・・・・・・・・ c

1) 認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	a, b, c
2) 介護保険主治医意見書の記載	a, b, c
3) 合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	a, b, c
4) 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	a, b, c
5) アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプト等）の投薬	a, b, c
6) 介護支援専門員への助言または連携	a, b, c
7) 地域包括支援センター職員への助言または連携	a, b, c
8) グループホーム等施設介護者への助言・指導	a, b, c
9) アルツハイマー型認知症の診断	a, b, c
10) 脳血管性認知症の診断	a, b, c
11) レビー小体型認知症の診断	a, b, c
12) 前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	a, b, c
13) 上記 9)～12)以外の認知症疾患の診断	a, b, c
14) 認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断	a, b, c
15) 随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a, b, c
16) 随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a, b, c
17) 随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a, b, c
18) せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a, b, c
19) 往診・訪問診療による身体疾患の治療	a, b, c
20) 往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	a, b, c
21) 施設（グループホーム, 介護老人福祉施設など）への往診・訪問診療	a, b, c
22) 往診・訪問診療による終末期医療	a, b, c
23) 認知症に対するデイケア	a, b, c
24) 合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	a, b, c
25) 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	a, b, c
26) 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	a, b, c
27) 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	a, b, c
28) 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	a, b, c
29) 入院による終末期医療	a, b, c
30) 家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	a, b, c

表 2. 調査対象の医療機関の形態

医療機関の形態	N	病床	N
診療所	240	有床	18
		無床	219
		無回答	3
病院	29	認知症専門病棟あり	2
		認知症専門病棟なし	27
その他			1
無回答			5
合計			275

標榜診療科名から見た医療資源の分布

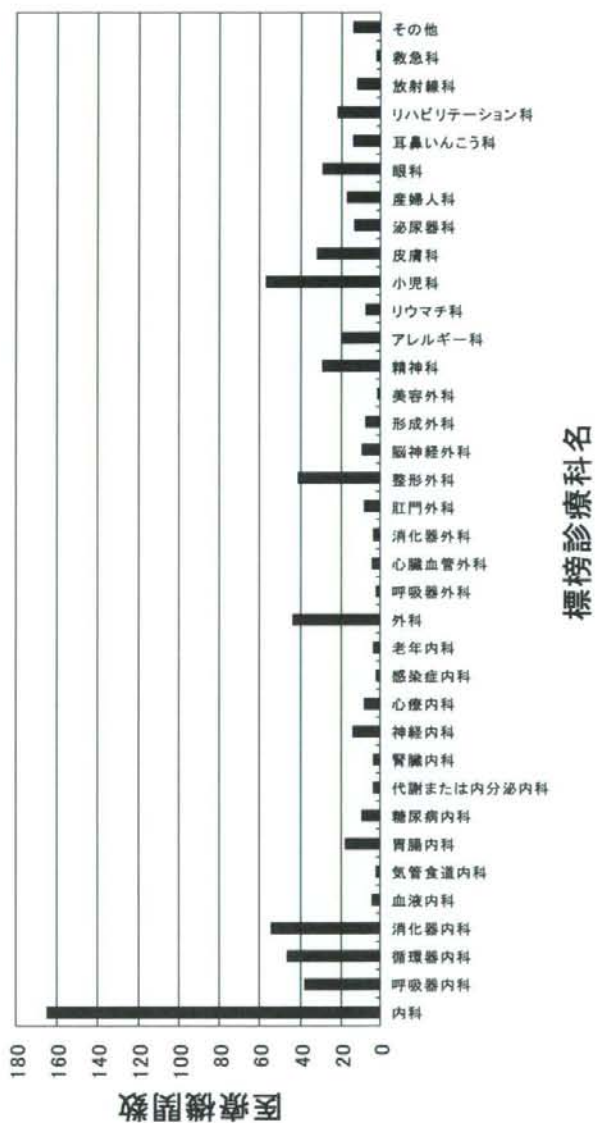


図1. 調査対象医療機関の標榜診療科名別頻度

貴医療機関で認知症の高齢者を診療することはありますか？

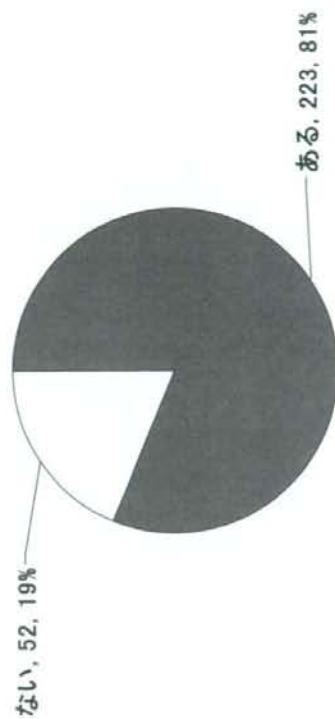


図2. 認知症高齢者に対して何らかの医療サービスを提供する医療機関の頻度

認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (N=275)

