

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
(第12回)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年11月18日(木) 18:00~20:00
2. 場所 厚生労働省 共用第7会議室
千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館 5階
3. 議事
 - (1) 調査結果について
 - (2) 中間とりまとめ(案)について
 - (3) 意見交換

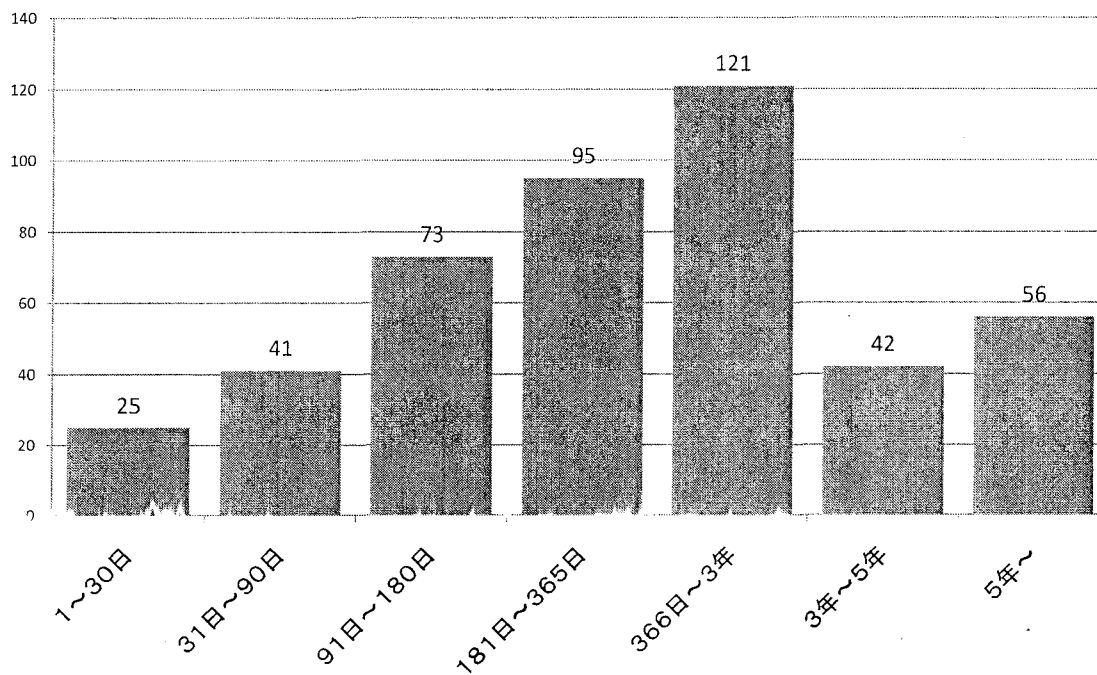
【配布資料一覧】

- ・資料1 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について(追加解析)
- ・資料2 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
 - 第2R: 認知症と精神科医療 中間とりまとめについて(案)
 - 〈2-1〉 認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)
 - 〈2-2〉 中間とりまとめ骨子(案)
 - 〈2-3〉 論点(案)への意見
- ・瀏野構成員提出資料
- ・参考資料
 1. 精神病床における認知症入院患者に関する調査の概要
(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 資料1)
 2. 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 資料2)
 3. 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 資料3)

「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(追加解析)

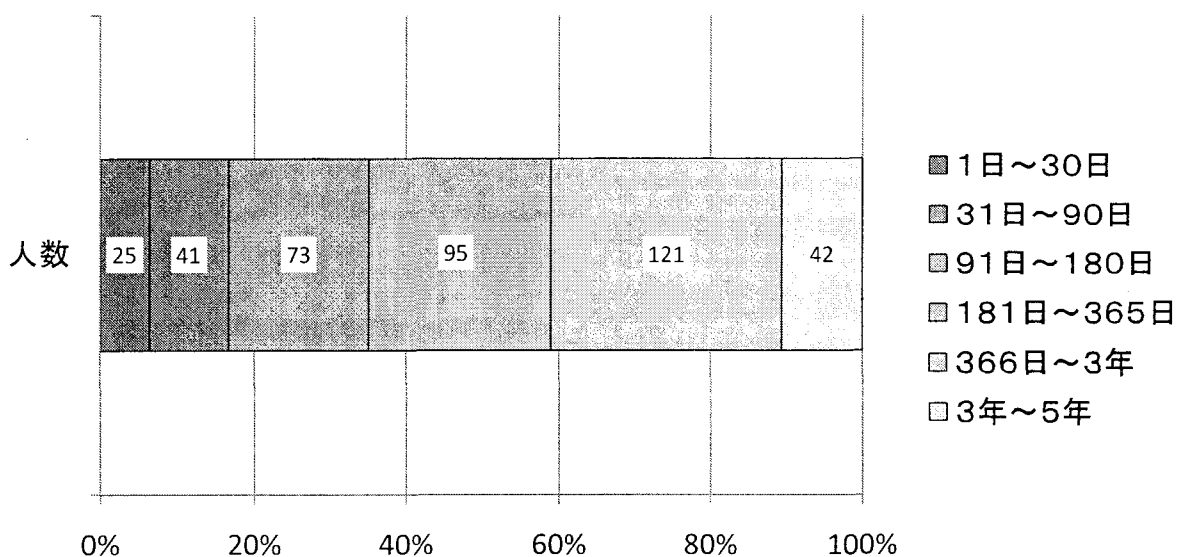
在院日数別入院患者数

在院日数	1日～30日	31日～90日	91日～180日	181日～365日	366日～3年	3年～5年	5年～
人数	25	41	73	95	121	42	56



1

在院日数別の入院患者数割合



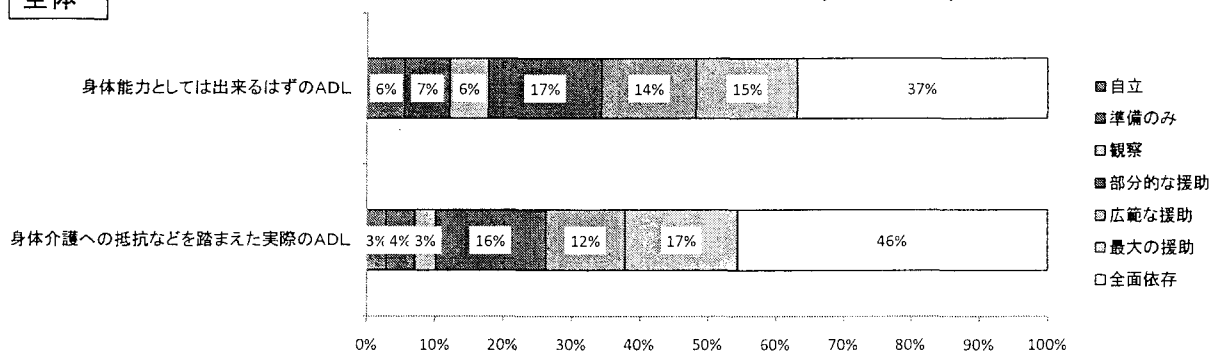
2

平均在院日数別 調査日から過去3日間のADLについて

e 入浴

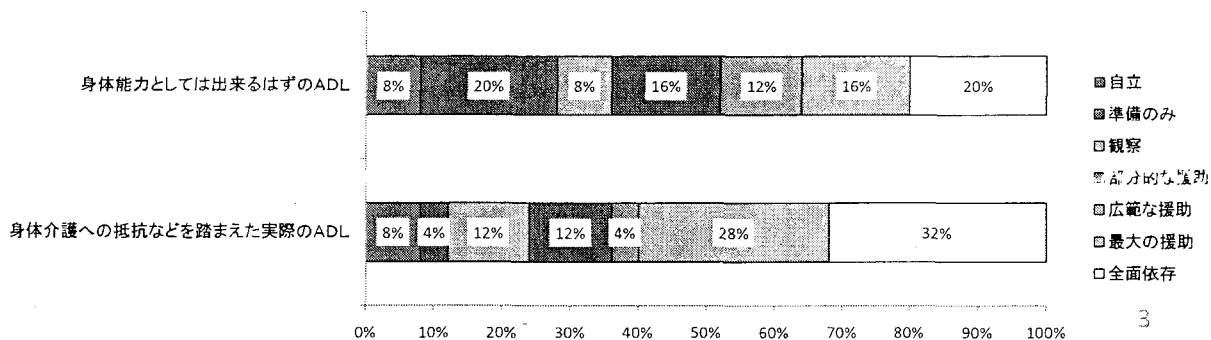
全体

(N=454)



1日~30日

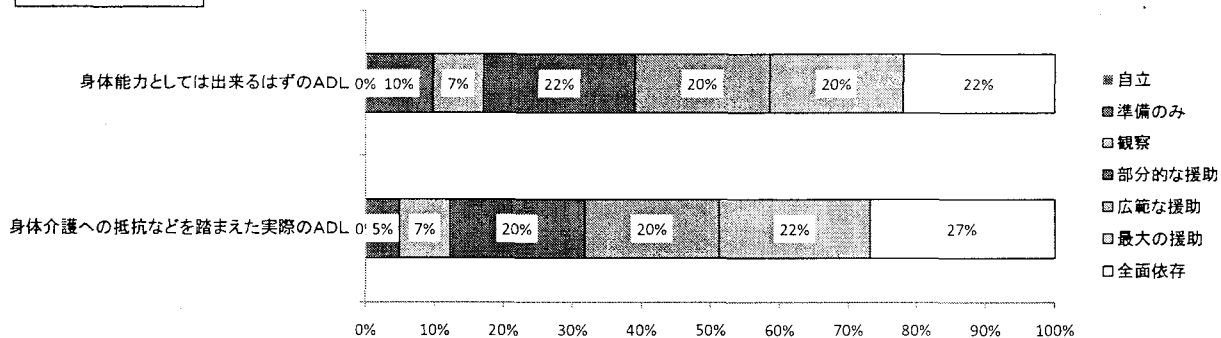
(N=25)



3

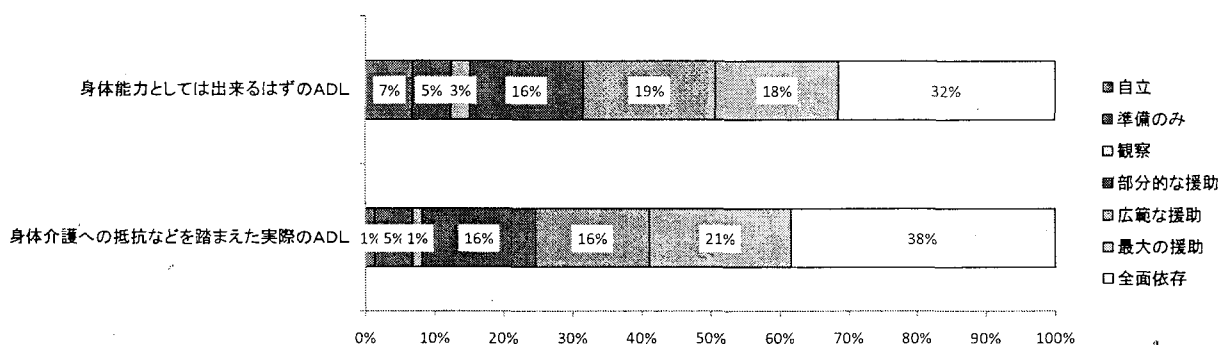
31日~90日

(N=41)



91日~180日

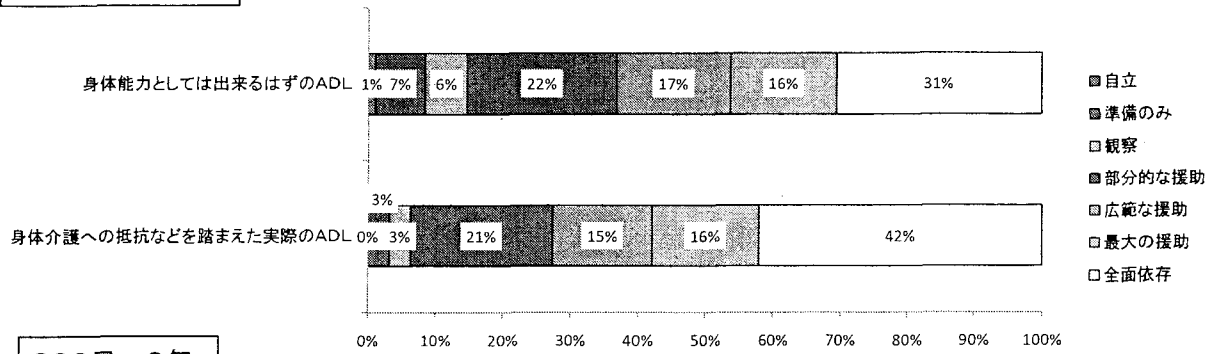
(N=73)



4

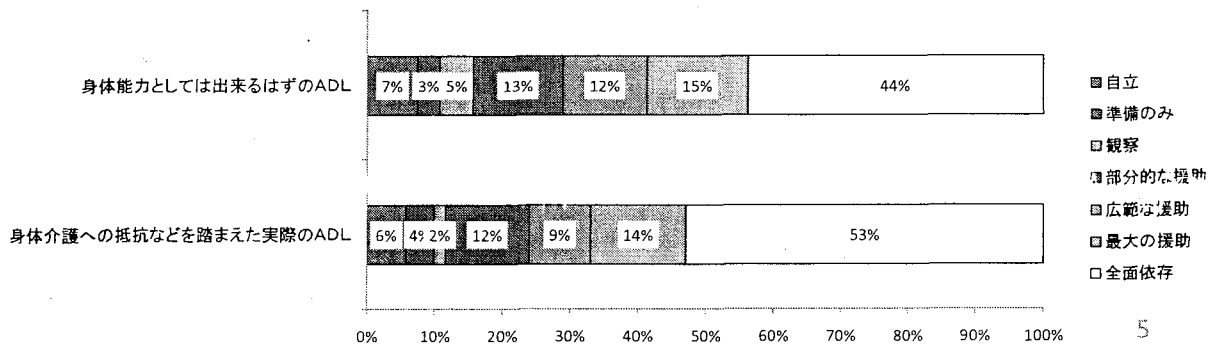
181日～365日

(N=95)



366日～3年

(N=121)

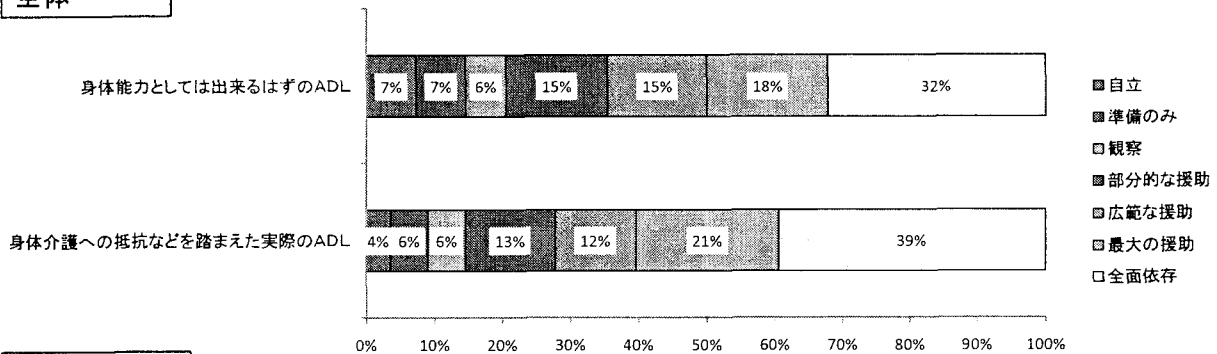


5

f 衣服の着脱

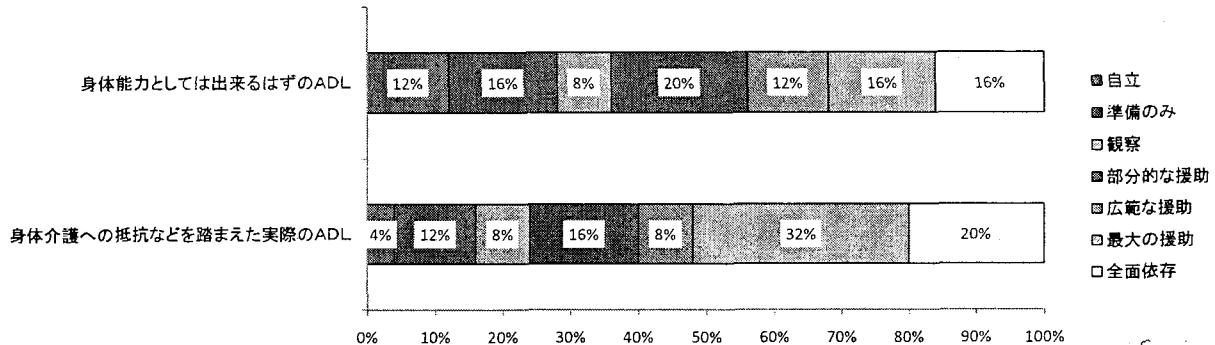
全体

(N=454)



