

図 6 認知症を専門に診療する医師の有無と認知症患者の受け入れ

5) 連携体制

認知症患者を診療するにあたって、院内の連携体制を整備していると回答した病院は41.1%、院外の連携体制について整備しているとの回答は32.3%であった。(図7)

その他、認知症患者の治療後の受け入れ先である介護施設とは70.9%、後方支援病院とは65.8%が連携を行っていた。(図8)

65 病院(41.1%)は、院内・院外の連携体制を整備する予定が今後ともないと回答した。(表1)

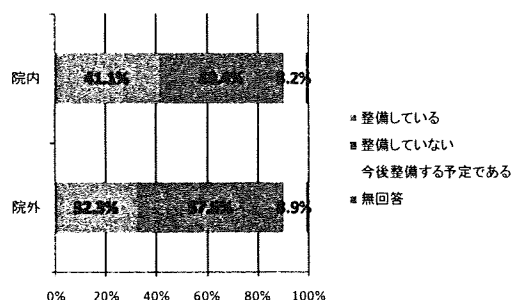


図 7 院内外の連携体制

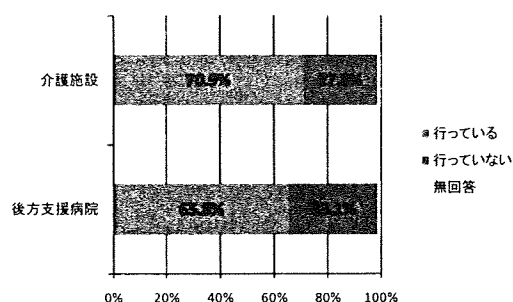


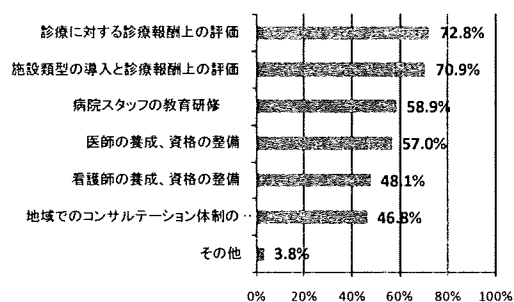
図 8 介護施設・支援病院との連携体制

表 1 院内連携と院外連携の状況

院外連携	院内連携				総計
	あり	なし	予定	未回答	
あり	40 (25.3%)	8 (5.1%)	2 (1.3%)	1 (0.6%)	51 (32.3%)
なし	21 (13.3%)	65 (41.1%)	4 (2.5%)	0 (0.0%)	90 (57.0%)
予定	3 (1.9%)	5 (3.2%)	7 (4.4%)	0 (0.0%)	15 (9.5%)
未回答	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	2 (1.3%)
総計	65 (41.1%)	78 (49.4%)	13 (8.2%)	2 (1.3%)	158 (100.0%)

6) 認知症患者受け入れ促進のための施策

身体合併症のある認知症患者の受け入れにあたって、医療機関側が求めている対応策として、診療報酬上の評価が72.8%と一番多く、病院スタッフの教育研修、医師の養成・資格の整備との回答が多く挙げられた。



D. 考察

1) 入院患者の迷惑行為に対する対応

入院患者が認知症であった場合の徘徊・興奮等の迷惑行為に関する対応として、「すぐに退院してもらう」医療機関は3.8%と少ない。他方、入院患者の飲酒にとまなう酩酊や興奮への対応では、26.5%もの医療機関がすぐに退院してもらうと回答であり(2007年度調査)、同様の迷惑行為であっても原因の違

いによって対処がことなることが明らかとなった（結果は提示せず）。飲酒等に伴う一時的な迷惑行為に対する対応は原因と結果が明確であること、当人にも過失があること等を考えると医療機関としては対応しやすいと考えられる。

精神科医療の診療体制別でみると、精神科救急や入院対応をしている病院は退院してもらうとの回答が低い傾向であった。今後、認知症患者の増加を視野にいたした対応の策定が求められる。

