

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」

（総合）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：斎藤正彦（東京都立松沢病院 院長）

**【研究要旨】**

認知症患者の身体合併症治療の現状と課題を明らかにすることを目的に、東京都内の総合病院 ER、総合病院における精神科リエゾン、精神科病院身体合併症病棟における状況を調査した。具体的調査結果については、各年度の分担研究報告書に述べた。それらの研究結果から、自宅で生活している認知症高齢者については、かかりつけ医による日常的な身体管理、特に、患者自身の愁訴に頼らない身体症状の客観的把握が、救急化を防ぎ、救急車等の医療資源の効率的な利用につながることを示した。リエゾンについては十分な検討材料を得るに至らなかった。精神科病院身体合併症病棟における治療については、認知症にしばしば合併する外科系疾患として大腿骨近位部骨折、内科系疾患として誤嚥性肺炎を取り上げて検討した。総合病院では対応できない認知症患者について、精神科合併症病棟に対するニーズは高く、さらに増加し続けている。これを遂行するには、精神科特例の看護師、医師配置では対応困難であり、現状の診療報酬体系の中では継続が難しいことを示した。

**A．研究目的**

新オレンジプランは、認知症患者の身体合併症医療のニーズを、総合病院の認知症対応力を高めること、精神科病院の身体合併症対応力を高めることによって満たそうとしている。この研究では、総合病院の ER、総合病院一般病床入院患者に対する精神科リエゾン、精神科病院合併症病棟の治療実態を調査し、現状とその課題を明らかにすることを目的として計画された。

**B．研究方法**

については、初年度に都立多摩総合医療センターERの状況についてアンケート調査を行い、第2年度には、研究協力者が診療録をレトロスペクティブに調査して問題点を検討した。初年度の調査は、2014年10月28日から15年3月8日までの受診者について ER 担当医師を対象としたアンケート調査、第2年度は、ER 受診者のカルテ調査である。

については、初年度に都立広尾病院の神経科に、リエゾンの状況についてアンケート調査を行った。

については、初年度に松沢病院認知症病

棟に入院した患者と合併症病棟に入院した患者の属性を比較した。

第2年度、第3年度には、典型的な外科系疾患として大腿骨近位部骨折、内科疾患として誤嚥性肺炎を取り上げ、一定期間に入院した患者の属性、治療経過等についてカルテ調査によりレトロスペクティブな調査を行った。また、精神科病院における合併症医療の経営の実態、医療の質、治療効果などについて経営指標、臨床指標を分析することによって検討した。

（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**

都立総合病院 ER における認知症患者合併症治療の実態

初年度には ER 担当医に対するアンケート調査を行い、その結果を元に、第2年度に、2014年10月28日から2015年1月28日までの3か月間に受診した患者のうち、認知症を合併すると判断された患者のカルテ調査を行った。

対象期間中の ER 取扱数は、9180例、こ

のうち認知症と判断された事例は、合計 99 例（以下、認知症群）であった。同時期に救急受診した 75 歳以上の高齢者のうち、受診時に認知症の申告がなかった 1830 例を対照群（外来対照群）として比較した。

外来対照群に比較して、認知症群は、救急車使用率、入院率が有意に高かった。重症化するまで受診に至らなかった事例が多いためと考えられる。認知症群の受診理由では、「転倒」、「動けなくなった」、「失神」の割合が有意に高かった。

認知症群において、救急受診後入院となった 44 例のうち、入院後の記録が参照出来た 40 例について診療録の記載事項を検討した。入院時診断では感染症が多く 15 例（38%）を占め、続いて頭部等の外傷 5 例（13%）、脳血管障害 5 例（13%）、消化管出血 4 例（10%）などであった。入院した認知症群の入院後の経過を、同時期、ER 受診後に入院した 75 歳以上の高齢者 525 例のうち、病棟看護師によって概ね認知障害なしと判断された 242 例（入院対照群）と比較した。認知症群では、身体拘束、センサーマットの使用率が入院対照群より有意に高く、拘束による ADL の低下、全身状態の悪化が危惧された。入院後の転帰には、両群間に有意差はなかったが、両群とも転院例が 60%を超えており、高齢の救急受診者の治療については、転院後の状況を含めた追跡調査が必要であろう。