1日～30日

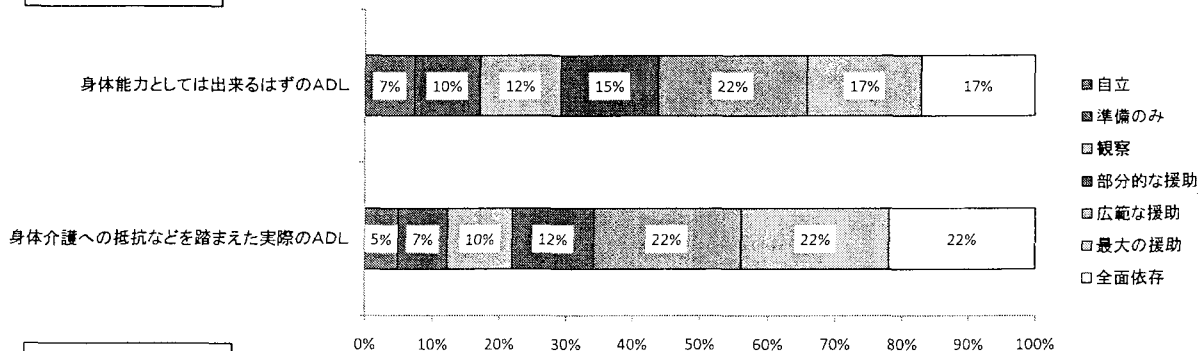
(N=25)



6

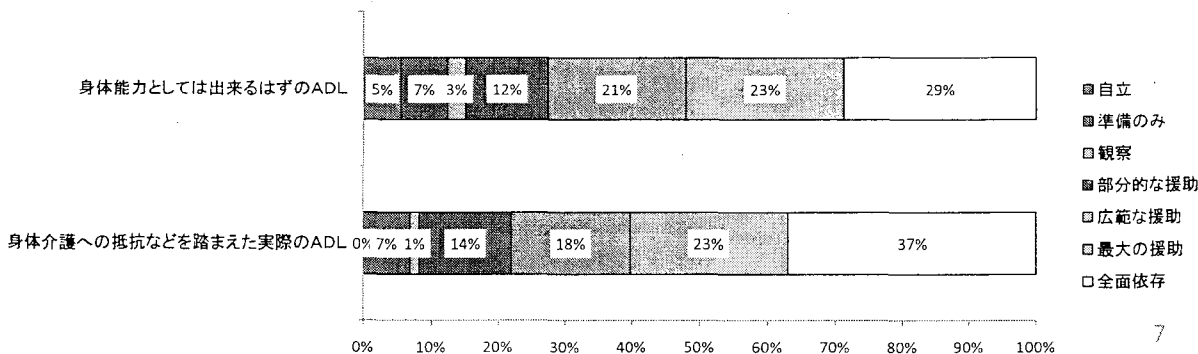
31日～90日

(N=41)



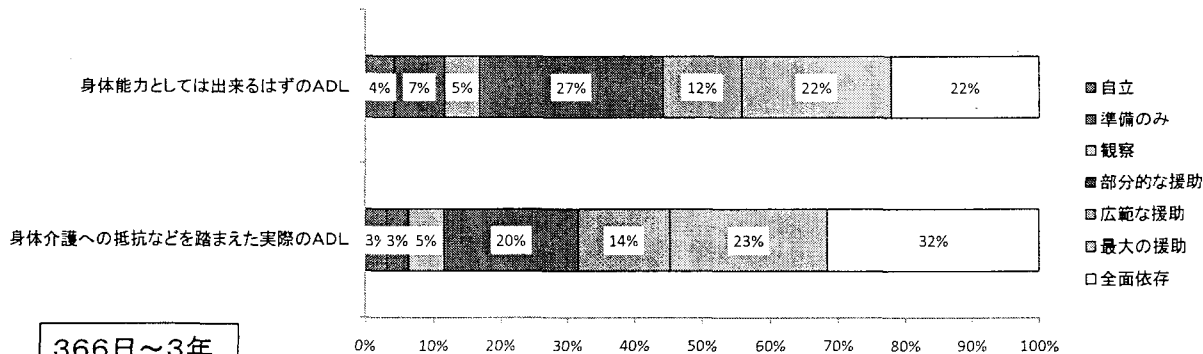
91日～180日

(N=73)



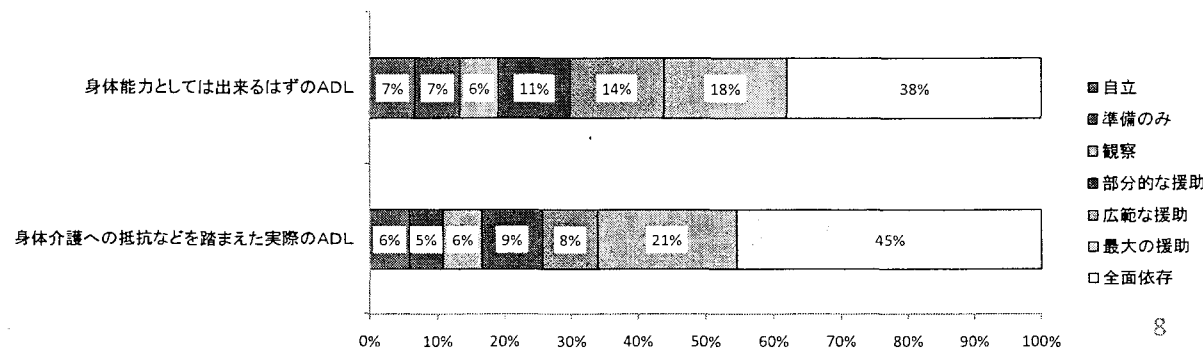
181日～365日

(N=95)



366日～3年

(N=121)



7

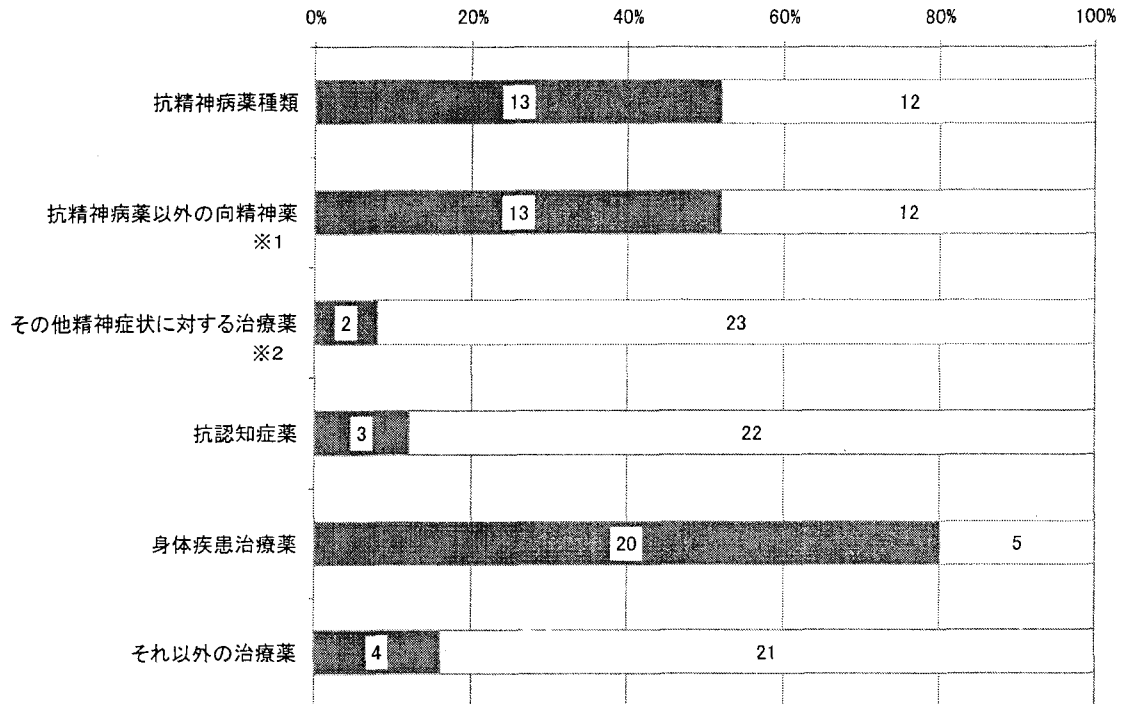
8

平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

1日~30日

■有り □無し

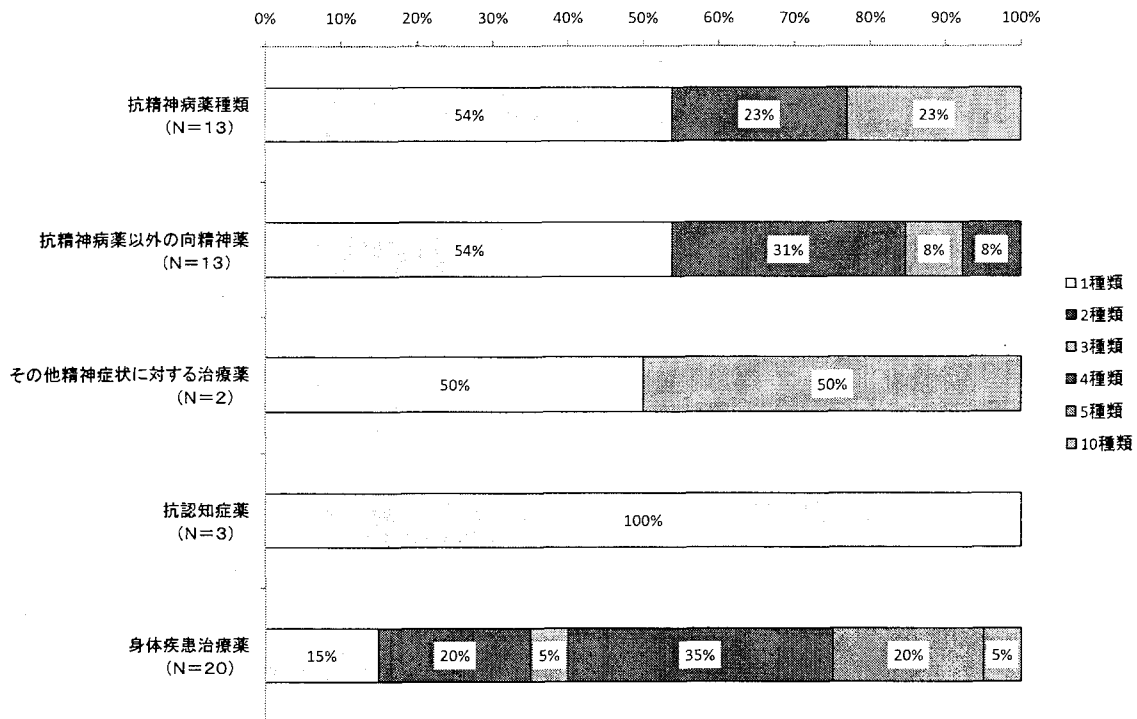
(N=25)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

1日~30日

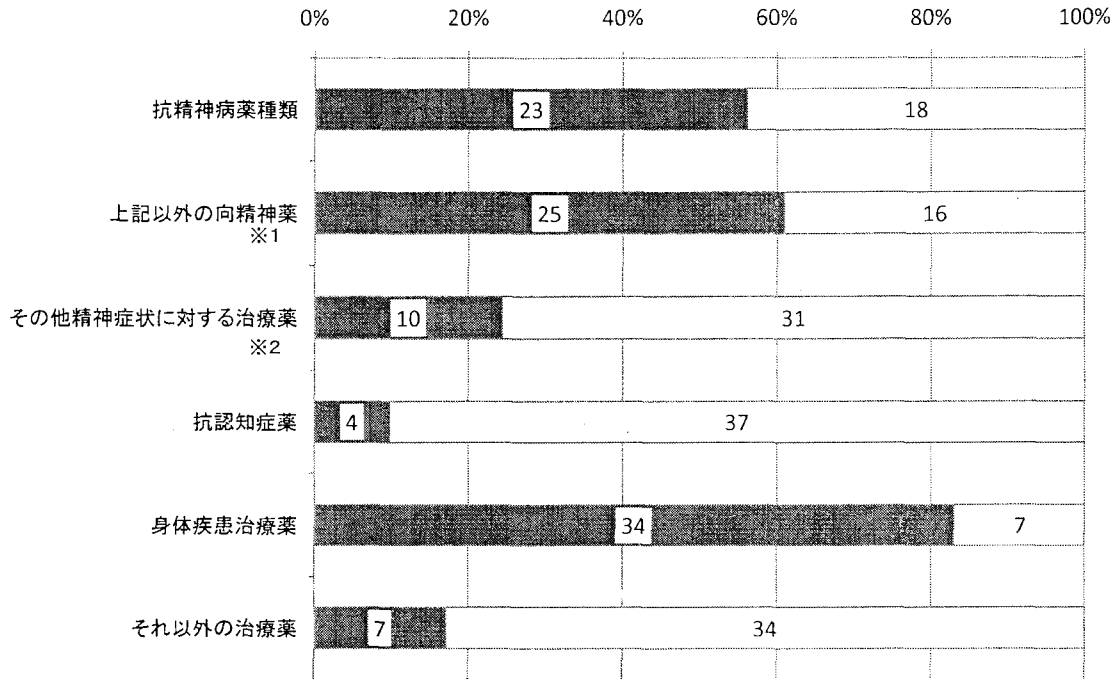


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

31日~90日

■ 有り □ 無し

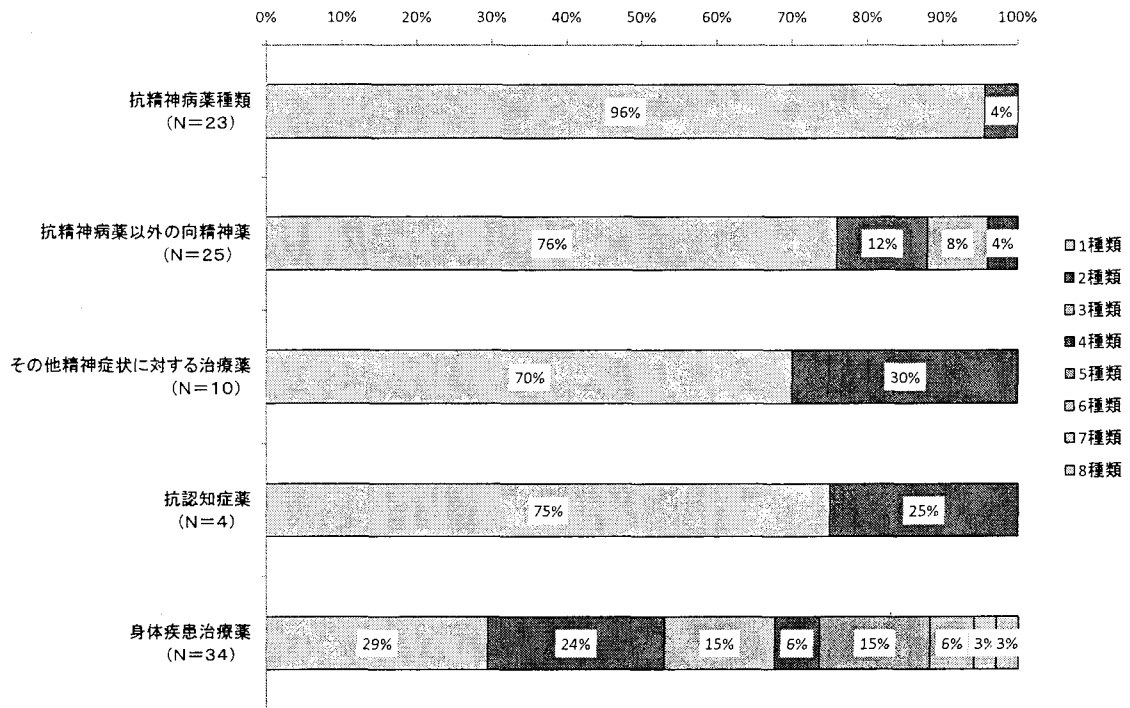
(N=41)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