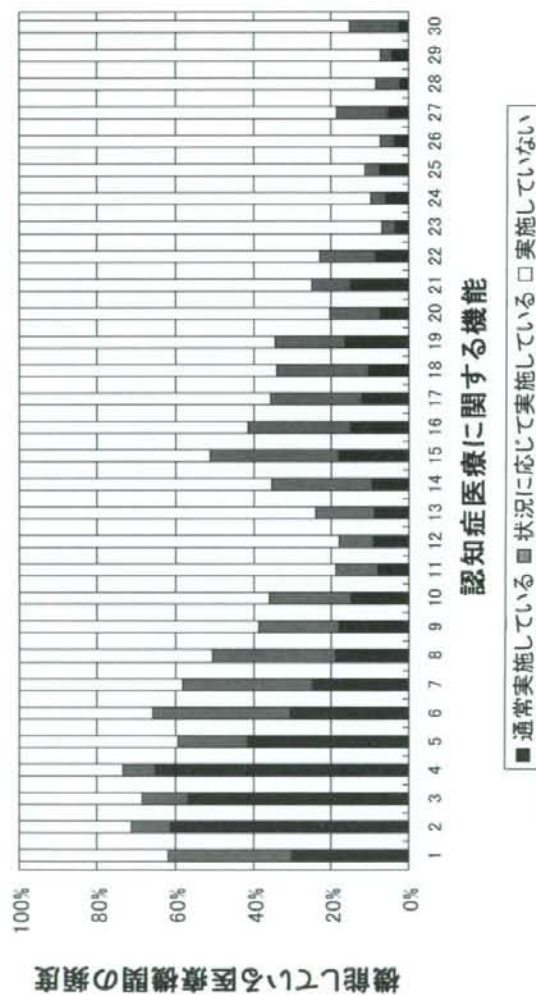


図3. 認知症医療の機能から見た医療資源の分布 (その1)

表3. 認知症の医療機能に関する因子分析の結果（構造行列）

	因子						
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
F1	.166	.058	.597	.265	.212	.309	-.008
F2	.353	.219	.747	.274	.354	.408	-.122
F3	.235	.179	.668	.270	.187	.203	.226
F4	.021	.066	.217	.194	-.026	.109	.560
F5	.553	.343	.828	.446	.549	.533	-.251
F6	.480	.416	.586	.428	.483	.812	-.181
F7	.492	.370	.627	.459	.500	.833	-.190
F8	.385	.351	.323	.426	.460	.724	-.032
F9	.851	.467	.572	.418	.595	.501	-.276
F10	.860	.469	.516	.376	.597	.365	-.245
F11	.886	.409	.248	.193	.565	.391	-.097
F12	.909	.497	.265	.242	.602	.411	-.152
F13	.824	.418	.347	.230	.540	.425	-.180
F14	.753	.401	.518	.359	.671	.439	-.332
F15	.625	.420	.613	.396	.825	.492	-.257
F16	.670	.465	.491	.395	.929	.520	-.276
F17	.679	.456	.413	.454	.929	.566	-.309
F18	.619	.490	.361	.479	.915	.531	-.261
F19	.198	.089	.367	.791	.238	.274	.035
F20	.340	.148	.264	.822	.499	.427	-.024
F21	.226	.217	.206	.717	.409	.450	-.122
F22	.230	.130	.389	.788	.287	.348	.055
F23	.240	.434	.184	.208	.255	.292	-.240
F24	.469	.886	.207	.135	.430	.354	-.014
F25	.421	.860	.183	.039	.361	.362	.037
F26	.421	.740	.073	.020	.436	.325	-.207
F27	.442	.652	.267	.264	.393	.285	.219
F28	.425	.568	.152	.325	.530	.315	.001
F29	.298	.839	.209	.139	.305	.260	.022
F30	.387	.513	.236	.302	.363	.347	-.247