#### 総合病院一般病床入院患者に対する精神科リエゾンに関するアンケート調査

都立広尾病院神経科が受けた、入院患者に関するリエゾン依頼事例の中から、認知症に関連した事例を収集したが、分析の対象となるに足る数の事例を収集できなかった。

#### 精神科病院合併症病棟における身体医療の実情に関する調査

##### -1 合併症病棟と認知症病棟の患者属性等の差異について

都立松沢病院認知症病棟、同、合併症病棟の入院患者を調査の対象とした。認知症病棟（2 病棟）への入院は、認知症の BPSD など精神症状の治療が主たる目的である。1 棟は

精神科医のみ、もう 1 棟は精神科医、内科医がいる。合併症病棟は、外科系 2 棟、内科系 2 棟がある。この病棟に入院する患者は、精神疾患に加えて身体疾患を合併し、単科精神科病院や一般の総合病院では対応が困難な患者である。

初年度に、2014 年 9 月 1 日から 12 月 31 日の間に、認知症病棟を退院した全患者 93 例、合併症病棟を退院した認知症患者 41 例を比較した。年齢、性別に差はない。認知症の原因となる疾患構成では、認知症病棟でアルツハイマー病、前頭側頭型認知症の割合が高く、合併症病棟では、血管性認知症の割合が高かった。血管性認知症を発症する患者には、重篤な循環器疾患、代謝疾患等を基礎疾患として持つものが多いためと考えられる。一方、精神症状や行動障害が顕在化しやすいレビー小体型認知症や、前頭側頭型認知症は、認知症病棟に多い。

入院前の居所をみると、認知症病棟入院患者の 73.1%が自宅であるのに対して、合併症病棟では自宅からの入院が 56.1%と少なく、一般病院から 14.6%、精神科病院から 9.8%の割合が比較的高い。合併症病棟は、一般病院で認知症症状のために対応困難な患者、精神科病院で身体疾患治療が困難な患者の受け入れ先になっている。

これに対して、自宅退院の割合は、合併症病棟は 29.3%、認知症病棟は 19.4%であった。認知症病棟に自宅から入院した 68 例のうち、自宅に退院した例は 18 例である。

向精神薬（抗精神病薬、睡眠導入薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗認知症薬、抑肝散、抗痙攣薬等）の処方は、認知症病棟の 84.9%、合併症病棟の 43.9%で行われていた。

身体拘束に関しては、認知症病棟の 15.1%、合併症病棟の 68.3%で行われていた。認知症病棟の身体拘束は、脱水に対する点滴、経管栄養等を目的とした短期間、短時間の措置であるが、合併症病棟では、持続点滴などの治療処置の間、長期間にわたって持続的に行われるものが少なかった。

入院患者の ADL を比較すると、両病棟とも、60%から 80%の患者が入院時の機能を維持しており、退院時の ADL が入院時より改善した例は、低下した例に比較して割合が

高い。

認知症病棟における身体拘束の有無は、退院時の歩行機能の低下にはつながっていない。むしろ、認知症病棟における拘束例の25%が退院時、入院前より歩行機能が改善していた。認知症病棟の向精神薬使用については、処方のない群では歩行能力低下が1例もなかったのに対して、処方のあった例では72例中7例に歩行能力低下を認めた。

合併症病棟においても、身体拘束が患者の退院時歩行機能に影響したという統計的根拠は見出されず、身体拘束を受けた患者の28%に、歩行機能の改善を認めた。向精神薬の処方の有無と歩行機能に関しては、処方されなかった患者では、26.1%が改善している一方で、向精神薬を処方された合併症患者の22.2%は、退院時の歩行機能が入院時より低下していた。ただし、上記の検討については症例数が少なく、さらなる検討を必要とする。

## -2: 松沢病院合併症病棟における誤嚥性肺炎治療に関する調査

初年度は、2014年4月1日から2015年3月31日までの期間に身体合併症病棟(176床)および認知症病棟(76床)を退院した認知症患者のうち、誤嚥性肺炎と診断され、加療された患者は46例である。平均年齢は79.1歳、男女比は男性22例、女性24例で、診療科別では内科56.7%(26例)、整形外科21.7%(10例)、神経内科6.5%(3例)、脳外科2.2%(1例)、精神科(認知症病棟)13.0%(6例)であった。治療後の転帰については、精神科病院への転院34.8%(16例)、院内で内科から精神科へ転科6.5%(3例)、死亡21.7%(10例)、自宅へ退院19.6%(9例)、施設へ転出14.3%(8例)であった。