31日~90日

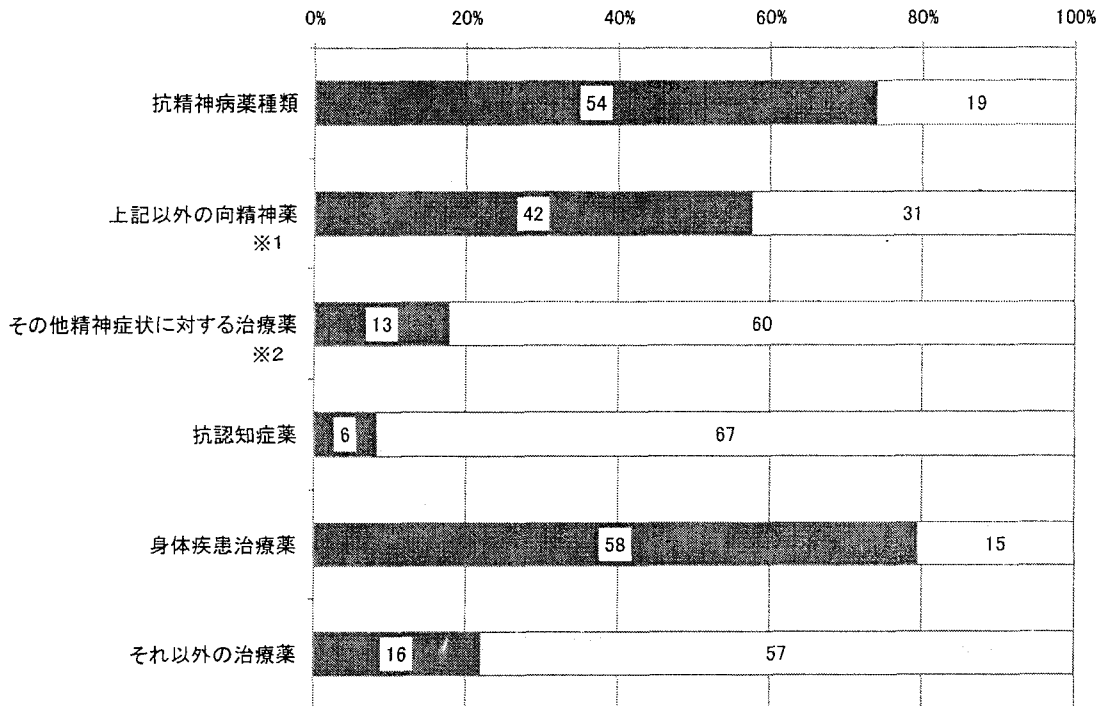


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

91日~180日

■有り □無し

(N=73)

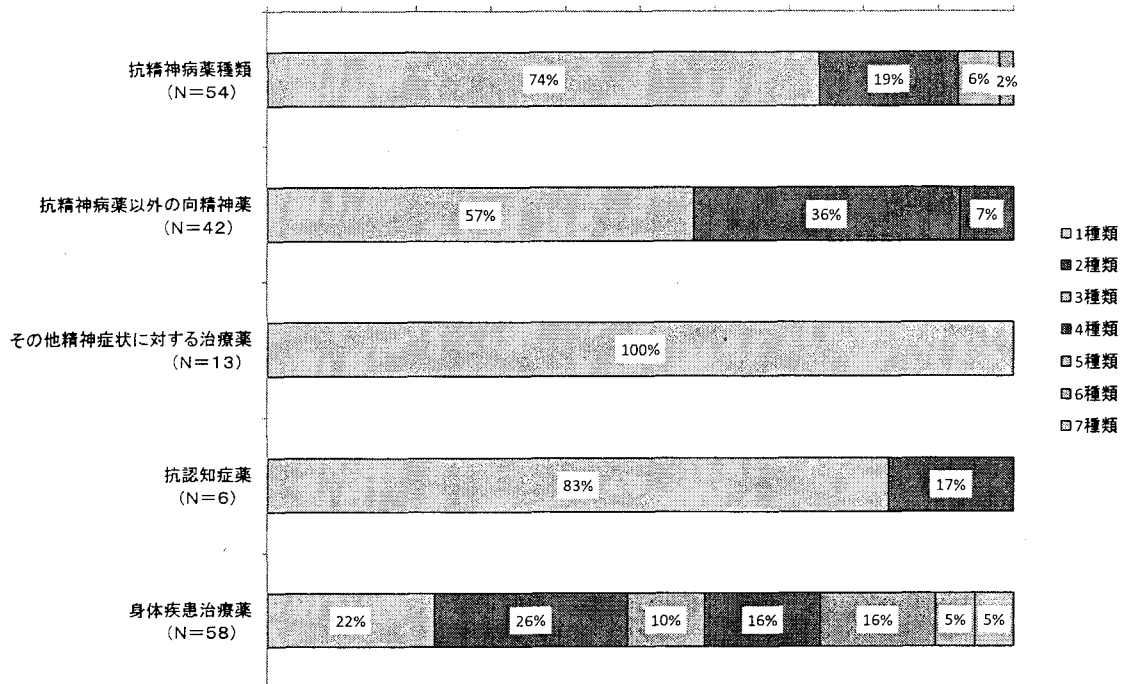


※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

91日~180日

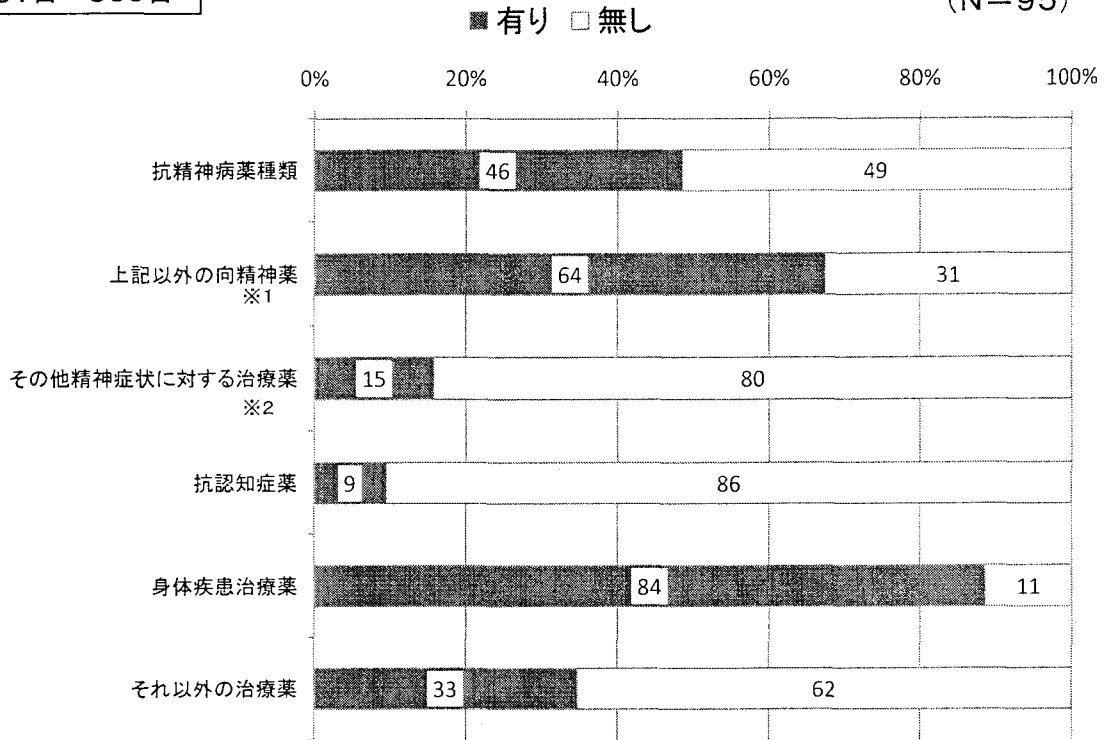
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

181日～365日

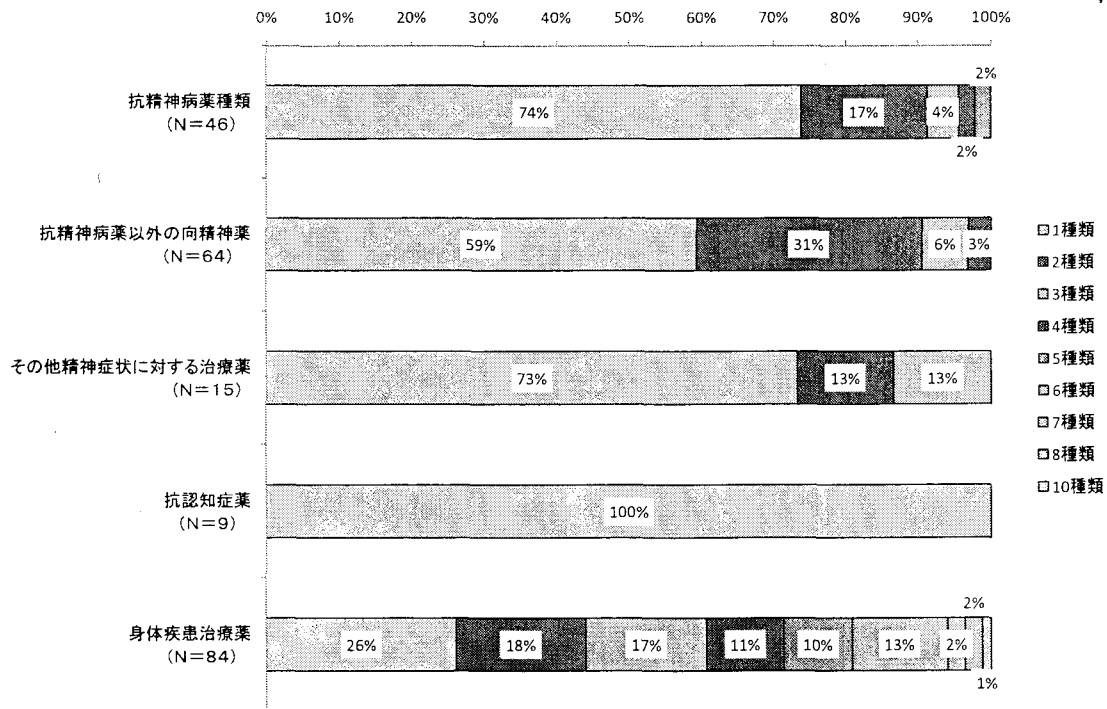
(N=95)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

181日～365日

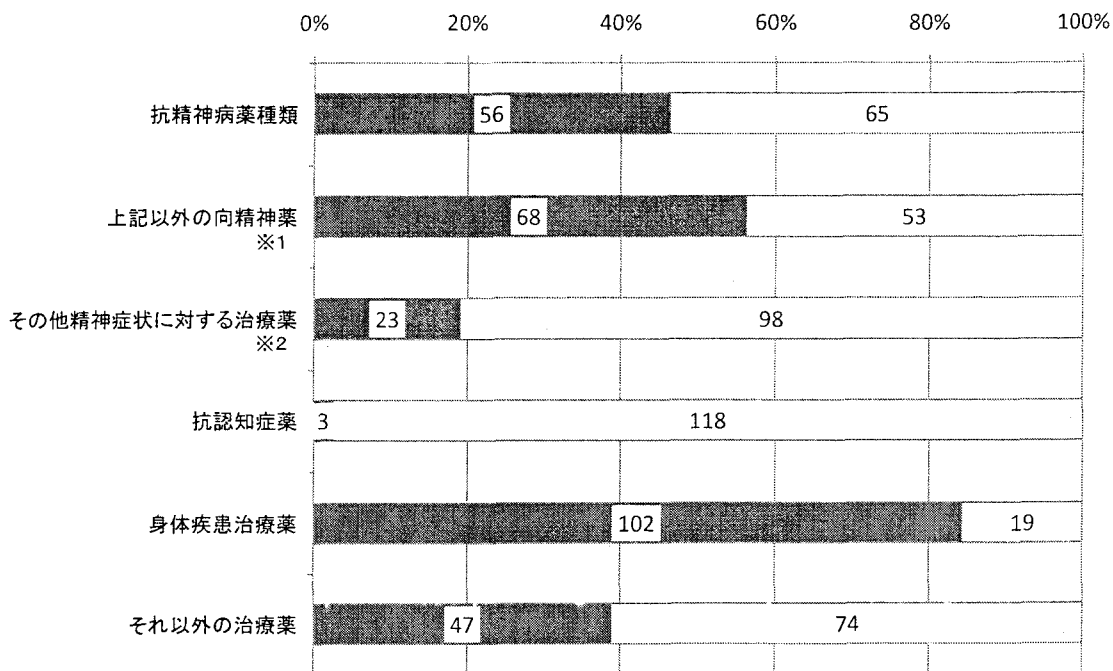


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

366日～3年

■ 有り □ 無し

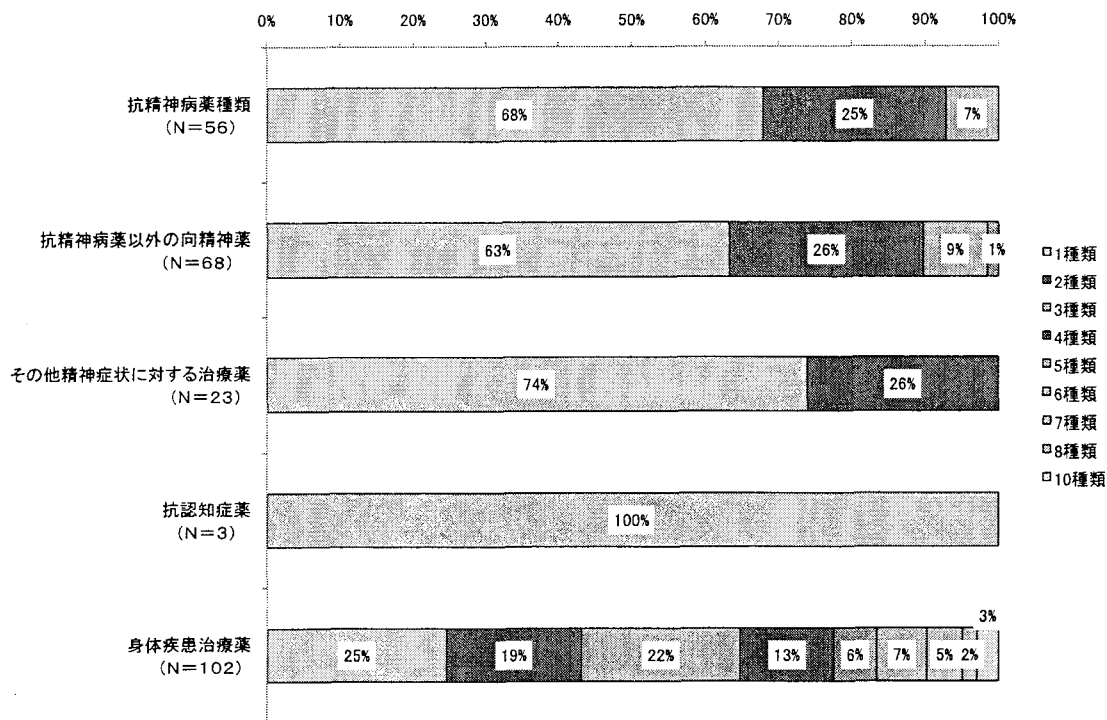
(N=121)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

366日～3年

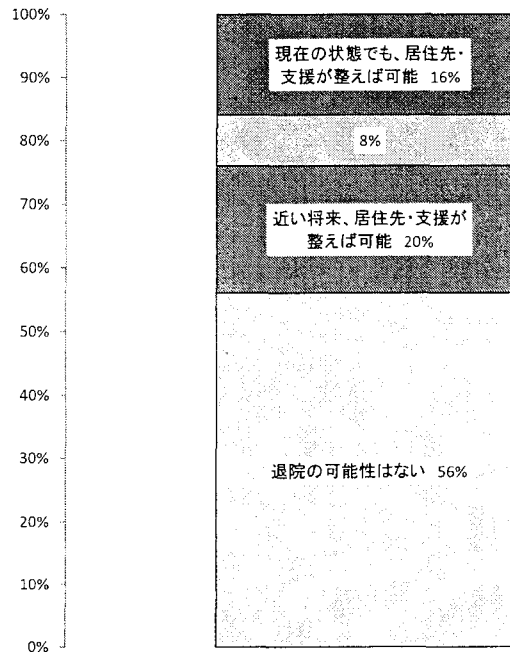


在院日数別 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

1日～30日

(N=25)

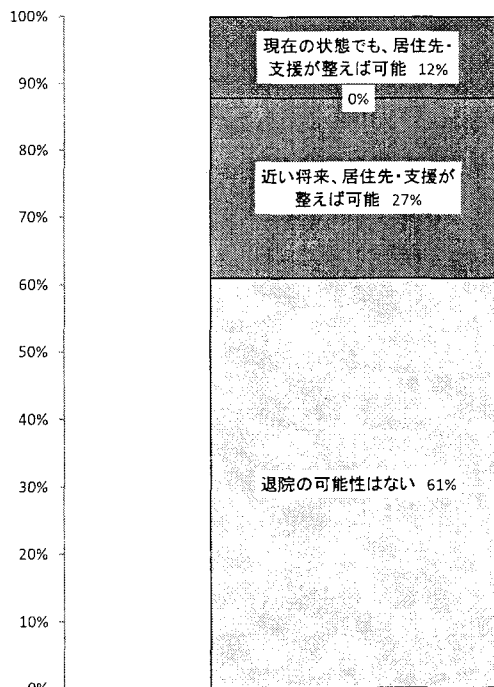
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