因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を用いた。

表 4. 認知症医療の機能カテゴリー

第1因子 鑑別診断機能		因子負荷量
F9	アルツハイマー型認知症の診断	.851
F10	脳血管性認知症の診断	.860
F11	レビー小体型認知症の診断	.886
F12	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	.909
F13	上記9)～12)以外の認知症疾患の診断	.824
F14	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断	.753
第2因子 周辺症状/身体合併症の入院対応機能（救急医療や終末期医療を含む）		
F24	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	.886
F25	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	.860
F26	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	.740
F27	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	.652
F28	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	.568
F29	入院による終末期医療	.839
第3因子 かかりつけ医機能		
F1	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	.597
F2	介護保険主治医意見書の記載	.747
F3	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	.668
F5	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプト等）の投薬	.828
第4因子 往診・訪問診療機能		
F19	往診・訪問診療による身体疾患の治療	.791
F20	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	.822
F21	施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）への往診・訪問診療	.717
F22	往診・訪問診療による終末期医療	.788
第5因子 BPSD に対する外来対応機能		
F15	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.825
F16	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.929
F17	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.929
F18	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.915
第6因子 介護機関との連携機能		
F6	介護支援専門員への助言または連携	.812
F7	地域包括支援センター職員への助言または連携	.833
F8	グループホーム等施設介護者への助言・指導	.724
第7因子 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能		
F4	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	.560
その他の機能		
F23	認知症に対するデイケア	
F30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	

認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (N=275)

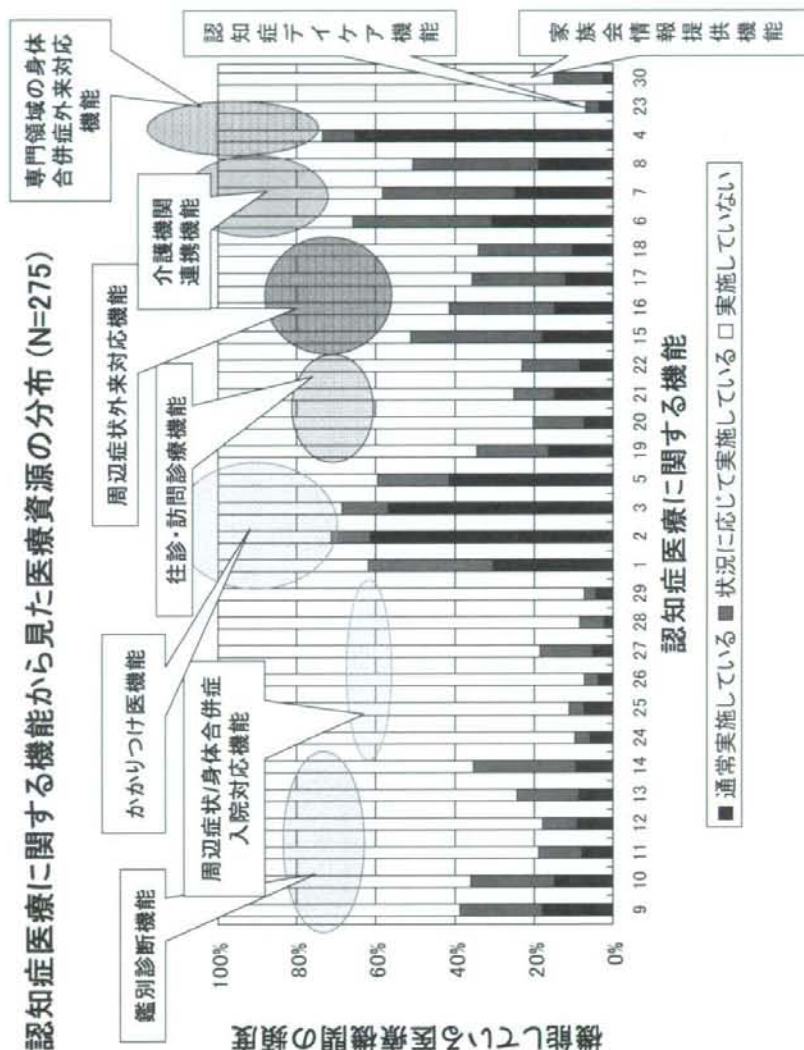


図4. 認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (その2)

