

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査  
- 入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」

分担研究報告書

精神科病院における身体合併症医療の実態調査  
研究分担者：齋藤正彦（東京都立松沢病院・院長）

**【研究要旨】**

昨年度研究の継続で、松沢病院合併症病棟に入院した101例の大腿骨近位部骨折事例を対象に、入院、手術までの期間に関する調査を行った。単科精神科病院で受傷した例が、自宅、福祉施設で受傷した例に比較して、有意に長い時間を要していた。転入院時に、骨折以外に肺炎、肺塞栓等の身体合併症をおこしている例では、手術までの期間がさらに延長していた。

2012年以降の松沢病院合併症病棟の診療統計、経営指標を分析した。この間、単科精神科病院のみならず、総合病院身体科、地域のクリニックからの転院依頼が増加している。合併症医療においては、精神科医が治療チームの一員として積極的に関与することが、患者の抑制率、抑制日数、在院日数等を削減することが示唆された。精神科病床における身体合併症医療は現在の診療報酬体系の下では全く不採算であり、行政的配慮が求められる。

**【研究協力者】**

井藤佳恵：東京都立松沢病院・精神科医長  
牛田正宏：同・整形外科医長  
吉田滋之：同・整形外科医員  
梅田健太郎：同・精神科医員  
河野正晴：同・初期研修医

**A．研究目的**

認知症患者の身体合併症治療は、患者自身が適切に症状を訴えられないこと、検査や治療に協力できないことなどのために、一般の身体疾患治療とは異なる課題を持っている。新オレンジプランは、精神科病院の身体疾患対応力を高めること、総合病院の認知症対応力を高めることでこれらの課題を解決することを提案している。

分担研究第1年度は、総合病院ER、総合病院身体科病床、精神科病院合併症病床を対象に調査を行い、研究第2年度には、ERにおける問題をさらに検討すると同時に、認知症患者の身体合併症の代表的な疾患として、外科系疾患では大腿骨近位部骨折、内科系疾患では誤嚥性肺炎に対する治療の実情を取り上げ、精神科病院合併症病棟における治療の状況を調査した。

研究第3年度には、大腿骨近位部骨折患者の治療状況に関する調査の補充に加え、精神

科病院合併症病棟における身体合併症治療の現状を調査し、その利点と課題を明らかにすることを目的として、経営、安全管理、患者の権利擁護などの視点から分析した。

**B．研究方法**

東京都立松沢病院（以下、松沢病院）の身体合併症病棟（以下合併症病棟）における経営指標（井藤・齋藤）、臨床指標（井藤）を収集し、分析した。また、第2年度に指摘した大腿骨近位部骨折に対する外科治療の遅れについて、受傷場所による違い等をカルテから調査した（牛田、吉田、梅田、河野）。（倫理的配慮）

本研究は、松沢病院の倫理委員会の了承を得ている。

**C．研究結果**

1) 大腿骨近位部骨折受傷から治療開始までの期間に関する調査

2015年度の報告で、松沢病院において、大腿骨近位部骨折に対する人工骨頭置換術を受けた患者について、受傷から骨折認知まで、受傷から松沢病院入院まで、また入院から手術までの期間が長いことを指摘した。今年度は、保存的治療を行った事例を含め、大腿骨近位部の骨折から治療までの期間について

再検討を行った。

対象は、2013年4月から2015年12月までに、大腿骨近位部骨折治療のため松沢病院合併症病棟に入院した患者101名である。92人(91.0%)が手術適応となり、残る9人については諸般の事情により保存的な治療が行われた。手術適応となった92人の受傷場所は、松沢病院内精神科病棟17人、松沢以外の単科精神科病院42人、福祉施設内6人、自宅27人である。

受傷から入院(松沢病院内の骨折については精神科病棟から合併症病棟への転棟)までの期間を、受傷場所の違いによって比較すると、受傷後入院(転棟)までに3日以上を要した患者は、単科精神科病院では42人中35人(83.3%)、自宅では27人中9人(33.3%)、松沢病院内では17人中5人(29.4%)福祉施設内6人中1人(16.7%)で、単科精神科病院での受傷例における入院遅延例の割合が他の3群いずれと比較しても有意に高かった(二乗検定  $p < 0.05$ )。