31日～90日

(N=41)

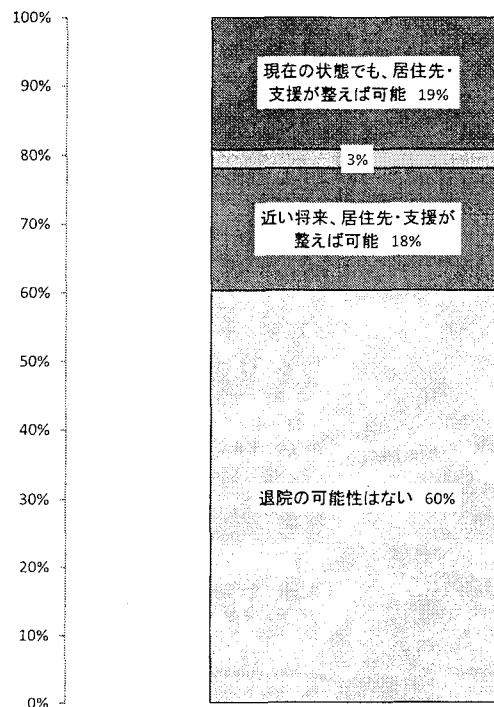
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



91日～180日

(N=73)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

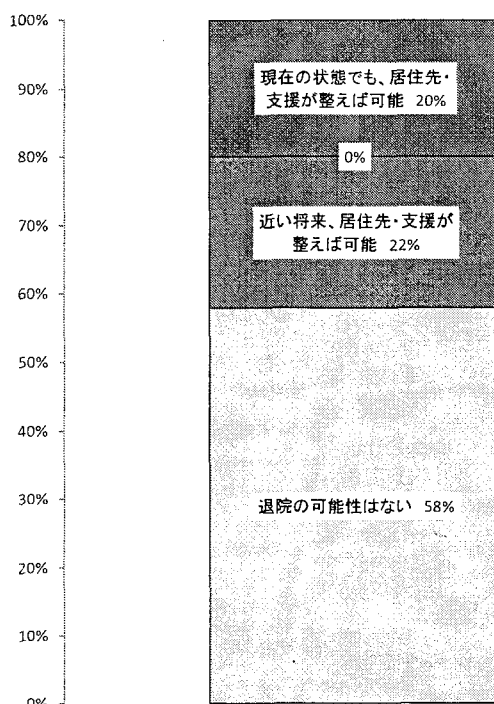


21

181日～365日

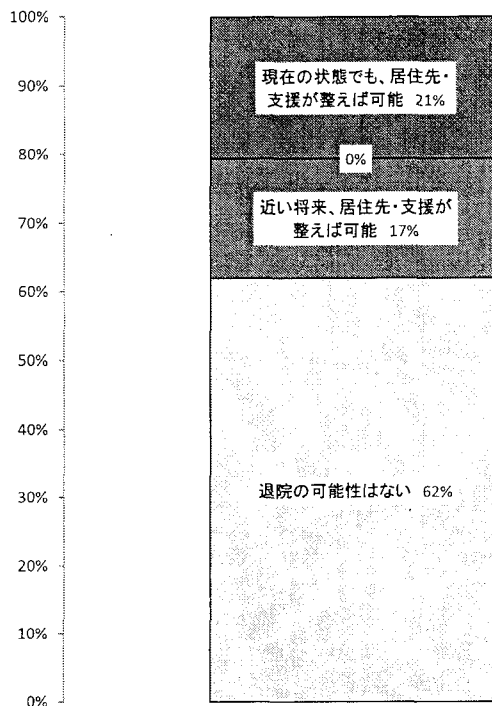
(N=95)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



22

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



問25 適切と考えられる「生活・療養の場」と問26 退院後に必要な支援のクロス集計

(N=5)

1. 「家族等と同居」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
自宅を訪問して行われる支援	4人	80%
短期入所をして行われる支援	1人	20%

2番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	3人	60%
精神科の定期的な通院	2人	40%

3番目に必要な支援		
訪問看護	3人	60%
精神科の定期的な通院	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

4番目に必要な支援		
民生委員、近隣の見守り等	2人	40%
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
行政機関による訪問指導	1人	20%

3. 「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」を選択した人の必要な支援

(N=21)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	8人	38%
精神科の定期的な通院	6人	29%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	5%
短期入所をして行われる支援	1人	5%

2番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	6人	29%
短期入所をして行われる支援	5人	24%
重度認知症デイケア	4人	19%
自宅を訪問して行われる支援	2人	10%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	29%
経済的支援	6人	29%
短期入所をして行われる支援	1人	5%
精神科の定期的な通院	1人	5%
身体的リハビリテーション	1人	5%
精神後見制度等の活用	1人	5%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	10人	48%
成年後見制度等の活用	9人	43%
身体的リハビリテーション	7人	33%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	29%
重度認知症デイケア	6人	29%
経済的支援	5人	24%
精神科の定期的な通院	4人	19%

25

4. 「特養」を選択した人の必要な支援

(N=109)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	32人	29%
精神科の定期的な通院	16人	15%
自宅を訪問して行われる支援	3人	3%
精神科以外の定期的な通院	3人	3%

2番目に必要な支援		
短期入所をして行われる支援	26人	24%
身体的リハビリテーション	22人	20%
訪問診療	18人	17%
精神科の定期的な通院	10人	9%
経済的支援	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	5人	5%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	21人	19%
訪問診療	18人	17%
経済的支援	11人	10%
精神科の定期的な通院	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	6人	6%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	10人	9%
成年後見制度等の活用	9人	8%
身体的リハビリテーション	7人	6%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	6%
重度認知症デイケア	6人	6%
経済的支援	5人	5%
精神科の定期的な通院	4人	4%

26

(N=79)

5. 「老健」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	37人	47%
小規模多機能型居宅介護	20人	25%
自宅を訪問して行われる支援	6人	8%

2番目に必要な支援		
経済的支援	18人	23%
短期入所して行われる支援	14人	18%
身体的リハビリテーション	13人	16%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

3番目に必要な支援		
経済的支援	14人	18%
自宅以外の場所に通って行われる支援	12人	15%
精神科の定期的な通院	7人	9%
訪問診療	5人	6%
年金受給申請	5人	6%

4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	9人	11%
精神科以外の定期的な通院	6人	8%
身体的リハビリテーション	5人	6%
自宅を訪問して行われる支援	3人	4%
精神科の定期的な通院	3人	4%

27

(N=5)

6. 「その他の介護施設」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	3人	60%
小規模多機能型居宅介護	2人	40%

2番目に必要な支援		
訪問看護	2人	40%
短期入所して行われる支援	2人	40%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	20%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	2人	40%
重度認知症デイケア	2人	40%
身体的リハビリテーション	1人	20%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

28

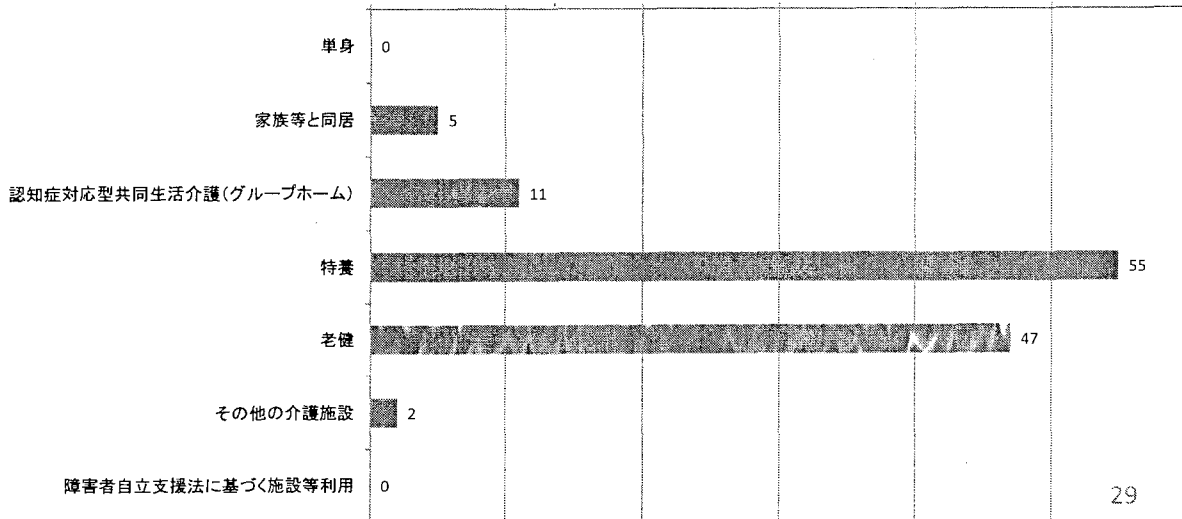
介助者有無と、適切と考えられる「生活・療養の場」のクロス集計

介助者有り

(N=87) 複数回答可

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	5	6%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	11	13%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	55	63%
介護老人保健施設(老健)	47	54%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	2	2%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	0	0%

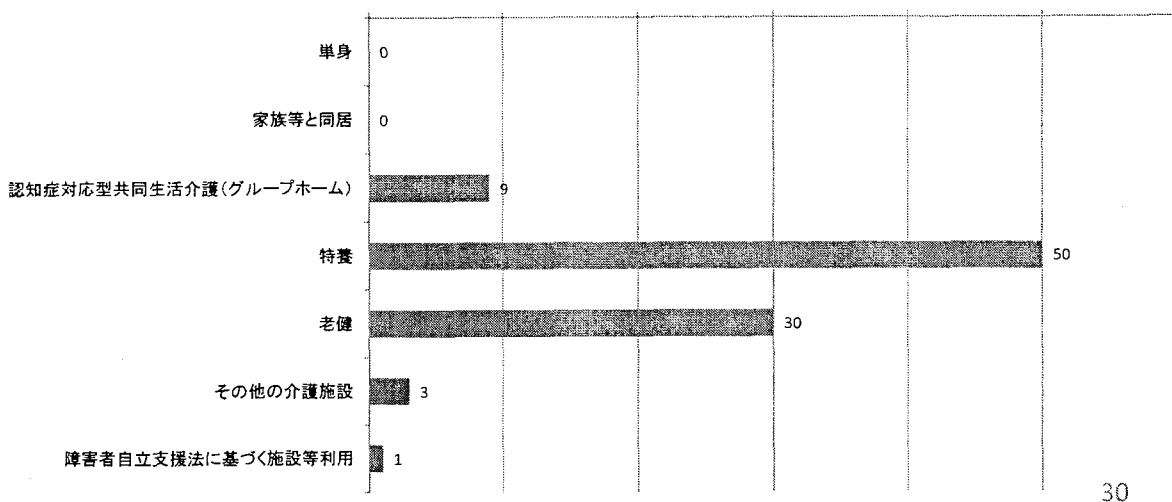


介助者無し

(N=80) 複数回答可

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	0	0%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	9	11%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	50	63%
介護老人保健施設(老健)	30	38%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	3	4%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	1	1%



問21(介助者の有無)と問26(退院後に必要な支援)のクロス集計

介助者有り

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

(N=82)

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	27人	33%
小規模多機能型居宅介護	26人	32%
自宅を訪問して行われる支援	4人	5%

2番目に必要な支援		
短期入所をして行われる支援	19人	23%
身体的リハビリテーション	18人	22%
経済的支援	15人	18%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	16人	20%
訪問診療	11人	13%
経済的支援	9人	11%
短期入所をして行われる支援	4人	5%
精神科の定期的な通院	4人	5%
年金受給申	4人	5%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	9人	11%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%
身体的リハビリテーション	5人	6%

31

介助者無し

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

(N=78)

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	25人	32%
小規模多機能型居宅介護	12人	15%
自宅を訪問して行われる支援	7人	9%

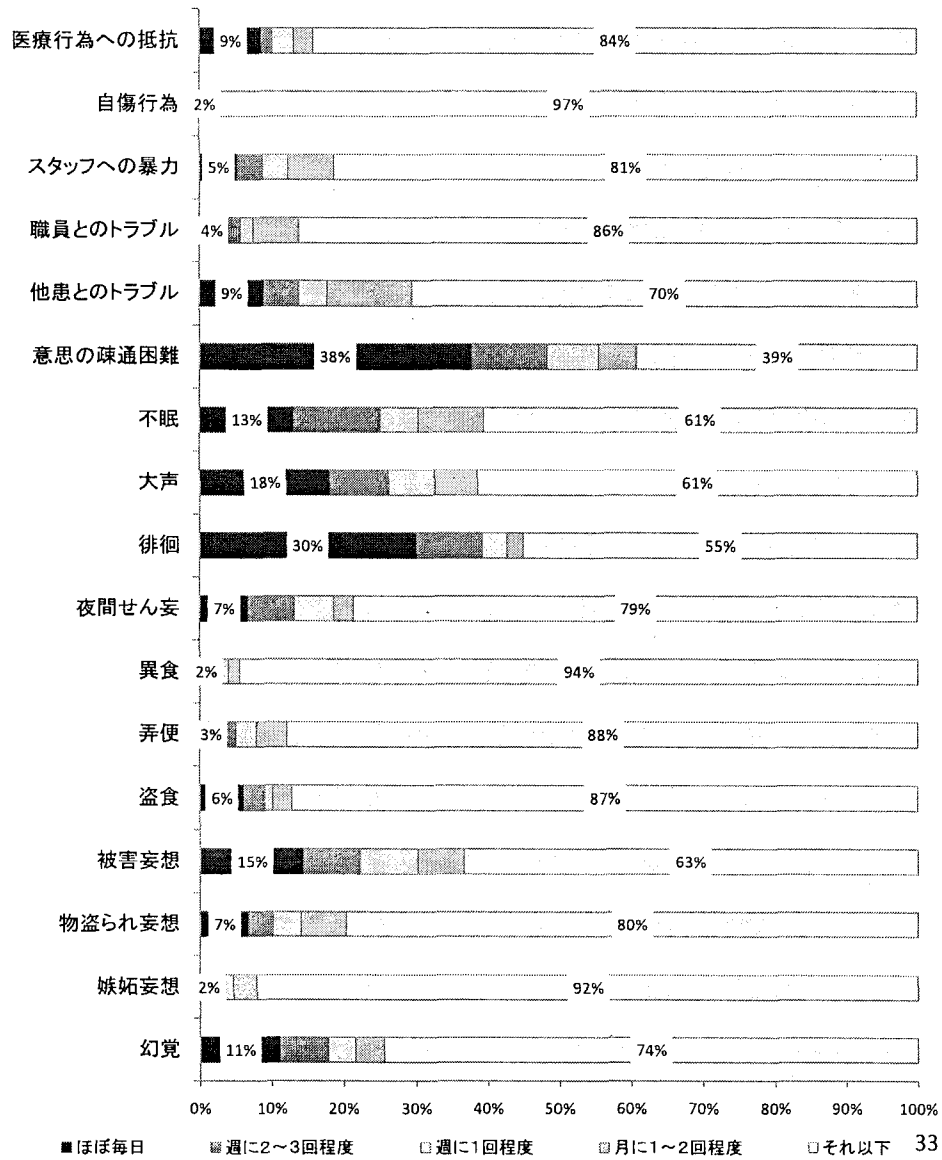
2番目に必要な支援		
訪問診療	16人	21%
身体的リハビリテーション	15人	19%
経済的支援	8人	10%
自宅以外の場所に通って行われる支援	7人	9%
短期入所をして行われる支援	7人	9%
精神科の定期的な通院	5人	6%

3番目に必要な支援		
訪問診療	11人	14%
精神科の定期的な通院	7人	9%
経済的支援	7人	9%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