表5. 認知症医療に関するその他の取り組み

カテゴリー	回答
介護	認知症デイケア, 小規模多機能施設, グループホーム, 有料老人ホームなどへの紹介.
	介護保険の居宅事業者 (ケアプラン作成) ケアマネが常駐.
	特養, 養護老人ホーム, グループホームの嘱託医.
家族	家族の話の傾聴, 看護師が時間をかけての情報収集.
	家族へのカウンセリング (無料).
鑑定	成年後見用の診断書や鑑定書の記載.
	地域の保健・医療・介護職の研修.
啓発	一般住民対象の啓発.
	看護・介護職員を中心とした勉強会.
	患者家族への教育, 説明.
	認知症の予防や認知症高齢者に対する対応の仕方などの講習会.
身体	がん患者のホスピスケア. 癌患者の3割程度は認知症を合併しておりそれに対する対応が必要である.
	循環器のリスクスクリーニング, ポータブルECG, ECG在宅ホルターECG等が可能.
	皮膚のケアについて付き添ってくる家族・介護士(員)に説明.
連携	専門医にての診断, 治療 (治療方針, 治療薬剤決定後) 後の患者さんの入院治療の継続.
	月2回精神科医の診察を依頼している.
相談	虐待事例のケースワーク.
治療	健康相談会を開催し, その中で早期発見などについて広め, 検査を呼びかけるなど.
	入院患者に対して, 精神科作業療法の実施やレクリエーションを行い, ADLの維持, 向上や余暇を楽しく過ごしていただけるような取組の実施.

表 6. 認知症医療の機能カテゴリー (*は 30 の質問項目に含まれているもの)

番号	機能項目	機能カテゴリー	
1 *	アルツハイマー型認知症の診断	鑑別診断と初期対応機能	
2 *	脳血管性認知症の診断		
3 *	レビー小体型認知症の診断		
4 *	前頭側頭型認知症 (またはピック病) の診断		
5 *	上記 9) ~ 12) 以外の認知症疾患の診断		
6 *	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断		
7	CT による神経画像診断		
8	MRI による神経画像診断		
9	SPECT または PET による神経画像診断		
10	高齢者総合機能評価		
11	本人・家族への認知症疾患に関する説明		
12	認知症診療に関することかかりつけ医のサポート (診断・情報提供・助言など)		
13 *	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介		
14 *	介護保険主治医意見書の記載		
15	認知症高齢者の一般的健康管理	かかりつけ医機能	
16 *	合併する一般身体疾患 (生活習慣病など) に対する通院治療		
17 *	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬 (アリセプト等) の投薬	往診・訪問診療機能	
18 *	往診・訪問診療による身体疾患の治療		
19 *	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療 (精神科との連携下でも可)		
20 *	施設 (グループホーム, 介護老人福祉施設など) への往診・訪問診療		
21 *	往診・訪問診療による終末期医療		
22 *	随伴する抑うつ症状に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)		
23 *	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)		
24 *	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)		
25 *	せん妄に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)		周辺症状に対する外来対応機能

番号	機能項目	機能カテゴリー	
26 *	介護支援専門員への助言または連携	機能カテゴリー	
27 *	地域包括支援センター職員への助言または連携		
28 *	グループホーム等施設介護者への助言・指導		
29 *	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	介護機関との連携機能	
30 *	合併する一般身体疾患に対する入院治療	専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
31 *	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療		
32 *	随伴する精神症状・行動障害（周辺症状）に対する入院治療		
33	周辺症状と身体疾患の併存例に対する入院治療		
34	重度認知症患者の長期療養		
35 *	入院による終末期医療		
36 *	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）		救急対応機能
37 *	随伴する精神症状・行動障害（周辺症状）に対する救急医療（時間外入院を含む）		
38	精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ		
39	一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ		
40	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保		
41	虐待事例の緊急医療（入院を含む）		
42	認知リハビリテーション		
43 *	認知症に対するデイケア	デイケア・リハビリテーション機能	
44	行政が関わっている事例の診断・助言	専門医療相談・困難事例対応機能	
45	家族または本人の認知症医療または介護に関する相談の応需		
46	多職種チームによる困難事例に対するケースワーク		
47	成年後見制度の利用支援		
48	虐待事例のケースワーク		
49	成年後見用の診断書・鑑定書の作成		
50	家族の心理的援助またはカウンセリング		
51	家族への心理教育		家族支援機能
52 *	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供		