手術を受けた92人について、受傷場所別に受傷日から手術日までの日数を調査した。受傷から手術を受けるまで1週間以上を要した患者は、単科精神科病院では42人中40人、自宅で受傷した患者では27人中13人、松沢病院内では患者17人中4人、福祉施設内では6人中1人であった。この結果をフィッシャーの直接確率法(正確検定)で検定すると、単科精神科病院での受傷例は、松沢病院内、自宅での受傷例に比較して有意に多い。

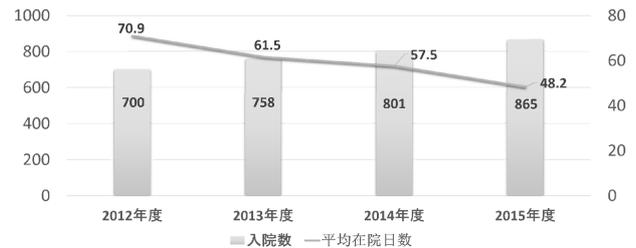
受傷後、手術までの期間が11日以上になった患者は10人で、受傷場所は単科精神科病院7人、松沢病院1人、自宅2人である。入院後手術までに時間を要した理由は、正常圧水頭症(1人)、深部静脈血栓症(3人)、下部消化管イレウス(1人)、肺水腫(1人)、肺炎(2人)、低栄養(1人)など身体合併症の治療が多くを占め、精神症状による治療拒否を説得する為に時間を要したものは当院の1例だけであった。

## 2)精神科病院における合併症医療に関する経営指標、臨床指標

グラフ1に松沢病院の合併症医療病棟入院患者数の年次変化を示した。2012年に年間

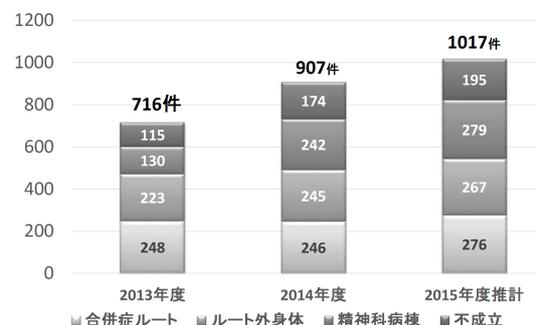
700件であった入院が、2015年度には865件となり、2016年度もさらに増加する見込みである。同じ時期に、70.9日だった在院日数は、48.5日まで減少している。

グラフ1 合併症病棟入院患者数・平均在院日数



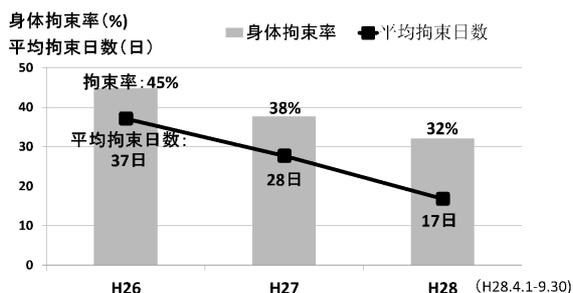
グラフ2は、2013年度から2015年度に、松沢病院が他の医療機関から受け入れた患者数の変化を表している。2013年度には716件であった依頼が2015年度には、1017件に増加し、『合併症ルート』は、都内の精神科単科病院で生じた身体合併症患者を、東京都福祉保健局を經由して松沢病院が受け入れた患者数、『ルート外身体』は、この合併症ルートを經由せず、精神科病院、総合病院、家庭医から直接の依頼で松沢病院が受け入れた患者の数を表す。この間、身体合併症を理由に松沢病院に転院した患者数は、471人から543人に増加している。一方、『不成立』は、依頼先、あるいは松沢病院の事情で受け入れに至らなかった転院依頼患者の数で2013年度の115件(16.1%)から2015年度には195件(19.2%)に増加している。『不成立』の中には、依頼時の松沢病院の病床マネジメント上、受け入れ困難であった例、依頼元の医療機関が何らかの事情によって依頼を取り下げた例、積極的ながん治療等、松沢病院の医療水準を超えるために、他の専門的な医療機関への転院を紹介した例などが含まれる。