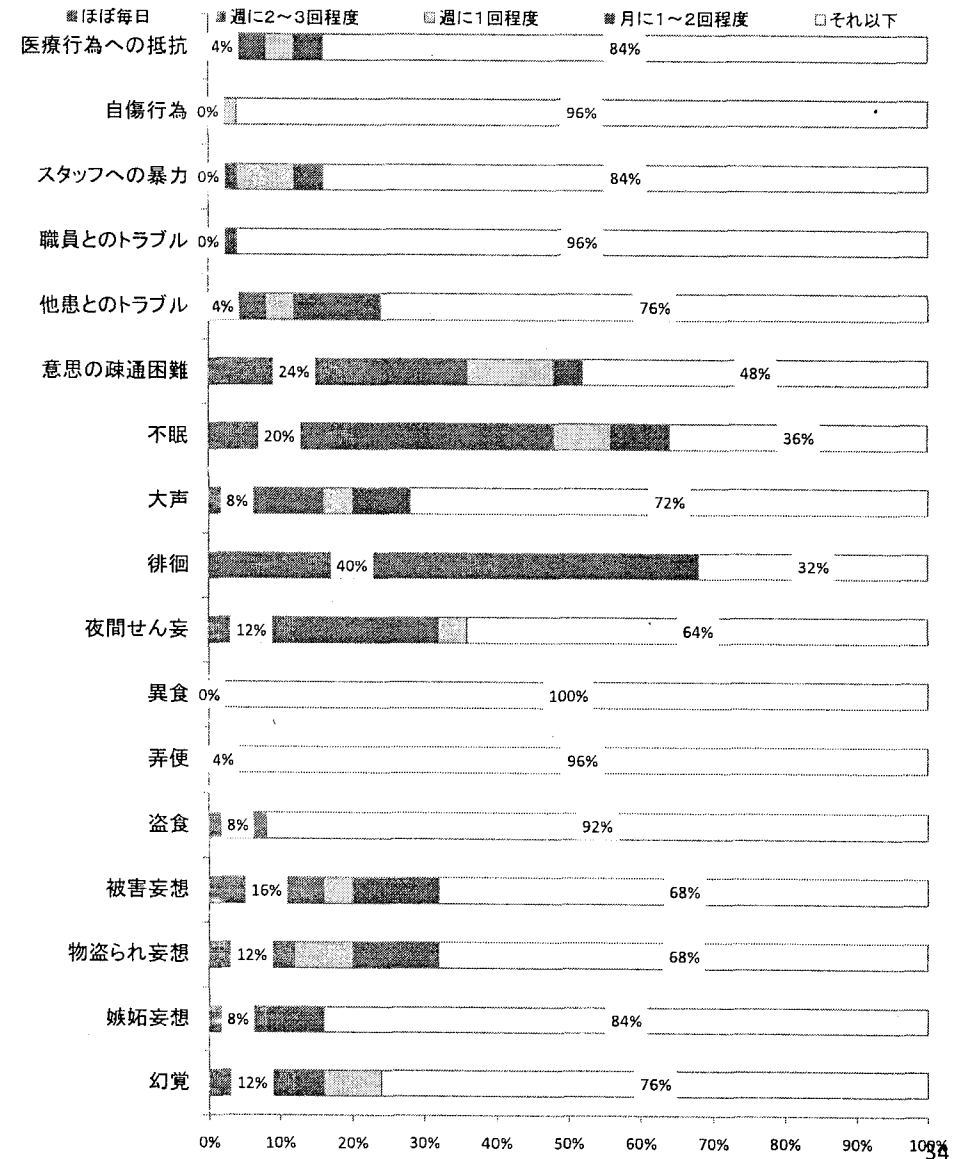
4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	8人	10%
成年後見制度等の活用	8人	10%
身体的リハビリテーション	4人	5%

32

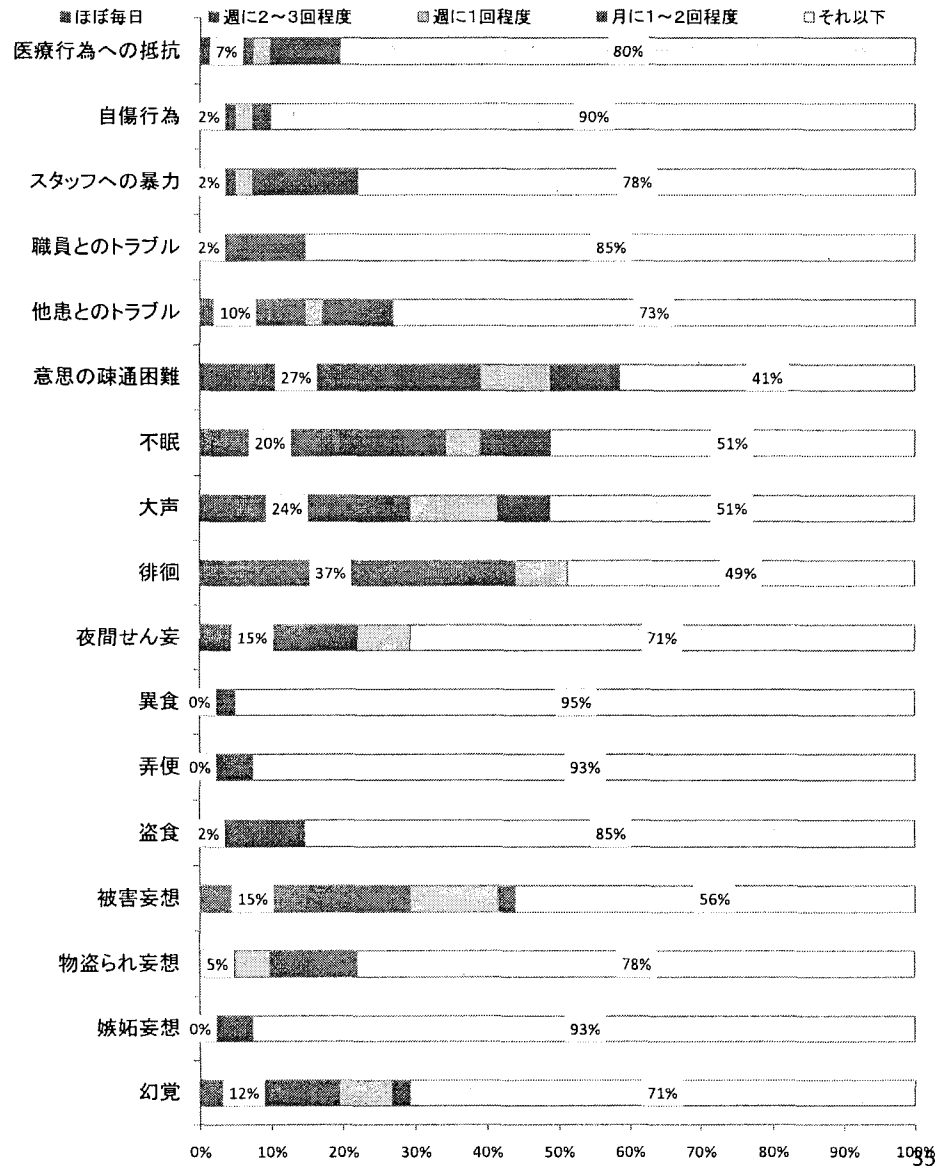
問8 調査時点から過去1カ月間の精神症状・異常行動の発生頻度
全体 (N=454)



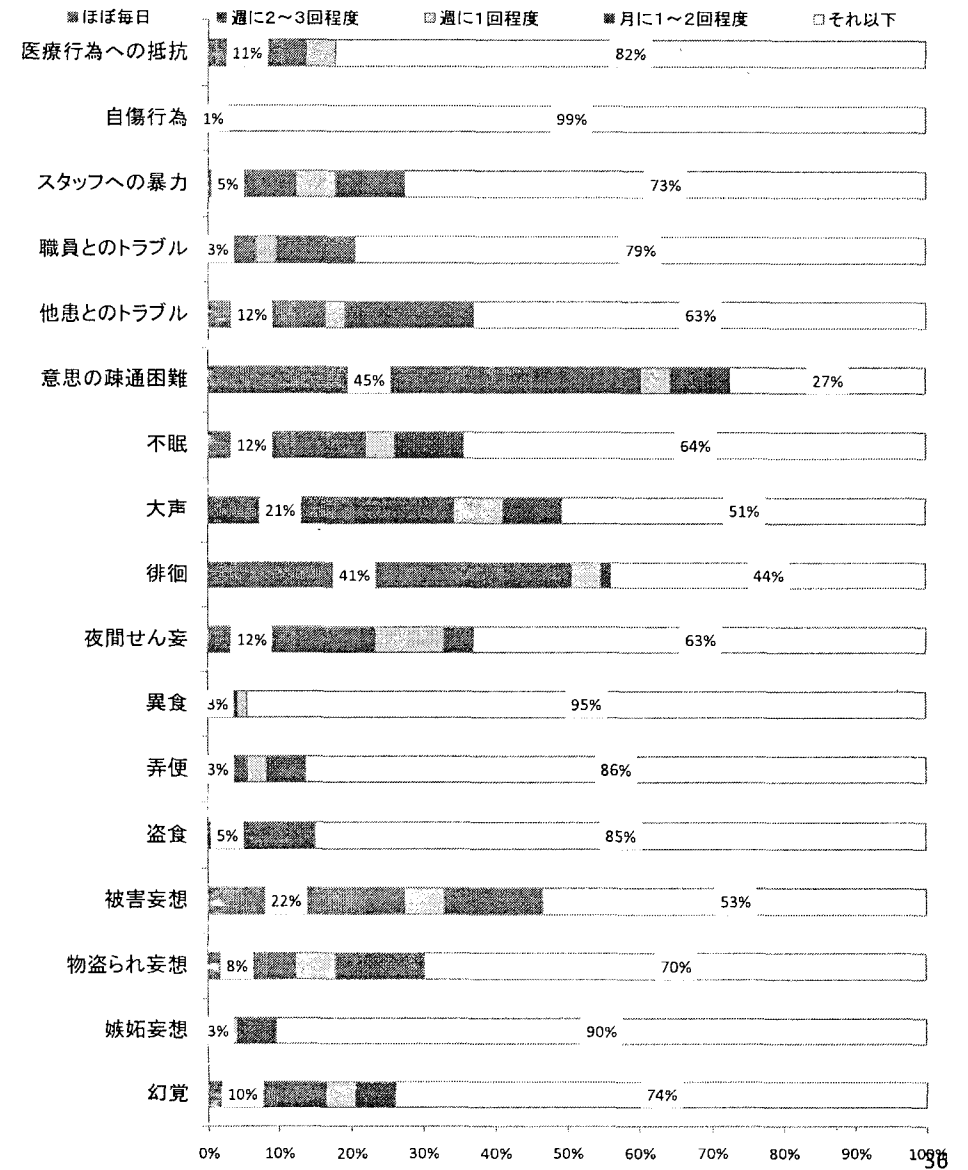
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(1)
(在院日数 1日~30日 N=25)



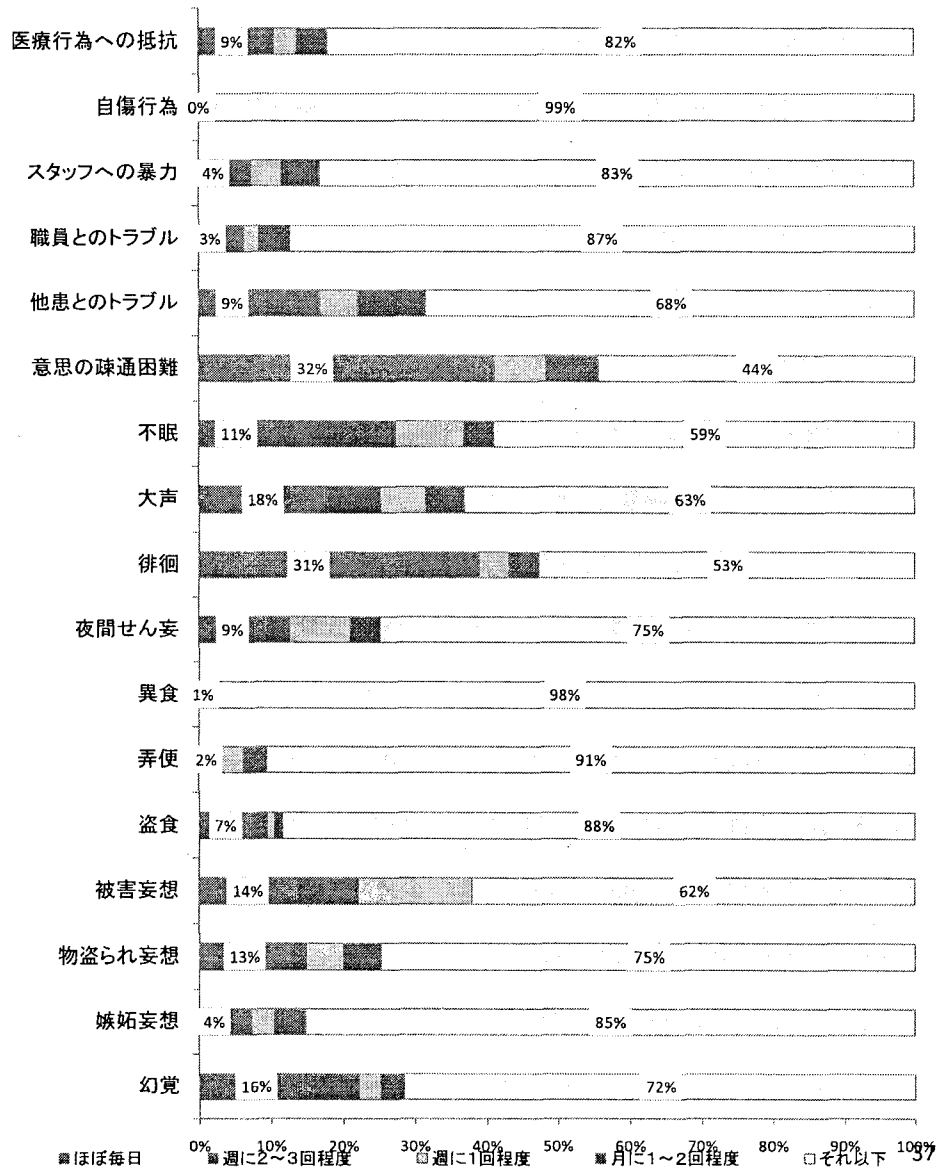
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(2)
(在院日数 31日~90日 N=41)



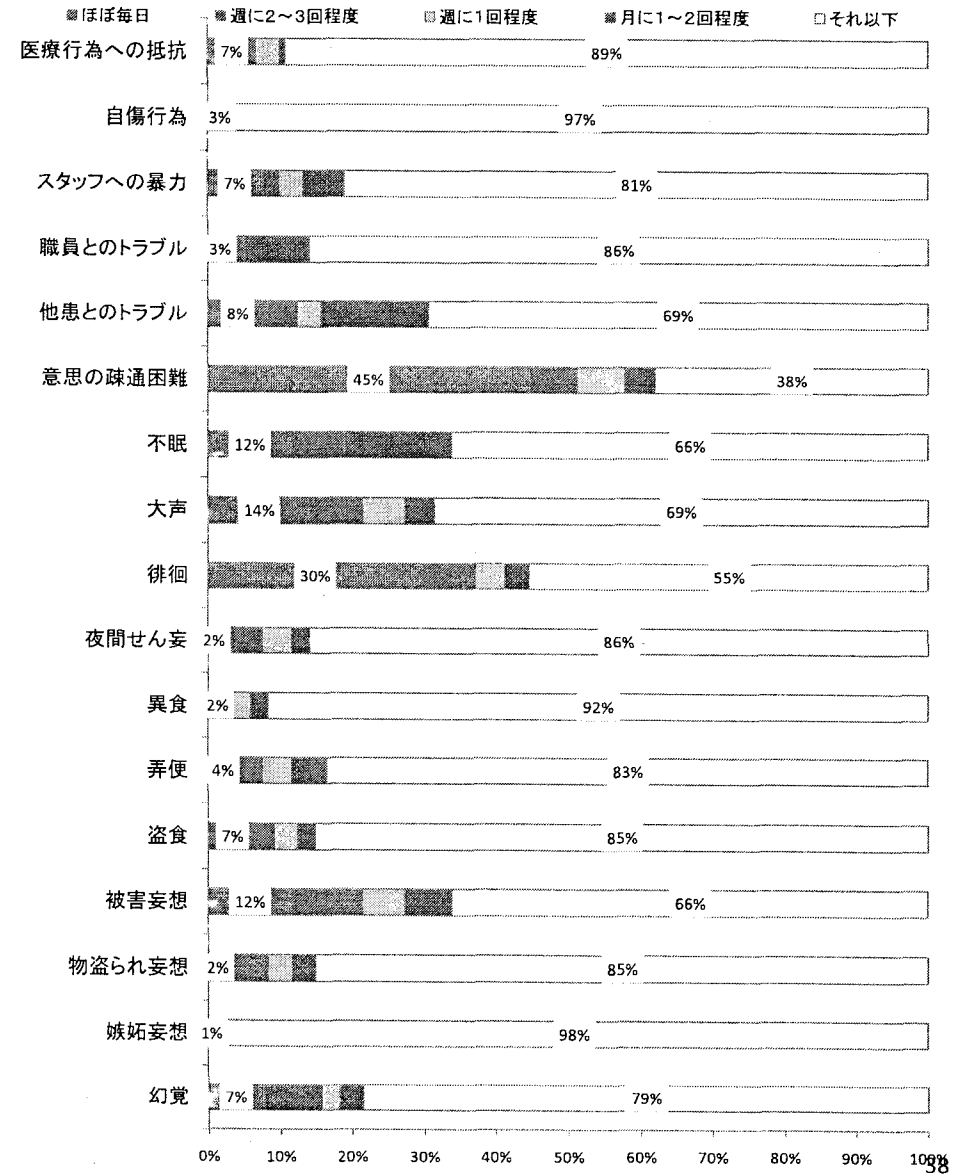
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(3)
(在院日数 91日~180日 N=73)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(4)
(在院日数 181日~365日 N=95)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(5)
(在院日数 366日~3年 N=121)