診療科により患者の特徴は異なり、内科では既に他院で肺炎の診断がつき治療開始していても奏功しない治療困難例、施設入所者の誤嚥性肺炎発症が多かった。既治療患者では、抗菌薬の単独使用では治療困難である例が少なくなき、入院時、既に重度の呼吸不全であるため入院後数日で亡くなる例もみられた。

整形外科では、入院時に胸部XP上、陳旧性の肺炎変化を認め、おそらく元々軽い嚥下

障害のあったと思われる患者が、骨折して整形外科手術治療目的で当院に入院し、術後の臥床安静中に肺炎が顕在化する症例が多くみられたが、肺炎重症例は少なかった。

精神科(認知症病棟)では、主としてBPSDの治療を目的として入院した患者の中に、潜在的な肺炎患者があり、入院時の検査で発覚したもの、入院後に肺炎を顕在化したもの、入院後の療養過程で肺炎を起こしたものなどがある。

誤嚥性肺炎で治療を行った患者について入院前後の生活自立レベルを比較したところ、肺炎治療後に生活自立レベルが低下したもの(死亡を含む)50%、不変が43.5%、改善したものは6.5%であった。誤嚥性肺炎の罹患をきっかけに半数で、生活自立レベルが下がることが示された。

## -3 松沢病院合併症病棟における大腿骨近位部骨折治療に関する調査

研究第2年度に、2013年4月1日から15年3月31日までの2年間に、松沢病院において人工骨頭置換術を行った51例を対象に調査を行った。対象患者全例に精神疾患を認め、同じく全例に何らかの身体的基礎疾患を認めた。手術に先立って治療を要する身体疾患がなかった症例は51例中8例のみであった。

受傷後、骨折が認知されるまでの期間、当院入院までの期間が、前者で平均3.4日、最長30日、後者で平均10.0日、最長36日と長いのは、基礎となる精神疾患に関連した社会的背景によるところが大きい。入院から手術までの期間は平均7.4日、最長22日であった。

術後の合併症の頻度も高く、リハビリテーションに時間を要する例、退院後の静養先確保に時間を要する例があり、整形外科病棟入院期間は平均78.5日、最長234日であった。

受傷前に独歩歩行が可能であった40例のうち、手術後、独歩可能なまでに回復したのは29例で、51例中16例(31.4%)は、退院時の歩行機能が、受傷前の歩行機能より低下していた。認知症11例についてみると、受傷前の機能を維持したもの5例(3例独歩、2例介助歩行)、術後、歩行機能低下をきた

したものの6例(独歩 介助歩行2例、独歩車椅子3例、介助歩行 車椅子1例)であった。認知症群の歩行機能維持率45.5%は、その他の精神疾患の機能維持維持(改善1例を含む)率75.0%に比較して低かった。

認知症患者の術後歩行機能の再獲得の障害となったのは、リハビリテーションが円滑に進まなかった、術後せん妄により安静が保てず脱臼、創部感染を起こした、精神症状に起因する全身状態の悪化をきたした(統合失調症例)などである。なお、術後せん妄は10例、19.6%に見られたが、これは、一般患者を対象とした従来からの報告より低く、術前から整形外科医と精神科医が併診する松沢病院合併症医療の成果であるといえる。

研究第3年度には、骨折事故が起こった場所による手術までの期間の遅延を検討するため、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1日から2015年12月31日までに、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人である。101人中、92人(91.0%)が手術適応となり、残る9人については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( $\chi^2$ 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比較した。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、自宅では27人中13人、松沢病院内では患者17人中4人、福祉施設では6人中1人であった。単科精神科病院での受傷例は、

他のどの群と比較しても手術遅延例が有意に多かった( $\chi^2$ 乗検定、 $p < 0.01$ )。

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、松沢病院内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。