番号	機能項目	機能カテゴリー
53	かかりつけ医の研修（研修会への講師派遣など）	教育・啓発機能
54	地域包括支援センター職員の研修（研修会の講師派遣など）	
55	看護職員を対象とする研修	
56	介護職員を対象とする研修	
57	一般住民向けの講演会への講師派遣	
58	認知症予防教室	
59	介護施設の嘱託医	その他の機能
60	一般身体科に入院している認知症高齢者に対するリエゾン・コンサルテーション	

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書

認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

研究分担者	松原 三郎	医療法人財団松原愛育会松原病院	理事長
研究協力者	田口 真源	医療法人静風会大垣病院	院長
	中本 理和	松原愛育会松原病院	医長

研究要旨

認知症病棟は、認知症高齢者が精神・行動障害（BPSD）を生じた場合に、速やかに入院による治療を行なう場である。ところが、当該病棟に入院中の患者のうち、入院期間が3ヶ月以内の患者は17%以下であり、また、入院期間が1年以上の患者数は62.3%にも及んでいる。この原因は、入院中の治療技法の問題ではなく、入院患者の病態と、さらに、退院後の受け皿が十分に整備されていないことも大きく影響しているものと考えられる。

これらの課題を解決するために、以下の研究を行なった。（1）「認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する研究」：全国の認知症病棟に入院中の患者のうち、入院期間が1年以上に及んでいる患者についてアンケート調査を実施。特に、退院に至らない原因について調査を行なう。（2）これまで行なわれた調査等を再検討する中で、今後の認知症病棟のあり方、さらには、地域における認知症高齢者の処遇のあり方についても検討・提言をする。

A. 研究目的

認知症高齢者の急速な増加に伴って、精神・行動障害、合併症、さらには、ADLの低下など、処遇に困難をきたす認知症高齢者も増加している。特に、精神・行動障害を伴った場合には、一般の介護保険施設等や、一般病院での介護・治療は困難となる。これを解決するために設置されている「認知症病棟」は、全国の精神科病床に約3万3千床あるが、長期入院者が占めているために十分にその機能を発揮できていない状況にある。当該病棟に対して、3ヶ月以上にわたって入院している患者の病態や退院に至らない理由を調査すると共に、これまで行われた実態調査等を再検討する中で、今後の認知症病棟のあるべき姿を検討・提言する。

B. 研究方法

「認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する研究」と称して、全国の認知症病棟に別紙の内容のアンケートを配布して、回答を求めた（別紙1参照）。特に、患者を無作為に5人に1名を選んだうえで、入院期間が91日以上に及んだ理由と、退院の可能性について調査を行なった。退院が可能と認められない場合には、何故退院に至らないかについても回答を求めた。

（倫理面への配慮）

無作為抽出によって調査対象となった個人については、各人が特定されないように十分に配慮し、集計結果のみを郵送で行う等の配慮も行なった。

C. 研究結果

平成21年2月時点では、アンケート調査の回収中であり、未だに調査の結果は集計分析ができていない状況であるが、今後の分析によって、得られる知見は大きいものと期待される。

また、これまでの各種の調査結果をもとに、「認知症病棟の機能と今後のあり方について」と題して検討・提言を行なった（別紙2参照）。

D. 考察

平成19年に「老人保健健康増進事業」により、日本精神科病院協会が行なった調査では、「認知症病棟（当時は老人性認知症治療病棟・同療養病棟）」では、1年以上の入院患者は2.3%に及び、平均在院日数（単純平均）は、認知症治療病棟では419.8日、同療養病棟では1,578日であった。平均年齢は77.6歳で、入院前の所在は、自宅（34.6%）、他の医療機関・他の病棟（50.3%）、グループホームを含む介護保険施設（13.1%）であった。入院の理由では、精神症状・行動障害が67.1%と最も多かった。さらに、入院患者の病態では、障害老人日常生活自立度でB・Cランクは全体の48.7%に及び、車椅子使用者は42.9%、常時おしめ使用者60.3%にも及んでいる（認知症治療病棟だけを抽出しても、47.1%がB・Cランクであり、車椅子も40.9%、おしめ59.6%である）。合併症では、54.9%が治療を要するなんらかの合併症を有している。このように、認知症専門病棟は、ADLが低下し、また、おしめや車椅子などの直接的な介護が必要な認知症高齢者が多数を占めていることが分かる。さらに、退院できない理由については、「精神・行動障害が改善しないため、65.5%」「家族の受け入れができない、32.4%」「合併症のため、11.3%」「特養・老健・グループホームの入所まち、25.0%」「その他、7.6%」であった。