認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)

基本的な考え方

認知症患者に対する精神科医療の役割については、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていきけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状(BPSD)や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しないと判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑥ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

第12回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	
平成22年11月18日	資料 2-2

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

第2R：認知症と精神科医療

中間とりまとめ

骨子（案）

平成22年〇月〇日

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方々をどのように支援していくかは、大変大きな課題である。

認知症で医療機関を受療している患者数は、平成8年の11万人から、平成20年には38万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。これに伴い、精神病床において認知症のために入院している患者数も、平成8年の2.8万人から、平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。

また、認知症による精神病床入院患者の退院可能性については、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない」が約4割、「居住先・支援が整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果もあり、認知症患者が退院し、地域生活を継続できるような社会資源・環境整備の必要性が指摘されている。

統合失調症のために入院している患者は、平成8年の21.5万人から平成20年の18.5万人へと減少（いずれも患者調査）している中で、場合によっては、認知症患者について、いわゆる「社会的入院」の問題が再び繰り返される可能性があり、そのようなことのないようにしなければならない、という指摘がなされている。

一方で、家族がぎりぎりまで介護をした結果の入院であり、退院後に自宅に戻ることが容易ではない場合も多いこと、退院患者を受け入れる介護資源が限られていること、必ずしも地域において精神科医療と介護の間の連携が十分に取られてはいない状況もあること、精神科医療が入院中心でありアウトリーチ（訪問支援）機能や外来機能など地域生活を支える機能がまだ十分ではないことなどから、認知症患者が退院して、または、できる限り入院をせずに地域で生活を継続していくことには、多くの解決しなければならない課題があることも事実である。

こうした状況認識の下、今後の高齢化に伴い認知症の方々が増加していく中で、認知症に対する精神科医療の果たす役割を整理し、認知症の方々が、できる限り地域の生活の場で暮らしていけるようにすることが必要であり、「社会的入院」を生み出さないことにつながると考えられる。

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（主担当：厚生労働大臣政務官）においては、本年5月に設置後、6月にかけて、第1ラウンドの議論として、アウトリーチ（訪問支援）の充実について議論を行い、第4回会合（6月17日）において、「アウトリーチ支援実現に向けた考え方」をとりまとめた。

本検討チームでは、上記のような必要性と、第1ラウンドの議論の際、認知症に関しての指摘が多数されたことから、第2ラウンドの議論として、認知症と精神科医療について検討を行うこととしたものである。

本年9月2日以降、医療提供者、介護事業者、患者及び家族、行政といった様々な視点から、これまで8回にわたる議論を重ねてきた。

議論においては、認知症の方に対しては、ご本人の尊厳に配慮したケアの重要性への指摘や、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等の理由によって、ご本人の意思に反して、地域での生活を断念しなければならない状況を作り出してはならないといった指摘がなされるなど、様々な意見が出されたが、いずれも共通しているのは、認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることが重要であるとの考えであった。

また、既存の調査では明確になっていなかった認知症による入院患者の状態像と退院可能性について、先行調査（精神病床の利用状況に関する調査（平成19年度厚生労働科学研究「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究）を踏まえた追加調査を行った。

それらを踏まえ、認知症患者への精神科医療の役割や、現在入院している認知症患者への対応、及び今後入院医療を要さない患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組に関して、今後の基本的な方向性について、以下のようにとりまとめを行った。

なお、今回の基本的な方向性のとりまとめを踏まえ、さらに詳細に検討すべき点については、改めて本検討チームで検討を行うこととしており、その意味では、今回のとりまとめは、中間的なとりまとめという位置づけとなる。

I 追加調査結果の概要

(1) 調査の概要

調査対象は、地域性を考慮しつつ協力の得られた計9病院（10病棟）から、454人について回答を得られた。調査は、アンケート方式により、平成22年9月15日現在を調査日として行った。

(2) 患者の属性

454人のうち、アルツハイマー型認知症が約6割、脳血管性認知症が約3割であった。平均年齢は78歳、平均在院日数は944日（中央値336日）であった。要介護度は、申請なしを除くと、要介護3～5が約7割、認知症高齢者の日常生活自立度は、M型34%、IV型32%であった。

(3) 結果の概要

①精神症状・異常行動の発生頻度と精神科医療の状況

- 99%の患者に、過去1カ月間に何らかの精神症状・異常行動があるが、その発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%である一方、「月1～2回程度よりも少ない（月1回未満）」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%であり、BPSD症状の激しい患者は半数以下である。
- 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、その他の向精神薬56%、抗認知症薬7%であり、精神症状に対する薬物療法を行う患者は半数以上いる。一方、使用されている薬物の種類数をみると、抗精神病薬については、「1種類」70%、「2種類」22%、抗精神病薬以外の向精神薬については、「1種類」58%、「2種類」32%であり、いずれも、2種類以下が約9割である。
- 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%である。

②身体合併症とその医療の状況

- 約9割の患者が、何らかの身体合併症を有しており、そのうち「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は61%である。
- 調査日における身体的管理の割合では、「行っていない」45%、「身体疾患に対する薬物療法」44%が高く、次いで「胃瘻・経管栄養管理」5.7%、「頻回の血糖検査」3.7%、「喀痰吸引」3.5%であった。
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%であり、うち8割が内科、2割が皮膚科であった。

③精神症状等による抵抗を踏まえたケアの状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護などの抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加しており、精神症状等による抵抗が、介護ケアを一層困難にしている状況が明らかとなった。
- 入院の理由については、「精神症状・異常行動が著明となり、在宅医療又は介護施設等での対応が困難となったため」との回答が約7割で最も多く、認知症患者については、身体合併症を有する患者が多いことから、精神症状等による抵抗によって、服薬

や身体的管理などの医療ケアの継続も困難になっている状況がうかがわれる。

④必要となる居住先・支援について

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性について、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」又は「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は37%であり、先行調査よりも低い結果であった。
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」17%との回答であった。また、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%であり、ADLやIADLに関する支援を受けられる患者は約2割にとどまっている。
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援については、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所をして行われる支援」2%があがっている。

⑤退院可能性の有無や在院期間とのクロス分析について

Ⅱ 基本的な考え方

認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状（BPSD）や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しないと判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするた

め、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。

- ⑥ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

Ⅲ 具体的な方向性（案）

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

（1） 地域での生活を支えるための精神科医療

- ① 専門医による早期の診断
- ② 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- ③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- ④ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）
- ⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）
- ⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

（2） 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

- ① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療
- ② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）
- ③ 認知症患者に必要な入院医療
- ④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

（3） 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

- ① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）
- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

（４） 地域全体の後方支援機能

- ① 地域住民や地域のお施設との連携強化
- ② 地域住民への啓発活動

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

（１） 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- ① 医療・介護双方の理解の向上
- ② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化
- ③ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）【再掲】

（２） 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- ① 居住系施設等やサービス支援の整備
- ② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R）

<構成員>

朝田 隆	筑波大学大学院人間総合科学研究科（臨床医学系）疾患制御医学専攻精神病態医学分野 教授
阿式 明美	特別養護老人ホーム長春苑 施設長
岡崎 祐士	東京都立松沢病院 院長
河岸 光子	
河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会 副会長（水間病院院長）
栗林 孝得	社会福祉法人雄勝福祉会平成園 施設長
柴田 範子	特定非営利活動法人 楽 理事長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハート in ハートなんぐん市場 理事
西田 淳志	財団法人東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所
野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会 会長
東 憲太郎	医療法人緑の風 理事長
広田 和子	精神医療サバイバー
淵野 勝弘	医療法人社団淵野会緑が丘保養園 院長
松浦美智代	医療法人財団青山会介護老人保健施設なのはな苑 看護部長
松本 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課 課長
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事（東香里病院理事長）
三根浩一郎	医療法人幸明会新船小屋病院 院長

<検討経緯>

第5回（平成22年9月2日）

議題 認知症と精神科医療の現状について

第6回（平成22年9月13日）、第7回（平成22年9月16日）

議題 構成員からのヒアリング

第8回（平成22年9月30日）

議題 構成員及び有識者からのヒアリング

有識者 上野秀樹氏（海上寮療養所）

第9回（平成22年10月14日）、第10回（平成22年10月21日）

議題 検討すべき論点について

第11回（平成22年11月4日）、第12回（平成22年11月18日）

議題 認知症と精神科医療について

第13回（平成22年12月〇日）

議題 中間とりまとめ（案）について

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R） 論点（案）への意見

これまでの構成員の意見を踏まえ、認知症患者に対する精神科医療のあるべき姿と役割に関して、現時点で考えられる論点を以下にまとめた。

（各論点の下に、第9回（10月14日）、第10回（10月21日）及び第11回（11月4日）の検討チームで出された意見を追記。）

論点Ⅰ 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化（案）

1 地域での生活を支えるための精神科医療

入院を前提として考えるのではなく、できるだけ地域で暮らしていけるよう支援するため、以下のような役割を担っていくべきではないか。

- ・全体の構成、考え方としては理解するが、「できるだけ」ではなく「原則」とすべき（岡崎構成員）
- ・まず患者本人や家族が人として地域で生活できることが重要であり、報酬や制度はその次に議論すべき課題（柴田構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）
- ・どのようなケアがなされていけば入院を防ぐことができるのかということを作り上げていくことが重要（河崎構成員）
- ・入院している人自身の思いに基づいて考えていく必要があるのではないかと（野村構成員）
- ・認知症の方ご本人の思いをくみ取っていく努力をする必要がある（野澤構成員）
- ・認知症の方でも、先輩として敬い、人間として尊敬する視点で取り組んだ方が良い（広田構成員）

① 専門医による早期の診断

周辺症状が出てから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、精神科等の専門医を受診して、正確な診断を行うことができるようにすべきではないか。

- ・診断・治療のためには、患者の生活の背景も聞き出す必要がある（柴田構成員）
- ・認知症疾患医療センターについては150か所を目標にしているが、それで十分なのか、検討が必要（河崎構成員）
- ・専門医は、認知症のサポート医との連携や量的整備が必要（松浦構成員）
- ・物忘れ外来に来る目的は、診断、入院、治療があり、治療については、早期から作業療法士が関わるのが有効（阿式構成員）

- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）
- ・認知症サポート医による相談、専門医への紹介が重要であり、そのための活用が必要である（三上構成員）

② 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス

早期の正確な診断により判明した原因疾患や、認知症の経過や状態に応じた診断を適宜行うこと等により、予測される症状や経過を踏まえて、本人、家族、介護者等に適時適切な生活のアドバイスを与えることができるようにすべきではないか。

- ・家族が求めている支援は指導ではなく、話を聞いてくれることが重要。関係職種が一堂に会するケア会議を多く持てるような工夫が必要（河岸構成員）
- ・サポート医事業に精神科も協力していくべき（長野構成員）
- ・退院して主治医が変わると悪化することがある。継続して医療にかかれることが退院時には必要（広田構成員）

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

訪問診療、訪問看護、必要な時には24時間365日いつでも連絡可能な電話相談等を通じて、患者だけでなく家族や介護者に対する適時適切な支援を行う役割を担うべきではないか。

- ・24時間365日を医師だけでやるのは現実的ではなく、相談員やチームでの対応、相談事業を公的な制度で行うなどシステムが必要（三上構成員、長野構成員、河崎構成員、岡崎構成員）
- ・この点は極めて重要ですぐに駆けつけてくれるサービスが最優先で整備すべき（野澤構成員）
- ・電話相談だけでは顔がみえないので、訪問支援で顔の見える関係構築が重要（栗林構成員）
- ・医療の訪問看護はつかいにくい。夜間のサービスがあるとよい（三根構成員）

④ 施設等に入所する認知症患者への訪問支援（アウトリーチ）

施設等に入所する認知症患者への訪問診療を積極的に行うことにより、施設等において安心して認知症の人を受け止めることができるよう、支援すべきではないか。

- ・精神科医療が地域に出て行くことが当たり前になるのであれば、報酬の形で評価されることが必要（河崎構成員）
- ・対診のルールについて整理が必要（河崎構成員）
- ・アウトリーチは多職種チームで行うことが重要（岡崎構成員）

- ・患者の生活の場で治療するというスタイルは今後重要（野村構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】
- ・今の状態を的確に把握するには訪問看護は重要（三根構成員）
- ・アウトリーチするには人材が不足しているので精神科医療の底上げが必要（広田構成員）
- ・その人の日常生活は家に足を踏み入れない限り分からない。現在の介護サービスでもできている訳ではないが、家に出向いて夜の生活も含めて支える必要がある。医師や訪問看護師が地域に出ることが前提でなければ、家族が苦しむことになる（柴田構成員）
- ・介護の事業所ががんばればがんばるほど重度の人が集まってくる。現場の力をつけるために、精神科医療の先生方の協力を望む（柴田構成員）

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科病院のアウトリーチ等により、在宅等であっても精神症状へ対応できる体制構築を図るべきではないか。

- ・地域で見ていくためにはいざというときに受け入れ機能を有する精神病院が必要（朝田構成員）
- ・認知症だけでなく精神疾患も含めてソフト救急を位置付けてほしい（広田構成員）
- ・地域住民が見守り、声かけに参加するような取り組みが必要（広田構成員）

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養にスムーズに移行できるよう、必要な外来医療体制を提供する役割を担うべきではないか。

- ・重度認知症デイ・ケアの充実が必要（河崎構成員）

2 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

BPSDを合併する場合など、地域での対応が困難となった場合には、迅速かつ十分な精神科医療が提供できる体制の充実をはかるべきではないか。

① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療

認知症に合併する精神症状や異常行動（BPSD）に対して、患者の背景や生活状況なども考慮し、BPSDの要因が精神疾患等の精神科医療が必要なものであるかどうか判断した上で、必要最小限の適切な薬物治療を行える、認知症に習熟した精神科医を養成すべきではないか。

- ・適切な治療を検討するに当たっては、環境調整にまず努めるべき（岡崎構成員）
- ・中核症状のもたらす反応性の周辺症状と精神疾患等が背景にある周辺症状を鑑別できる医師が必要（岡崎構成員）
- ・入院当初から家族への説明は重要で、特に制度的支援の説明が必要（河岸構成員）
- ・必要最小限というキーワードは重要（広田構成員）
- ・治療を行えることと、養成とは異なるので項目を分けるべき（河崎構成員）

② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）

日頃から外来診療や地域の事業所と連携を保ち、認知症患者の情報交換を行っておくことで、周辺症状への対応が必要になった場合の円滑な受入れ（入院）が行えるようにするべきではないか。

- ・受入れ（入院）だけでなく出口も円滑になるようにすべき（長野構成員）
- ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない（河岸構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）【再掲】

③ 認知症患者に必要な入院医療

短期間で周辺症状を落ち着かせるような質の高い入院医療を提供できるようマンパワーの充実（特に夜間）をはかるべきではないか。

- 50-60ユニットくらいは必要
- ・症状の鑑別や病棟別の対応が重要。マンパワーの充実も必要だが、認知症をケアするためのハード面の基準を設けるべき（長野構成員）
 - ・入院医療は周辺症状への対応だけでなく、鑑別診断のための短期入院も考慮すべき（長野構成員）
 - ・地域で支える必要性はその通りだと思うが、患者にはいろいろな症状を示す方がいる。すべての方に地域生活を求められると、困るのは家族ではないか（三根構成員）
 - ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

重度の周辺症状を有する認知症患者の状態像の条件を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟の配置等を検討すべきではないか。加えて、重度の周辺症状を有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるよう、内科医の配置や地域の医療機関との連携確保等について検討すべきではないか。

- ・重症の入院患者の場合は終末期の役割も担っている（瀧野構成員）
- ・どうしてもBPSDが治まらない人もおり、そのような患者が時間をかけて病院にたまっていつているのは事実（朝田構成員）

3 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

認知症患者は高齢者が多く、ほとんどの患者が身体合併症を有しており、それへの対応力の向上について、検討してはどうか。

① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）

身体合併症については、急性期の合併症治療は、総合病院精神科など他の専門診療科とのリエゾンが可能な受入先が必要であり、基幹型認知症疾患医療センター運営事業等を活用して、急性期の身体合併症の受け入れができる体制を確保していくべきではないか。

② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

認知症については、慢性の身体合併症を有している場合が多いことから、慢性の身体合併症を持つ認知症患者であっても、入院治療が必要となるような認知症の周辺症状が発生した場合には、円滑に精神科病院への入院が可能となるよう、地域型認知症疾患医療センター運営事業等を活用し、体制を確保すべきではないか。

- ・慢性の身体合併症は7日間では対応できない（三上構成員）
- ・地域型認知症疾患医療センターの対象に慢性期の身体合併症も入れていくべき（三上構成員）

③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科と連携が容易な総合病院精神科を受け皿とするが、地域の医療資源を考慮し、必要に応じて、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携強化につながる取組の推進について、検討が必要ではないか。

- ・対診については診療報酬の整理や責任の所在の整理を行う必要がある（河崎構成員）
- ・対診のルールは複雑でわかりにくいため積極的に行えない（三上構成員）
- ・連携も重要だが総合病院の精神科を増やすべき（広田構成員）

4 地域全体の後方支援機能

認知症患者への総合的なケアの中に精神科医療があるということを鑑みると、認知症患者、在宅介護を行っている家族、認知症を受け入れている事業者、行政機関等との連携を強化していくべきではないか。

・地域における認知症への全体の関わりの中に精神医療の役割もあることを認識していただきたい（長野構成員）

① 地域住民や地域の他施設との連携強化

地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の事業者等との会合や情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化や、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成（論点Ⅱ-2-②を参照。）等を積極的に進めるべきではないか。

また、ケアマネジメント機能を拡充するため、介護支援専門員が中心となって行う個別支援会議にも積極的に参加すべきではないか。

・早期の関わりが重要である（柴田構成員）

② 地域住民への啓発活動

認知症の症状や対処法に関して、地域住民や関係事業者向けの説明会などを行うべきではないか。

- ・住所と名前が必ず入っているようなファッションをはやらせるべき（広田構成員）
- ・症状や対処法だけでなく制度などの説明も必要（河岸構成員）
- ・心理的社会的なバリアが大きいところなので、説明・普及啓発活動が特に重要（野澤構成員）
- ・顔の見える関係での相談業務が重要（栗林構成員）
- ・高齢者への普及啓発は非常に大事（野村構成員）
- ・多職種で関わるのが重要である。しかし、そのための教育体制も重要（東構成員、三上構成員、長野構成員）

論点Ⅱ 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組（案）

現在入院している認知症患者で、必ずしも入院医療を要しないと判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、及び入院医療を要しないと判断される患者が今後地域の生活の場で暮らせるようにするためには、身体合併症や治療抵抗性のBPSDのような入院せざるを得ない場合を除き、認知症患者を地域で受け入れることが基本となるような取組を進めるべきではないか。

1 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

医療機関側からみれば、認知症の症状がある患者を介護施設や事業者が受け取れないのが現実であるとの指摘がある一方、介護施設側からみれば、医療機関が認知症患者への退院後の医療的支援が不十分であるとの指摘もある。認知症患者を地域で受け入れるためには、医療と介護が連携してサービスを提供する体制が必要であることから、医療側と介護側との認識を共有化するための取組が重要ではないか。

- ・介護に携わってきた人間として医療に対する思い込みで見ている面があると感じた。医療と介護との認識の共有化は非常に重要である（松浦構成員）
- ・介護施設が頑張るほど重症者が集まってくるので力をつける取り組みが必要。医療と介護と一緒に受けられる研修プログラムを検討してほしい（松浦構成員）
- ・この項目は、医療の側からすると逆のことがもっと必要であり、介護の側に医療に対して理解してほしいと思う。書きぶりの検討が必要（河崎構成員）

① 医療側の介護サービスに対する理解の向上

医療側においては、認知症患者を地域で支えるために必要な介護サービスや生活支援に対する理解を深めることが重要であるため、医療従事者に対し、地域の介護サービス資源に関する情報提供や研修の機会を提供するべきではないか。

② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化

入院を要するような周辺症状が出なければ地域で暮らせることから、日頃から、認知症患者や家族、介護事業者等との関係を築き、周辺症状の兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を提供できるようにすべきではないか。

③ 医療側からの介護施設へのアウトリーチ

認知症患者や、認知症患者を受け入れている介護施設に対して、積極的に相談支援や訪問支援を行えるよう環境を整備すべきではないか。

- ・医療か介護か責任の所在を整理する必要がある（長野構成員）
- ・訪問するのは結構大変なので、見守りの機能の充実も検討すべき（阿式構成員）
- ・医師が外来もやり訪問診療も行くというのは実際には大変さがある（三根構成員）

④ 介護側の対応力の向上

介護側においては、精神科病院を退院する認知症患者であっても、積極的に受け止められるよう、周辺症状への適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上をはかるべきではないか。

- ・認知症施策としてやっている様々な事業があるので紹介して施策の連携を図るべき（三上構成員）

2 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

入院医療を要さない認知症患者が、地域で安心して生活することができるよう地域の認知症の方に対する必要なサービスの整備を推進すべきではないか。

また、そのためには認知症患者の状態の的確な把握や、地域での生活に必要な支援の内容について十分な検討吟味を行うべきではないか。

① 居住系施設等やサービス支援の整備

介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、その地域の認知症患者のニーズを的確に把握した上で、認知症支援策の充実について、地域の実情を踏まえて記載することを検討してはどうか。

その際、既存の精神病床の活用についても検討すべきではないか。

- ・自治体の立場からは、どのようにニーズを把握するのか、どのようなサービスが必要か、具体的な進め方を示していただく必要がある。第5期事業計画でもエッセンスはあってもよい（松本構成員）
- ・日常生活圏の計画では対応できないので、老人福祉圏域程度の範囲で県と連携して検討する必要があるのではないかと（松本構成員）
- ・第5期の段階で、県単位のモデル的な取り組みをやり、第6期以降に本格的に進めていくといったスケジュール感が必要ではないかと（松本構成員）
- ・何を地域に準備すべきかについては精神科医療だけでなく地域の福祉も総合的に勘案して検討すべき（野村構成員）
- ・精神病床の活用というのは、病院と生活の場とは大きく異なると思われ、違和感がある（広田構成員）

- ・受け皿を考える時に、アメニティに配慮されるのなら、効率化の観点から、廃止して新たに作るよりは既存のものを活用するという視点も重要（三上構成員）
- ・小規模多機能サービスの量的整備が必要（岡崎構成員）
- ・小規模多機能は重要だが医療へのアクセスが確保できるようにする必要があり、医療版小規模多機能のような考えもあるのではないかと（三上構成員）
- ・精神病床については、今後の認知症患者が増えることを考えると、キャパシティがこれでよいかどうか考えなければならない（淵野構成員）
- ・老健施設では、短期集中リハを実施し、早期の家庭復帰の支援に力を入れている。認知症患者の退院支援の受け皿として、老健をもっと活用してほしい（東構成員）
- ・多職種がいて医療的なこともできるという意味では老健施設に期待できる（阿式構成員）・地域で安心して暮らすためには、老健施設でのショートステイの受け皿が重要（三野構成員）
- ・緊急に入所できる介護保険施設があれば、安心して在宅での療養が出来ると考えられるが、現在の介護保険制度においては、ショートステイの使い勝手が非常に悪いため、改善の必要があると考えている。（三上構成員）
- ・退院可能な認知症高齢者がいれば、可能な限り介護保険で受け止めるべきである（松本構成員）

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

受け皿の整備に加えて、周辺症状等が改善した後、退院先での生活への移行を円滑に行うことも重要であるため、入院早期に、症状が改善するまでの診療計画、退院先、退院後の医療的支援等を含めた退院支援・地域生活医療支援計画（認知症版退院支援・地域連携クリティカルパス（※））が作れるよう、モデルとなる退院支援・地域連携クリティカルパスを開発・普及させるべきではないか。

（※）地域連携クリティカルパス

入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な転院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。医療計画に定める疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）や、大腿骨頸部骨折等で既に導入されている。

- ・連携パスの導入は良いことだと思うが、受け皿の準備が伴っていないと具体的なパスの検討は困難ではないか（河崎構成員）
- ・ケアマネジメント、ケースマネジメントを介護だけでなくどう組み立てていくかが重要になる（河崎構成員）
- ・状況は地域によってずいぶん異なる。それぞれの地域で認知症の方の地域生活を支えるシステムを作っていく必要がある（河崎構成員）
- ・事例の連携パスは思ったほどうまく進んでいないと認識している。BPSD等で思うようにいかなかったのと、最終的には受け皿の関係もあったのではないかと（淵野構成員）
- ・何か月で退院して地域に帰す。病院のPSWやケアマネジャーが協力して生活を支えてい

- くことができれば良いのではないか（渕野構成員）
- ・1日でも早く退院して地域生活に戻っていただきたいのが現実。スムーズに出られるようなシステムを作ってほしい（渕野構成員）
 - ・連携パスに過度の期待は禁物であるが、連携の底上げという点では必要である。ただ、患者不在の作業工程表にならないように注意が必要である。（長野構成員）
 - ・パスは本人の生活をベースにした計画が立てられるような工夫がいる（野村構成員）
 - ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない。（河岸構成員）【再掲】
 - ・一律に適応するのではなく、濃淡が必要。尾道のパスはシンプルなものでうまくいっている（朝田構成員）
 - ・連携強化には、病院の精神保健福祉士（PSW）の活用が重要（東構成員、岡崎構成員、三根構成員、河岸構成員）
 - ・PSWの活用にあたっては精神医療の専門性よりもむしろ高齢者ケアを学ぶ姿勢が必要（広田構成員）
 - ・退院だけではなく、入院する前から症状が出た場合のパスといった今ない視点でのパスも必要ではないか（西田構成員）
 - ・勤務していた病院では、1週間、3か月、6か月でパスを作っていた。入院時から節目ごとに目標を示すことで確実に退院の話につながるというメリットがある（阿式構成員）
 - ・大牟田パスなど認知症施策全体で検討されているのパスについても例になるのではないか（三上構成員）

第12回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	
平成22年11月18日	構成員提出資料

湊野構成員提出資料

精神科病院に入院している認知症患者の家族へのアンケート調査

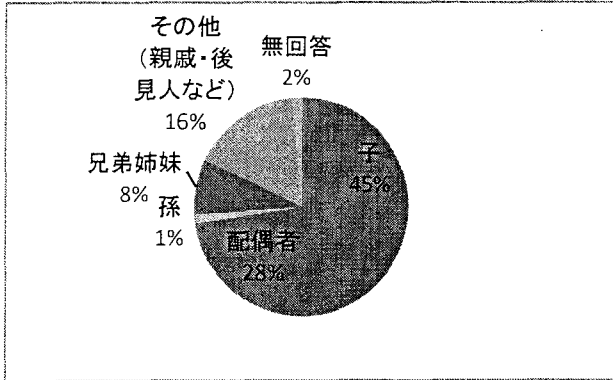
認知症治療病棟を中心に、認知症を積極的に治療している精神科病院（9病院、9病棟）の440人の認知症患者の家族に対しアンケートを行った。

- 調査期間 平成22年11月8日～11月15日
- 調査方法 調査票によるアンケート方式
- 回答者 家族（面会時、電話、郵送にて実施する）
- 調査項目 別紙の調査票のとおり

集計 (376人)

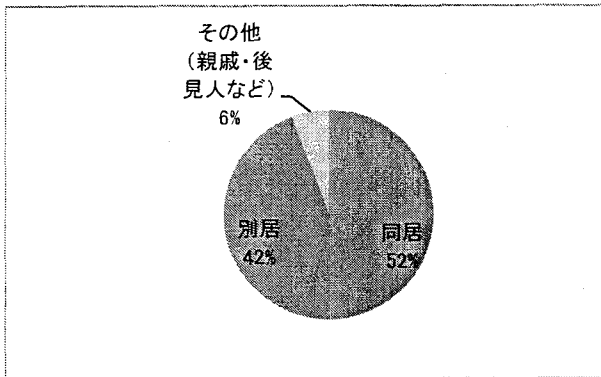
A 回答者 本人との関係

子	配偶者	孫	兄弟姉妹	その他 (親戚・後 見人な)	無回答
168	105	5	31	61	6



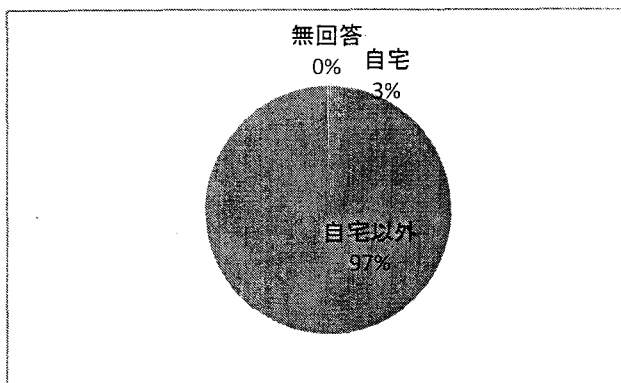
B 同居または別居

同居	別居	その他
194	160	22



問1) 今後の治療をどこで行いたいですか？

自宅	自宅以外	無回答
10	365	1

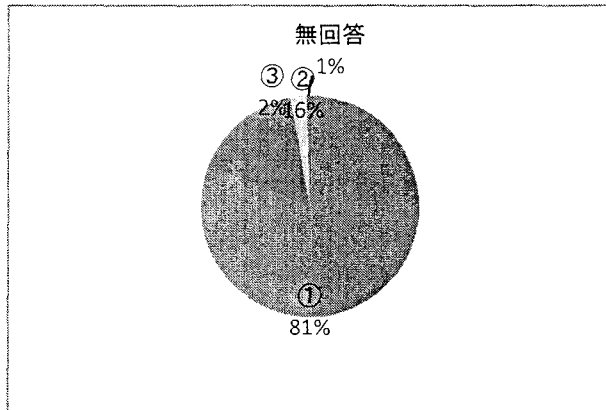


問2) 問1で自宅以外を選択の理由

- ①このまま入院を続けたい
- ②介護保険施設へ入所したい
- ③その他

①	②	③	無回答
296	58	9	2

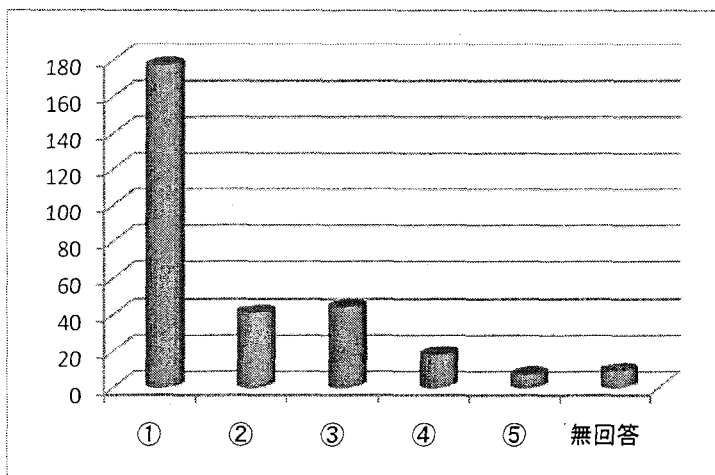
・認知症以外の疾患も含んでいるため
 ・自分も高齢のため
 ・このまま入院を続けたいが、退院と言われたら施設を検討する。



3) 問2でこのまま入院を続けたいを選択の理由

- ①現在の病状ではとても自宅ではみることができない
- ②介護保険施設より、現在入院している病院の雰囲気やスタッフがよい
- ③現在の病院に認知症を診る専門医がいるため
- ④介護保険施設への入所を検討したが、施設より断られたため
- ⑤介護保険施設の自己負担が高額なため

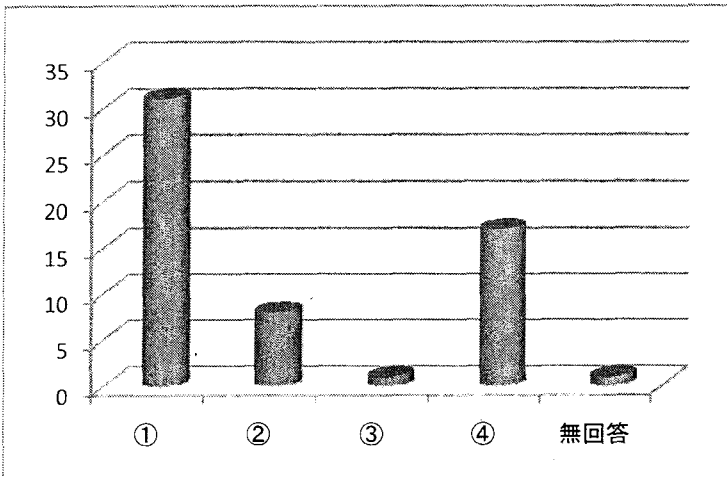
①	②	③	④	⑤	無回答
177	41	44	18	7	9



問4) 問2で介護保険施設へ入所を選択した理由

- ①現在の病状ではとても自宅ではみることができない
- ②介護保険施設の雰囲気やスタッフがよい
- ③退院をすすめるので仕方なく
- ④自宅で介護する人がいないため