#### 4 精神科病院における合併症医療に関する経営指標、臨床指標の検討

2012年に年間700件であった松沢病院の合併症病棟入院患者数は、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。

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転・入院依頼数の変化を見ると、2013年度には716件であった依頼が2015年度には、1017件に増加している。都内の単科精神科病院で生じた身体合併症患者を、東京都福祉保健局を経由して松沢病院が受け入れるというルールによる依頼(合併症ルート)、この合併症ルートを經由せず、精神科病院、総合病院、家庭医から直接受ける依頼(合併症ルート外)はほぼ同数であるが、徐々に合併症ルート外の転院依頼の割合が増している。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。

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。2014年度の身体拘束率45%、平均拘束日数37日から、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。拘束率、拘束日数とも、最近2年間で急速に減少している。

同じ病棟のインシデントレポートの数と在院患者数の関係を見ると、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。

同じ病棟の診療状況と収支の関係を見ると、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 23 の病棟について、各々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。

#### D . 考察

松沢病院は、890 床の病床をもつ精神疾患を対象とした医療機関である。このうち、4 病棟 176 床が精神疾患患者の身体合併症に対応する病床で、この他、結核患者のための病棟が 1 棟ある。合併症病棟のうち 2 つは精神科指定病床、2 つは一般病床で精神保健福祉法に基づく行動制限等が必要な患者と、そうでない患者とで病棟を使い分けている。この他、この研究の 1 年目には、認知症病棟（2 病棟）の入院患者も分析の対象とした。

合併症 4 病棟のうち、1 病棟が 41 床、残る 3 病棟が 45 床で、看護基準は 2 病棟が、13 : 1、2 病棟が、15 : 1 であるが、院内の傾斜配置で看護師数は基準を上回り、各々 23 人ないし 24 人の正看護師を配置して、準夜勤、深夜勤に 3 人ずつ 3 交代になっている。2016 年 4 月 1 日現在医師数は、内科・神経内科 11 人、外科 1 人、整形外科 2 人、脳神経外科 2 人、形成外科 1 人、麻酔科 2 人、リハビリテーション科 1 人、放射線科 1 人、歯科口腔外科 2 人で、4 つの病棟に 4 人の精神科レジデント、2 人の精神科医長が配置されている。夜間、休日は、2 人の常勤精神科

医、1 人の身体科医、1 人の精神科レジデント、1 人のジュニアレジデントが勤務している。平成 26 年度には、199 件の手術が行われ、このうち 174 件は全身麻酔下の手術であるが、松沢病院の場合、手術の夜に、外科系の医師が誰もいないという事態が日常的に起こる。

上記のように、松沢病院身体合併症病棟の診療体制は、総合病院のように様々な身体疾患に対して十分な治療ができるようなものではない。入院前の患者の居住地は、東京都全域を中心に、神奈川、千葉、埼玉など近県にも及んでいる。認知症患者に限っても、BPSD を理由に認知症病棟に入院する患者の住所分布が松沢病院を中心とする半径 5 キロメートル及び、交通の便の良い鉄道沿線に集中しているのに比較して、身体合併症治療を目的に入院する患者の居住地の分布は都内全域から周辺自治体に広がっている。

松沢病院の合併症医療は、総合病院に比較して人的資源が乏しく、対象となる疾患も限られているにもかかわらず、東京都及び隣接する自治体から入院要請が寄せられている。松沢病院に身体合併症治療を要請する医療機関の中には、三次救急医療機関を含む総合病院が多く含まれており、単科精神科病院の合併症医療ニーズだけでなく、総合病院の医療では対応しきれない患者の受け皿となっていると考えられる。

第 2 年度の報告書で、認知症患者の身体合併症治療におけるいくつかの課題について述べたが、さらに第 3 年度の研究結果を踏まえ、もう一度、認知症の身体合併症医療の課題を整理する。

第一の課題は、受診の遅れとそれに伴って生じる問題である。総合病院 ER を受診する認知症患者は、同年代の非認知症患者に比較して、救急車の利用が多く、そのまま入院する例が多かった。しかも、受診のきっかけは、「転倒した」、「動けなくなった」、「失神したなど」、本人の訴え以外のものである。患者自身が身体症状を的確に訴えられない、あるいは家族、施設、場合によっては医療機関における観察が不十分であるために、疾患に気づかれるのが遅く、対応が遅れがちであるということである。かかりつけ医による日常的