2) 認知症症状のある患者の管理困難の理由

認知症患者はその疾患の特徴から様々な症状を有している。そのため、医療機関は認知症患者に対して安全等を含めた管理に関する困難感を保持しているといえる。特に、治療が円滑に進まない、認知症患者に手を取られて他の患者の看護が不十分になることをその理由とする医療機関が多かった。ゆえに、医療機関としては、安全管理の問題を明らかにしながらその対応を検討していくことが必要である。

その他、身体疾患治療後の受け入れ先を見つけるのが困難であると 3 割の医療機関が回答し、後方連携の問題も明らかとなった。院内の連携機能を強化し、地域の回復期及びリハビリを中心とした医療機関、その他福祉施設等と連携を確立することが重要と考える。（2007 年度調査）

3) 認知症患者に対する診療体制（以下は 2008-9 年度調査）

DPC 対象病院は、在院日数も平均 15 日と短く急性期医療を提供している病院と考えられる。また、病院の機能として救急医療体制では 8 割強が二次三次救急を担っている反面、精神科医療の整備は 6 割と少ない傾向が認められた。これは、急性期病院においては精神科診療が十分に提供されていない現

状を示していると考えられる。

4) 認知症患者に対する診療体制

急性期病院においても認知症患者を専門に診療する医師を半数の病院が配置しており入院患者に対する診療体制は少しずつ整備されている。しかし、専門の看護師を配置している病院は 6.3%と少数であり日常ケアを提供しているコメディカルに対するサポート等は十分ではないと推測される。

5) 認知症患者への対応の整備

病院内における、ガイドラインを整備している病院は約 7%、職員への研修を実施している病院も約 15%と少ないことがわかった。

認知症患者に対する診療においては、精神行動障害や危険行動があり、管理困難であることが指摘されている。患者に対して安全な医療を提供することは重要であり、病院としてどのように対応するのか、院内システムをどのように整備するのかが重要な課題と考えられる。そのためには、ガイドラインやマニュアルの整備、また職員への教育研修や指導を定期的に行うことが必要であると考えられる。

6) 認知症患者の受け入れ

急性期病院の約 9 割の病院が、身体合併症を有している認知症患者を現状で受け入れることが明らかとなった。しかし、積極的に受けいれているとの回答は 2 割弱と少なく、病院サイドとしては管理困難などの理由からあまり積極的に受け入れたくないという状況が伺えた。

特に、積極的に受け入れている病院は、認知症外来や認知症を有する医師を配置している病院に多い傾向が認められた。

7) 連携体制

認知症患者の診療は、約 4 割が院内の連

携体制を、約 3 割が院外の連携体制を整備していた。約 4 割の病院は院内・院外の連携とも今後予定されていないと回答しており、連携は十分に整備されていないことが明らかとなった。他方、介護施設・後方支援病院などとの連携は約 7 割が行っており、認知症患者の退院支援は急性期病院において重要視されていることが明らかとなった。現状では、認知症患者は、在宅もしくは施設で介護されていることが多いと考えられ、入院中の連携体制とともに、円滑な自宅復帰を促進するには身体合併症の治療終了後の後方連携が重要であると考えられる。

8) 認知症患者受け入れ促進のための施策

認知症患者を受け入れるにあたり、病院が求めている対応策として、診療に対する診療報酬上の評価、リエゾンその他、人員を強化した施設類型の導入が多く挙げられた。

今後、認知症患者がより円滑に身体合併症の治療を受けられる体制を整備するためには、いくつかの施設類型を提示するとともに病院側へのインセンティブ付与が重要であると考えられる。

E. 結論

高齢社会である我が国においては、認知症に対する医療の整備は重要な課題といえる。現段階では急性期の医療機関における認知症

患者への診療体制は十分に整備されていないことが明らかとなった。特に、精神科病床を含めた在院日数の計算、看護体制の算定などは、急性期病院における精神科病床の維持を困難にしていると考えられ、比較的、人員・設備の整った急性期病院における精神科診療体制の整備、連携のあり方は優先度の高い検討課題であると考えられる。特に、院内での対応手順の整備、職員の教育研修の促進は即効性が高いと考えられ、優先的に対応が計られる必要がある。将来的には、リエゾン中心型、人員を強化した病棟など、施設類型を提示するとともに、インセンティブ付与の方法についても検討される必要がある。

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（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