グラフ2 他医療機関等からの入院依頼



グラフ3に、4つある合併症病棟の内、内科の閉鎖病棟における身体拘束の状況を示した。2016年度上半期の身体拘束率は32%、平均拘束日数は17日であった。2014年度には身体拘束率45%、平均拘束日数37日であったから、拘束率、拘束日数とも、最近2年間で急速に短縮している。

グラフ3 内科病棟身体拘束の現状



入院数(7年)	255人	297人	161人(半期)
平均在院日数	61.5日	43.8日	43.7日

グラフ4は、同じ病棟のインシデントレポートの数と在院患者数を示している。同病棟の予算定床は45床（看護基準13：1）であるが、現実的には、60%から80%程度の稼働率で運用している。グラフに示すとおり、在院患者数33人（稼働率73.3%）以上になると、33人未満の日に比較してインシデントの発生率が有意に高くなる（ $p=0.05$ ）。同様の傾向は他の3つの合併症病棟でも見られる。

グラフ4: 内科病棟 在患者数とインシデントレポート数 (H28.4.1-H28.9.30)

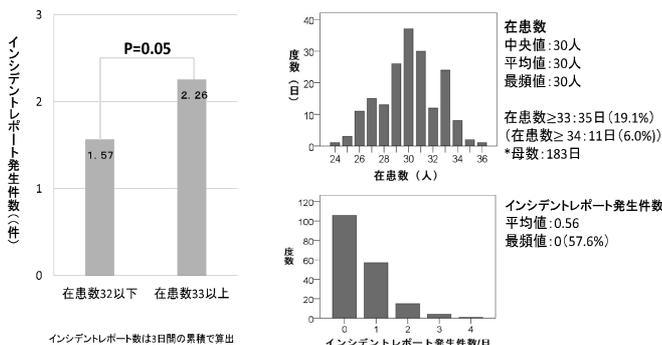


表1は、同じ病棟の収支の状況を示している。2014年度には1か月平均21.3人であった新入院患者数が2015年度前半には25.3人に増加（増加率18.8%）しているが、在院日数は63.8日から35.0日まで短縮（短縮率45.4%）している。その結果、月平均病床稼働率は73.3%から66.7%に減少し、1か月の入院料収入は22,008,000円から20,793,000円に減少（1,215,000円減/1か月）している。

2014年度における松沢病院の病棟別収支を計算すると、4つの合併症病棟は、赤字幅が最も大きい方から4つを占め、いずれの病棟も1年の赤字幅が2億円を超える。ちなみに、精神科病棟で赤字幅が2億円を超えるのは、24時間365日患者を受け入れている（年間約1000人、このうち、夜間休日に600人）救急病棟のみである。

表1 内科病棟診療実績・稼働率・収入

	2014年度平均	2015年4月～8月平均
月当たり新入院患者数	21.3人	25.3人(18.8%増)
月当たり退院患者数	21.5人	26.5人(23.3%増)
平均在院日数	63.8日	35.0日(45.4%減)
病床稼働率	73.3%	66.7%(6.5%低下)
月当たり入院収入	22,008,000円	20,793,000円 (1,215,000円/月減)

## D . 考察

大腿骨近位部骨折治療を目的として松沢病院合併症病棟に入院する患者のうち、単科精神科病院で起こった骨折事例が、自宅、あるいは福祉施設で骨折した事例に比較して、入院、手術に至るまでの日数が有意に長いことが確認された。自宅、福祉施設での骨折事例は、直ちにかかりつけ医、総合病院等で診察を受け、一般の整形外科病棟で処遇が困難な場合は、最初にコンタクトした医療機関が松沢病院と直接連携して患者の転送を決める（ルート外）。今回の調査では、こうしたルート外の連携は迅速に機能していることが明らかになった。