今回のアンケート調査企画では、91日以上入院患者の中で、病態と退院に至らない理由との関連をさらに明確にするものであり、大きな成果が期待される。

現在の段階で、認知症病棟の問題点を以下のようにまとめることができる。

1. 認知症病棟の機能の向上

- （1）診断機能の向上（認知症医療センターとの連携が可能）。
- （2）精神行動障害だけでなくADLが低下した入院患者に対応できる介護者の増強。
- （3）合併症への対応ができるように合併症加算が必要。
- （4）長期間の入院においても、精神・行動障害のために退院が困難な患者が多数おり、この

ために従来の「認知症療養病棟」のような長期型の病棟（または病床）が、ぜひ、必要である。

2. 地域との連携を進める機能の向上

(1) 認知症病棟間のネットワークを組むことで、早期の入院を可能にする（実際には入院希望から入院までの期間は、平均 7.6 日であり、連携によりさらに短縮することが可能となるであろう）。

(2) 退院後の受け入れ側の連携（特に、グループホームとの連携が今後拡充されなければならない）。

3. 新たな受け入れ施設の必要性

調査結果からも明らかのように、退院は可能とされていながら、軽度に精神・行動障害が残っていたり、合併症があったり、あるいは、ADL が低下しているために、現状の施設形態では受け入れが困難な認知症高齢者が多数存在する。このような人達には、医療が強化された新たな施設形態が必要になる（医療型認知症グループホーム又はケアホーム）。

E. 結論

- (1) 認知症病棟入院患者の実態を調査する試みを行なった。
- (2) これまでの調査研究からの検討では、認知症病棟入院患者の多くが、重度の精神・行動障害、ADL が低下、合併症などがあり、さらに、介護を中心とする人員の増強が必要である。
- (3) 精神・行動障害が長期間に及んでいる事例が多く認められ、長期型の入院病棟が必要である。
- (4) 退院を促進するためには、軽度に精神行動障害を持ちながら、ADL も一定以上に低下した患者の受け入れが可能な「医療型認知症グループホーム」など、新たな施設形態が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題，日精協誌27(11).967-979.2008.11
- 2) わが国の精神科医療とその課題，専門医のための精神科リュミエール4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰.中山書店2・17 2008.

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(別紙1)

平成21年2月12日

認知症病棟管理者 各位

厚生労働科学特別研究事業
「認知症の実態把握に向けた
戦略立案及び予備的研究」
研究分担者 松原 三郎

「認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査」
ご協力をお願い

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、認知症病棟では、9割近くの入院患者の入院期間が91日以上となっている現状があります。このままでは、新たな認知症患者さんの受け入れがますます困難となり、認知症病棟の機能が低下することも予想されます。このために、貴病棟入院患者さんの退院可能性について調査し、今後の施策に反映させたいと考えております。先生方には日常のご診療等でご多用のところ誠に恐縮ですが、何卒ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、この調査は、厚生労働科学特別研究事業「認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究（研究代表者 朝田隆）」の分担研究で行われるものです。得られましたデータは集計して分析をしますが、個別の病院のデータを資料として用いることはありません。

また、本アンケート調査につきましては、(社)日本精神科病院協会の了承を得て、全国の認知症病棟を運営している医療機関をお願いをしております。

記

1. 調査期間・返送期間

平成21年2月20日(金)時点における状況をご記入ください。

平成21年2月27日(金)迄に回答用紙のご返送をお願いいたします。

2. 調査用紙の返送

返信用封筒を使用し、下記までご返送ください。

以上

(お問い合わせ・調査用紙送付先)

〒920-8654 石川県金沢市石引4丁目3番5号
医療法人財団松原愛育会 松原病院
厚生科研 事務担当 中川・岡村
TEL 076-231-4138 (代表)
FAX 076-231-4382 (直通)

◎平成 21 年 2 月 20 日（金）時点の状況をご記入ください。

1. 設立主体

- ①公立病院（国、自治体）
- ②公的病院（赤十字など）
- ③医療法人など民間

2. 認知症病棟 定床（ 床）

3. 入院患者数（ 名）

このうち入院期間が 91 日以上（ 名）

4. 入院期間が 91 日以上の患者を入院順あるいは患者番号順などにならべ、無作為に 5 人に 1 名を選んで、下記の状態についてご記入ください。なお A.B.C 欄については、次頁の各項目から 1 つを選んで番号を記入してください。