な身体管理の徹底が救急化を防ぎ、認知症患者や家族の安全のためにも、医療資源の有効利用のためにも重要である。

松沢病院の合併症病棟に、誤嚥性肺炎、大腿骨近位部骨折を理由に入院する事例でも、入院までに時間がかかり、肺炎や骨折などに加えて、別の身体合併症、栄養障害、貧血など、全身状態を悪化させる要因を抱えているものが多い。単科精神科病院から松沢病院合併症病棟に転入する患者で、自宅、施設入居者に比較して治療遅延が目立った。単科精神科病院における基本的な身体管理機能の向上と同時に、円滑な転院ができるようなシステムの改善が必要であると考えられる。

第二の課題は、治療の過程に対する認知機能低下の影響である。医療機関を受診するまでに遅れが生じることに加え、受診時の治療同意の問題、入院後、患者が治療に協力できないことに起因するトラブルについての検討が必要である。この課題は、認知症患者の医療に関する人権の問題と言い換えてもよい。治療同意の問題は、その後の治療過程に大きく影響し、別の個人や団体に代諾権を認めれば済むという問題ではない。この研究班では、2016年の日本老年精神医学会ワークショップにおいてこの問題を取り上げてディスカッションを行った。今後も、検討を続ける必要がある。

意思能力の低下は、入院後の治療に患者自身が協力できないという問題にも直結する。このため、円滑で安全な治療の遂行を理由としてしばしば身体拘束が行われる。総合病院における身体拘束は、精神保健福祉法の定めるような手続きを必要としないため、かえってその実態がわかりにくい。松沢病院入院患者の拘束率は、2014年の調査で、合併症病棟では68.3%、認知症病棟では15.1%であった（認知症病棟の15.1%についても身体合併症治療のための点滴等を理由とするものである）。同時期、内科系合併症病棟のみを見ると、外科系病棟に比較して若干低く、身体拘束率45.0%、平均拘束日数37日であったが、研究第3年度2016年上半期の調査では、内科系合併症病棟の身体拘束率は32.0%、拘束実施日数17日まで縮小されていた。

2014年から16年の2年間に、同病棟の入院患者数が18.8%増加し、在院日数は45.4%短縮したことは、第3年度の報告書に述べたとおりである。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、精神科医の役割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。これは、総合病院における精神科リエゾンに近い機能である。2014年以降、松沢病院の内科合併症病棟では、精神科医が入院時から患者の治療に関わり、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。身体疾患治療を優先するために精神科医は、求められた時だけ最小限の関与をするという従来の方針を、入院直後から精神と身体を区別せず、退院後の生活を視野に入れた総合的治療方針を模索していくという方針に大きく転換された。総合病院における標準的な治療をそのまま実施することではなく、個々の患者の能力とその後の生活を考慮した治療方針を立てることによって、患者の拘束率が低下し、拘束期間が大幅に短縮した。こうした関与によって、入院時から退院後を見据えた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。こうした密度の濃い切れ目のない精神科医の関与は、総合病院における精神科リエゾンとは次元の異なる質の高さを必要とする。

第三の課題は、医療経済上の問題である。認知症患者の頻繁な救急受診は、総合病院救急医療の効率を下げ、救急医療のコスト・パフォーマンスを低下させている。研究第2年度に行ったER担当医へのアンケートでは、ERを受診した認知症患者の中で、実際に医療上の緊急性が確認できたのは、40%に過ぎなかった。さらに、認知症を合併する患者は、その他の高齢者に比較して、救急車のER受診が多く、社会的な医療資源への負荷も大きい。

一方、松沢病院のような精神科病院におけ



る合併症医療では、精神科特例による貧困な医療資源配置と、それに対応する診療報酬の低さがネックになっている。研究第3年度に明らかにしたとおり、診療の質の向上により在院日数を半減し、入院要請に依って入院患者数を増やしても、病床稼働率が低下すれば、病院経営には負の影響しか及ぼさない。認知症を含む精神疾患患者の身体合併症入院治療の大部分は、症状が顕在化し、猶予のない状況で受診に至るため、計画的な予定入院による病床管理は不可能である。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。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となっている。