一方、単科の精神科病院における骨折事例の中に、転院が遅れ、骨折以外の内科的合併症を起こし、手術までの期間が長くなる事例が多いことが明らかになった。東京都は単科精神科病院で起こった重篤な身体合併症に対応するため、単科精神科病院からの転院依頼をいったん都庁が引き受け、合併症治療を行う特定の病院（松沢病院以外は総合病院）と交渉して転院先を確保するという制度（合併症ルート）を持っているが、この行政手続きがしばしば、迅速な対応の妨げとなっていた。そのため、単科精神科病院の中には、まず、各病院が独自に持っているネットワークを通じて、近隣の総合病院と交渉をし、これらの病院で引き受けられない事例を合併症

ルートに乗せている場合がある。こうした場合は、受傷から治療開始までに、合併症ルートの手続きに要する時間に加えて長い時間を要することになる。このような治療開始までの時間の長さが内科的合併症を引き起こし、転院後の迅速な手術対応を困難にしている。患者を引き受ける医療機関（松沢病院を含めて）の側にも、自宅や福祉施設に比較すれば医療資源を持っている単科精神科病院入院中の患者の受け入れ優先順位が下がる可能性も否定できない。

松沢病院は、都内で唯一、認知症を含む精神疾患に合併した身体疾患を治療することを目的とした合併症病棟を持つ病院である。近年、合併症病棟への入院が増えているが、これは、従来の東京都合併症ルートを通じた単科精神科病院からの転入院ばかりでなく、一般病院、かかりつけ医からの直接紹介の増加による。東京は他の都道府県に比較して医療資源が豊富で、身体疾患の治療を受ける場所を探すことに難渋することはないにもかかわらず、松沢病院合併症病棟に東京都全域、近隣県からの入院があることは、精神に障害のある患者の側にそれだけのニーズがあるということの意味している。

認知症患者の身体合併症医療の質を評価する指標の一つとして合併症病棟における拘束率を取り上げた。東京都立の総合病院（広尾、大塚、駒込、墨東、多摩総合）における身体拘束の実施率は最高が大塚病院の16.4%であるから、松沢病院内科病棟の拘束率は現在なお非常に高い。しかしながら、総合病院に認知症患者が入院すれば、予定どおりの治療計画遂行、転倒の防止、徘徊等、他の患者に対する迷惑行為の防止などの目的でしばしば拘束が行われているのは周知の事実である。松沢病院合併症病棟と総合病院との比較を行うためには、総合病院における認知症患者の拘束率を用いる必要があるが、そうしたデータが存在しない。いずれにしても、身体拘束は、患者のADLを低下させ、肺炎、肺血栓症などのさらなる合併症の原因となるだけでなく、患者自身の自尊心を著しく傷つける。松沢病院合併症病棟の拘束率は2014年度の45%から2016年度上半期32%に減少し、平均拘束日数は37日から17日に短縮し

た。少なくとも、この期間に認知症の患者を含む精神疾患患者の合併症医療の質は大きく前進したことになる。同様に、2014年度には63.8日であった内科合併症病棟の平均在院日数が、2015年度前半には35.0日まで短縮しており（短縮率45.4%）、1か月あたりの新入院患者数も21.3人から25.3人まで増加している（増加率18.8%）。すなわち、2014年以降1、2年の間に、病棟のキャパシティが上がり、入院期間もほぼ半減している。この期間に、当該病棟のスタッフ数、内科治療に関する医療資源に変化はない。変化があったのは、担当する1人の精神科医の交代のみである。従来、松沢病院合併症医療は、身体科の医師がもっぱら治療の方針を決め、精神科医は精神保健福祉法に基づく非自発的入院の手続き、隔離拘束などの手続き、治療終了後の向精神薬の調整などに限られていた。精神疾患の状況とはかかわりなく治療方針が決められ、治療上の指示に患者が従えなければ拘束が長引き、その結果、身体疾患の治療が終了するころには、患者のADLが著しく低下している、といったことも珍しくなかった。2014年以降は、精神科医が入院時から患者に関わり、身体科の医師と協力して症例ごとに適切な治療目標、治療方針を決めるようになった。従来の、精神科治療はさておいて、身体疾患治療を優先するという方針を、精神と身体を区別せず、適切な治療方針が模索されている。加えて、入院時から退院を見据えた精神医学的ソーシャルワークを進めることが可能になり、退院の準備が円滑に進むようになった。このため、無駄な拘束は減り、退院までの期間も半減した。こうした精神科医の関与は、総合病院における精神科医によるリエゾンコンサルテーションとは別の次元の、密度の濃い医療チームを作る結果となり、精神科病院合併症病棟ならではの治療体制が作られている。