No.	性別	年齢	入院月数	現在の状態で退院の可能性あり・なし	A.退院後に適する処遇	B.退院に結び付かない理由	C.退院が考えられない理由
記入例	男・女	65 歳	1 年 1 ヶ月	あり・なし	①	②	④
1	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
2	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
3	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
4	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
5	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
6	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
7	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
9	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
10	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
11	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
12	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
13	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
14	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			
15	男・女	歳	年 ヶ月	あり・なし			

A. 現在の状態で、受け入れが整えば退院の可能性がある場合に適すると思われる処遇

- ①介護老人福祉施設
- ②介護老人保健施設
- ③療養型医療施設
- ④一般病院
- ⑤認知症対応型共同生活介護
- ⑥特定施設（有料老人ホーム、介護対応型軽費老人ホーム）
- ⑦在宅（通所や訪問等のサービスがあれば可能）
- ⑧在宅（各種サービスがなくても可能）
- ⑨その他

B. 退院の可能性はあっても、速やかに退院に結び付かない理由

- ①申し込んであるが、転院・入所の順番待ちの時間がかかっているため
- ②転院・入所を依頼しても精神科入院中では受け付けてもらえないため
- ③胃ろうやインスリン注射などの医療行為があるために転院・入所を断られる
- ④介護保険の要介護度が低いため転院・入所ができないため
- ⑤地域内では、施設や介護サービスが少なく、適するものがないため
- ⑥家族（または、本人）の了解が得られないため
- ⑦その他

C. 現状では病状から退院は考えられない

- ①精神症状・行動障害があるため（または、増悪が予想されるため）
- ②ADLの低下など、身体的な介護・管理が必要であるため
- ③身体的な合併症があるため
- ④家族の事情など環境的な背景
- ⑤その他

(別紙2)

認知症病棟の機能と今後のあり方について

松原三郎 (松原病院)

1. 認知症高齢者の増加と対策

現在、わが国では、65歳以上高齢者の約6.7%が認知症症状を示し、介護保険実施データから推測されたものをみると、現状では、認知症自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は200万人を超え、2025年には320万人を超えるものと予測されている。また、東京都等で実施された調査結果を参考にすると、このうちの3.2% (現状では6.7万人) は精神行動障害のために自宅や介護施設、あるいは、一般医療機関では介護が困難であるとされている。

これらの認知症高齢者に対応するために、介護保険・医療保険による訪問系サービス、通所サービスが準備されている。介護保険サービスをみると、通所系サービスでは、認知症対応型通所介護、あるいは、通所・訪問・入所を総合的に行なう小規模多機能型施設の開設も相次いでいる。しかし、訪問系では、認知症専門の通所介護は未だに出現していない。入所系施設では、認知症対応型共同生活介護 (正確には入所施設ではないが) があり、急速な伸びを示している。認知症への対応としては、比較的ADLが保たれている軽度～中等度の認知症高齢者を対象として良質な介護が提供されている。しかし、重度の精神行動障害をもっていたり、身体介護を要したりする高齢者、合併症をもつ高齢者への対応は困難である。介護老人保健施設・介護老人福祉施設は、いずれも精神行動障害をもつ認知症高齢者の受け入れをうたってはいるが、実際には、ADLが低下した要介護度が重度の高齢者に占められており、あらたに精神行動障害をもった人達への対応はほとんどできていないのが現状である。

医療保険では、認知症病棟が精神行動障害をもつ高齢者の通所では、「重度認知症デイケア」があり、精神行動障害が著しい認知症高齢者だけでなく、認知症高齢者の特徴として、要介護度が比較的軽度の人達への対応も可能である。入院治療では、認知症専門の病床としては、精神科病院の認知症病棟 (旧老人性認知症治療病棟) が、平成19年には認知症治療病棟・同療養病棟を合わせて32,358床ある。ところが、精神科病院に入院をしている、アルツハイマー型認知症と血管性認知症を合わせて4万1千人以上が入院しており、精神科病院内ですら量的に十分対応できず、また、外部からの受け入れも甚だ困難な状況に陥っている。この大きな原因は、次第に長期入院者が増加し、ADLの低下した高齢者が多数を占めることによる。

2. 認知症病棟の役割

精神科病床の一環である認知症病棟は、認知症にともなって出現する精神・行動障害 (BPSD : Behavioral Psychological Symptoms with Dementia) を入院によって治療する