医療安全の視点から見ると、経営改善のためにこれ以上受け入れ患者数を増やすことには大きなリスクがある。45床ある内科病棟の患者数が33人(稼働率73.3%)を超えると、有意にインシデントレポー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の治療を行うことは、現実的には不可能である。1年に3000人を超える新入院患者を受け入れる松沢病院全体の看護必要度は、他の都立総合病院と差がない。合併症病棟においては、看護必要度の高い患者が集中しており、7:1、10:1看護単位で運営されている総合病院の平均的な看護必要度を上回っている。こうした状況を勘案するなら、精神科病院での身体合併症医療の経済問題を診療報酬によって解決することは不可能で、一般の総合病院での医療が難しい精神障害者の合併症医療については、行政医療として国公立病院が担う以外に対策はないのかもしれない。

## E . 結論

・総合病院 ER を受診する認知症高齢者を対象とした調査から、認知症を合併する高齢者は、非認知症の高齢者に比較して、救急車の利用が多く、受診後入院に至る例が多かった。一方、約40%は救急受診を必要としない軽症者であった。受診のきっかけは本人の愁訴ではなく、転倒、失神、動けなくなった

等で、患者自身が自分の身体症状を的確に表現できなくなっていることが原因の一つと考えられる。かかりつけ医による、日常的な身体症状の診察、評価、治療方針の策定などが、救急医療資源や、救急車等の社会資源の無駄を省くために必要である。

・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。骨折から治療開始までの時間の遅延は、骨折以外の様々な身体合併症を引き起こし、それが入院長期化の原因になっている。

・研究第2年度の調査対象となった大腿骨近位部骨折事例51例中、受傷前歩行が可能であった40例のうち、退院時歩行機能を回復していた患者は29例であった。51例中16例(31.4%)で、退院時の歩行、移動能力が入院時より低かった。

・誤嚥性肺炎の治療においても、他施設で初期治療を試みたのちの転入院が多く、死亡退院が21.7%を占めた。退院先では、他の医療機関、福祉機関への転出が55.6%で、自宅へ退院した患者は19.6%であった。退院患者の28.3%で入院時より生活自立機能が低下、不変43.5%、改善6.5%であった(残りは死亡)。

・合併症病棟治療中の拘束が、退院時ADLの低下に結びついたという、統計的根拠は見出せなかった。むしろ、拘束を受けた患者の25%は退院時、入院前より高い歩行機能を回復しており、短期間に身体治療を終了するための身体拘束は、治療効果を上げる意味があるのかもしれない。他方、鎮静のための向精神薬投与については、調査した72例中7例に退院時歩行機能の低下がみられ、慎重な処方と、その後のフォローアップが重要であると考えられた。

・東京都において、松沢病院合併症病棟への転院依頼は増加している。単科精神科病院にとどまらず、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。松沢病院の合併症病棟は、総合病院での治療が困難な認知症患者の身体合併症治療ニーズに応えているものと考えられ、そのニーズは年々増

加している。

・精神科医が治療チームの一員として、身体合併症治療に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た。こうした精神科医の関与は、総合病院におけるコンサルテーションリエゾンとは、全く異なるものである。

・精神科病院における合併症医療病棟で、認知症患者の身体疾患を治療するためには、精神科特例に基づく看護基準では不十分で、行政医療として特別な配慮を行わない限り継続は困難である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

1) 齋藤正彦：精神科病院における身体合併症医療 - 東京都立松沢病院の実践 - .老年精神医学雑誌,27(4)：375-381,2016

2) 櫻山鉄矢,西田賢司,齋藤正彦：認知症患者における身体救急の現状と課題. 老年精神医学雑誌,27(4)：399-405,2016

3) 牛田正宏,吉田滋之：認知症患者の大腿骨近位部骨折治療. 老年精神医学雑誌,27(4)：413-420,2016

4) 犬尾英里子,櫻山鉄矢,齋藤正彦：認知症における誤嚥性肺炎. 老年精神医学雑誌,27(4)：421-426,2016

### 2．学会発表

1) ワークショップ「認知症高齢者の医療における意思決定」齋藤正彦,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

特記すべきことなし