一方、こうした内科病棟の治療の質、量の向上は、病院経営改善には負の影響をおよぼしている。月平均病床稼働率は73.3%から66.7%に減少し、1か月の入院料収入は22,008,000円から20,793,000円に減少（1,215,000円減/1か月）している。松沢病院合併症病棟に治療を要請される患者の多くは、計画的な入

院治療の対象とはならない。疾病の兆候に自ら気づくことがなく、症状が強くなってもそれを的確に訴えられないために、診断が遅れ、治療が遅れる。このため、計画的に待機患者を入院させるという経営は不可能で、急な入院依頼が重なるときはベッドコントロールに難渋し、依頼が途切れると空床が増える。在院日数の短縮は、依頼が重なったときの患者受け入れキャパシティを増大させるが、経営的には稼働率低下というリスク要因になる。精神科病床の稼働率が90%内外であるのに対して、合併症病棟の稼働率は65%から75%である。松沢病院に4つある合併症病棟は、病棟別原価計算で最も赤字の大きい病棟であり、この稼働率の低さはその要因の一つである。一方、患者数が33人（稼働率73.3%）を超えると、有意にインシデントが増えるという現象からも明らかのように、精神科病床の13:1、15:1といった看護基準で、精神疾患と身体疾患を合併する患者用ベッド45床を満床にすることは現実的には不可能である。一般の総合病院内科系、外科系病棟とは異なり、松沢病院合併症病棟では、点滴や留置カテーテルの管理を理解できる患者の方が少ない。異常が起こったときに自らナースコールができる患者も多くはない。加えて、配薬した薬は患者が完全に飲み込むまで看護師が観察しなければならない。統合失調症の患者では拒薬による精神症状の悪化が身体疾患の治療に大きな悪影響を及ぼすし、服薬という行為自体を理解できない認知症の患者であれば身体管理に不可欠な薬物が服用されないという事態は珍しくない。合併症病棟における看護師の負担は、現在の稼働率をもってしても、過重なものになっている。

内科、外科などの専門医の視点から見れば、松沢病院の合併症医療は不十分なものである。しかしながら、総合病院における合併症治療が困難な事例が、松沢病院に集まるとい現象が起こっていると考えられ、その需要は増大しつつある。近年、松沢病院合併症病棟の受け入れキャパシティは増大しているが、入院依頼の増加はそれを上回る勢いである。一方、現在の診療報酬体系の中では、こうした医療は、きわめて不採算なものになっている。

## E . 結論

- ・昨年度研究の継続で行った、大腿骨近位部骨折事例の入院、手術までの期間に関する調査では、単科精神科病院で受傷した例が、自宅、福祉施設で受傷した例に比較して、有意に長い時間を要していた。
- ・転入院時に、骨折以外に肺炎、肺塞栓等の身体合併症を起こしている例では、手術までの期間がさらに延長していた。
- ・精神科病院の合併症病棟への転院依頼は増加している。
- ・単科精神科病院のみならず、総合病院身体科、地域のクリニックからの依頼も増加している。
- ・内科、外科などの専門医のみならず、精神科医がより治療チームの一員として積極的に関与することによって、合併症治療中の患者の抑制率、抑制日数、在院日数等を削減することができる。
- ・精神科病床における合併症医療は現在の診療報酬体系の下では全く不採算である。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

- 1 . 論文発表  
なし（準備中）

- 2 . 学会発表

ワークショップ「認知症高齢者の医療における意思決定」斎藤正彦，井藤佳恵.第31回日本老年精神医学会(2016.6.24,10:00-12:00,金沢)

## 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  
特になし