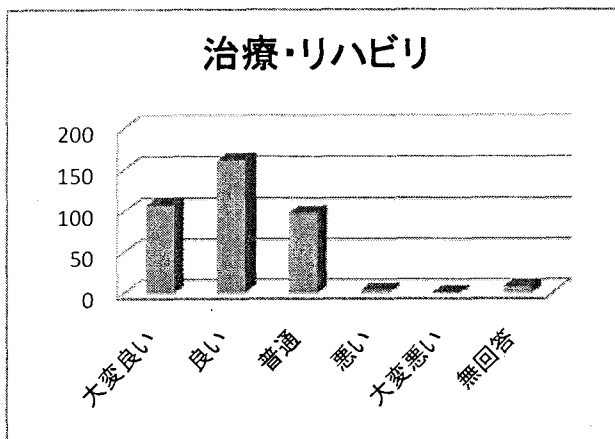
①	②	③	④	無回答
31	8	1	17	1



問5) 現在入院中の病院に対して

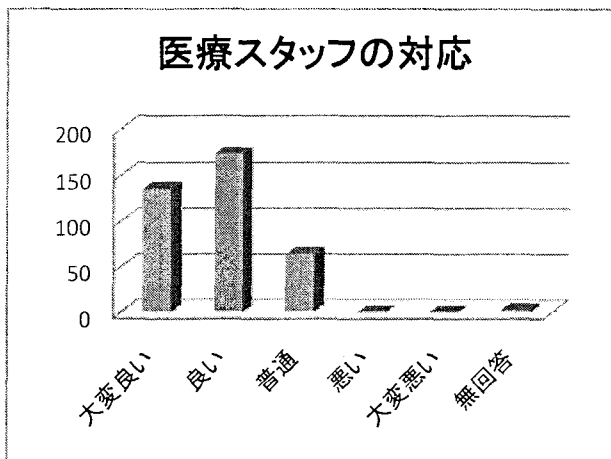
- ①治療・リハビリ

大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い	無回答
107	161	98	3	0	7



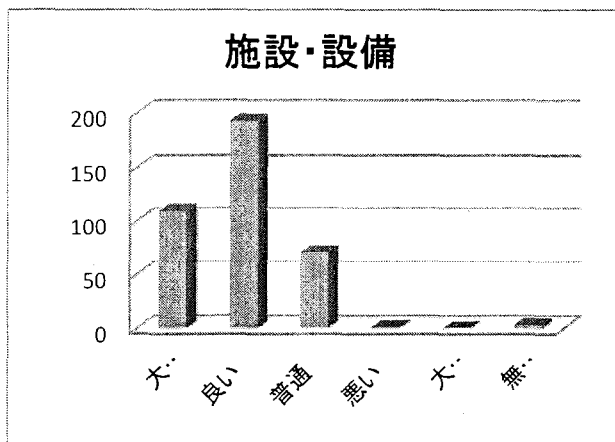
②医療スタッフの対応

大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い	無回答
136	173	64	0	0	3



③施設・設備

大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い	無回答
109	193	70	1	0	3



<家族からの意見>

- 1) 毎日大変お世話かけております。
母もだんだん身体も衰えてきて、認知症もひどく家庭で介護することができません。家内も乳がんの手術後健康でもなくなり、自分のことも大変困っている状況ですので、入院生活をよろしく願いいたします。
以前グループホームに入所しましたが、本人があまりの暴力暴言で入所を断られてこちらをお願いしています。
- 2) 認知症に加えて、内科的な病気もあり両方から考え、専門の病院があると家族は安心です。また、患者もスタッフの支援により病状が安定しているため、継続した入院を希望します。
- 3) 本人が介護などを拒否しているようで、職員の方に迷惑をかけていると思うと申し訳ないです。怒ったり、怒鳴ったりしているようなので、今後病院ではなく、介護保険施設へ行った時に職員の方が上手に対応できるかが心配です。精神科の病院だからこそ、対応も上手にできているが、施設だとどうなのかと不安になります。
- 4) 現在の状態では常に見守りが必要なため、外泊時にも度々転倒したこともあり、グループホームなどへの入所も検討して相談してみたりもしましたが、施設より断られている現状です。日中は仕事で家を留守にしている家族にとって、このような中受け入れてもらい、見守ってもらっているという点でも大変助かってます。
- 5) 認知症も重度であります。施設は断られました。家族も高齢で、かかわるにも限界で、入院継続に縛りがかかるようでしたら、本当に途方に暮れてしまいます。何とかしてほしいです。
- 6) 自宅が無理、施設も対応が無理として、再入院している状況です。入院継続できなければ、どうしたら良いのでしょうか？逆に国の方に聞きたいくらいです。
- 7) 2回目の入院であるが、自宅では無理であった。入院継続が難しくなると考えただけで、非常に頭が痛くなる思いがします。家族も高齢で大変です。
- 8) 施設での受け入れを断られてやっとの思いで入院できた。介護者も持病を抱えていて家族が仕事を辞めて介護するとなるとまさに共倒れになってしまうので、国へ強く、協会として訴えて欲しい。

- 9) 夫婦二人暮らしで近くに住んでいても認知症の場合はかかわることが非常に難しい。施設でも難しく、在宅でのサービスではカバーできない。火の不始末で近所にも迷惑かけての入院の経緯あり。国の施策転換の理由がわからない。
- 10) 受け入れてもらえる施設もなく、在宅でも住環境含めて介護ができない状況がある。入院期間の制限がなされると家族として途方に暮れてしまいます。
- 11) 現在、夫婦（子）とも、働きに出ていて、日中は留守でこのような状況で認知症の父を一人家におくことはできない。
- 12) 農業をしながら病弱の両親の面倒をみるが大変で、父親一人でも介護していただき、大変助かっております。
- 13) 施設の検討を以前しましたが、入れるところがありませんでした。継続して入院を希望いたします。
- 14) 入院を希望していますが、施設を勧められ、特養を申し込んでいます。けれど、施設には先生がいらっしゃらないので不安もあります。
- 15) 立ち上がりもできないし、便も自分でできないので、自宅では見ることができない。私が大変で生活できない。
- 16) 入院できないと一人暮らしの方や、介護できる人が一人しかいないような場合など自宅では介護できずに行き先に困ってしまうことも多々出てくると思う。特に認知症の患者の場合は24時間目が離せないような状況も多々あり、困ると思う。
- 17) 病状には個人差があり、施設で対応が困難な方もいて、入院を切られると家族としては非常に困る。
- 18) 糖尿病もあり、注射をしているので施設は難しかった。自宅では日中一人になり危険。このまま入院を希望します。
- 19) 自宅だと介護する側の負担が大きい。身体的精神的ストレスが増してしまう。優しくとか思いやりをもって接することが難しい。介護保険施設とかだと認知症を十分理解できていないようで、その人に合わせた介護が難しい。その人らしく生活できないのでは。

家で見れば見るけど、現状では支援体制含めて見れない。やっと入院させたけど、また退院となると死活問題である。事業仕分けでもして弱者を切るつもりなのか。協会として頑張ってください。

- 20) 自宅に引き取ると自分の仕事ができなくなる（母は寝たきりで全介助。発熱も繰り返している）。施設予約を考えているが、予約してもいつ入所できるかわからないと言われたので、現在入院させてもらっている病棟がなくなるのは大変に困ります。
- 21) 徘徊がひどく、今の病状では自宅では見ることができず、専門医のいる病院で、スタッフの対応にも安心してお願いすることができ満足しています。
- 22) 施設でも不応となり、在宅での対応が限界となって入院させてもらっているので、国の施策の見直しは、家族や患者本人に対しても悪影響が目に見えている。
- 23) 本音を言うと、在宅が無理で入院させた経緯あり。施設も色々あたってみたが、徘徊症状がひどくて受け入れ先がないのが現状である。国はもっと現場の意見をくみとるべきである。
- 24) 病状として、自宅では限界であり、施設でも対応が難しいと言われている状況がある。そのために仮に退院を迫られるとなると、本人も家族も追いつめられてしまうので困る。
身寄りがなく、知人の私が身元引受人をしています。以前、養護施設や老人保健施設に入所されたが、すぐに退所となり、施設では難しいのかと思います。
- 25) 一度、介護保険施設へ入所しましたが、みるのが難しいと再入院になったので、入院以外ではとても自宅でみることはできない。
- 26) 施設では無理と言われて、在宅でもできるだけ頑張ったが、限界を感じて入院させてもらった経緯がある。家庭崩壊してしまうので、入院継続させてもらいたい。
- 27) 病状的には、施設よりも入院継続が望ましいと考える。家族も精神的に追いつめられた上での入院の経緯があって、共倒れしてしまったらどうするのかと思う。
- 28) 特養にお世話になるには、ちょっと大変な本人です。家でも無理です。退院・入院・通院を繰り返すことは環境の変化に対応できない本人に、ストレスが大きくかかります。本人のために、継続入院を希望します。

介護保険施設への転院を考えていますが、現在主人も療養中で、仕事をしていないため、生活面は私一人でやっているため、金銭的にもとても苦しい状況です。施設への入所は保証金も必要となりますので、そのお金もまったくありません。

はっきり言って生活するためのお金もない状態です。申し訳ありませんが、もうしばらくこのまま入院させていただけたらと思います。

29) 家族としては自宅で見るとは難しいので、長期に見てくれるところが望ましい。

30) 家で介護していた時、介護疲れによる心中寸前まで追い込まれた身としては現状はとても助けられている実感があり出来る限り入院継続をお願いしたいと思っております。また、60日おきに次の施設を探すといった負担も大変なものがあります故。

31) 認知症が重度になると家庭で面倒をみるのも限界がありこのような病院は絶対必要です。

32) 本来であれば身内がみるべきだとは思いますが、認知症に身体の疾患もありみるのが難しい。専門医のいる病院でみてもらえると安心。

33) 現在も自宅でみれる状態ではなく介護の世代交代は難しく自分ひとりで介護する事も困難である。

34) それぞれ家の事情がある。親をみたい気持ちはあるが実際介護しなければならないと生活が狂ってしまうし、母親にも入院治療が必要な状態である。

35) 患者の症状・状態によって入院期間を決めて欲しい。一律にされると困る。

36) 治療必要な状態のため入院している現状のため治療が終了するまで期間を定めず入院させてほしい。

37) 親なので本来ならば自分でみななければならないだろうし、みたいと思うが、実際今の病状では困難。お互いの生活を守るためにも入院は必要。

38) 認知症で高齢のため身体の疾患もあり自宅でみることは難しい。家族も働いているので介護をするとなると仕事を辞めなければならず収入がなくなると生活できない。

- 39) 家族側として十分な受け入れ体制が整っていない。もし入院期間を短くするのであれば次の受け皿を検討してからでお願いしたい。嫁ぎ先の家族や自分の家族様々な事情があるのでお世話にならざるをえない現状を理解して欲しい。
- 40) 主人が2週間に1度抗がん剤をしなければならぬ病状ですので母の入院は私どもにとって必要です。
- 41) 普段はおとなしく静かにしていますが油断するととんでもない事をします。家族に対して牙を向く事が出来ない時は自傷行為に及ぶこともありますので、自他では難しいです。
- 42) 行くところがない。先生の治療をうけられて嬉しく思っています。先々長くはないなら場所の移動をせず病院で看取ってもらいたい。スタッフの方々も理解があり親切で助かります。
- 43) 現状の病状で自宅等でみることは不可能なのでやはり専門家のいる入院が最適な状況と思っています。
- 44) とても自宅で見ることにはできないから助かっている。
- 45) 家庭においては母・長男・長男の嫁の3名が生活しております。
若い二人においては朝から晩まで働き、介護もできない状況です。
また、母においても足元も弱くなり、体力、身体の状況、精神状態（最近はおさぎ込んでうつ状態になりつつもあります）の中での介護ができません。
この病院に入り、いつ「出てください」と言われるのか、言われたら「どうしよう」とそればかりを考えております。病院で、皆さんの温かな介護や訓練等かかわってくださることに、頭が下がり、感謝しております。
入院前の数日のことを考えると「どうしよう」と私自身パニックを起こしそうになり不安がいっぱいだったことを思い出し、入院させていただくことに感謝しております。テレビ等でもこのような情報を耳にしたこともあり、預かっていたいであることをいいことに、口にも出しませんでした。そんな時がくるのかと思うと不安いっぱいになります。
今はこの病院が私たちにとっては唯一頼りにしている機関です。自分のことばかり考えてはいけないのかもしれませんが、ぜひ預かっていたきたい、お願いします。

【調査票】

A.本人との関係

ご本人との続柄を記入ください ()

B.同居・別居の有無

(同居・別居)

問1 今後の治療をどこで行いたいですか？

- ①自宅でみたい
- ②自宅以外

問2 問1)で②と答えられた方に対する質問です。その理由を1つ選んで下さい。

- ①このまま入院を続けたい
- ②介護保険施設へ入所したい
- ③その他()

問3 問2)で①と答えられた方に対する質問です。その理由を1つ選んで下さい。

- ①現在の病状ではとても自宅ではみる事ができない
- ②介護保険施設より、現在入院している病院の雰囲気やスタッフがよい
- ③現在の病院に認知症を診る専門医がいるため
- ④介護保険施設への入所を検討したが、施設より断られたため
- ⑤介護保険施設の自己負担が高額なため

問4 問2)で②と答えられた方に対する質問です。その理由を1つ選んで下さい。

- ①現在の病状ではとても自宅ではみる事ができない
- ②介護保険施設の雰囲気やスタッフがよい
- ③退院を勧められるので仕方なく
- ④自宅で介護する人がいないため

問5 現在入院中の病院に対して、下記の質問についてお答えください

① 治療・リハビリ

5	4	3	2	1
大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い

② 医療スタッフの対応

5	4	3	2	1
大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い

③ 施設・設備

5	4	3	2	1
大変良い	良い	普通	悪い	大変悪い

その他ご意見などをご自由に記入ください。

[]

「精神病床における認知症入院患者に関する」調査について

1. 精神病床における認知症入院患者に関する調査の概要

(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
〔平成22年11月4日開催〕資料1)

2. 「精神病床における認知症入院患者に関する」調査について

(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
〔平成22年11月4日開催〕資料2)

3. 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」に関する論点

(第11回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
〔平成22年11月4日開催〕資料3)

精神病床における認知症入院患者に関する調査 【患者調査票】

精神病床における認知症入院患者に関する調査の概要

1 目的

精神科病院における認知症入院患者に対する医療の状況、患者の状態等について、既存の調査では把握されていない点について詳細に把握し、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおける検討資料とする。

2 調査対象

(1) 対象病院

対象病院は、地域性を考慮しつつ協力を得られた、北海道、山形県、東京都、岐阜県、愛知県、兵庫県、香川県、佐賀県、鹿児島県から、認知症患者を比較的多く受け入れている病院、計9病院を対象とした。

(2) 対象病棟

対象病棟は、診療報酬及び介護報酬上の区分により、認知症治療病棟入院料の届出病棟がある場合は当該病棟とし、認知症治療病棟入院料の届出病棟がない場合は、その他の認知症患者が入院している病棟を対象とした。病棟種類別の内訳は、認知症治療病棟入院料1（6病棟）、認知症治療病棟入院料2（1病棟）、精神病棟入院基本料（1病棟）、精神療養病棟入院料（1病棟）、老人性認知症疾患療養病棟（1病棟）、計10病棟である。

(3) 対象患者

対象患者は、認知症治療病棟入院料の届出病棟については診療録において認知症を主傷病とする全患者、それ以外の病棟については診療録において認知症が主傷病又は副傷病に含まれている全患者とし、計454人についての回答を得た。

3 調査方法

(1) 調査期間 平成22年9月27日～10月4日

(2) 調査日 平成22年9月15日現在

(2) 調査方法 調査票によるアンケート方式

(3) 回答者 調査対象病棟の病棟師長
(適宜、担当医や精神保健福祉士等と相談)

4 調査項目

別紙の調査票のとおり。

回答用紙に記入願います。

問1 対象者の認知症の診断名をお答え下さい。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 脳血管性認知症 | 4. 前頭側頭型認知症 |
| 2. アルツハイマー型認知症 | 5. その他確定診断未定なもの |
| 3. レビー小体型認知症 | |

問2 対象者の生年月・年齢をお答え下さい。

1. 明治・2. 大正・3. 昭和 年 月 現在 歳

問3 対象者の性別をお答え下さい。

1. 男性 2. 女性

問4 対象者の在院日数をお答え下さい。

日

問5 対象者の改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）をお答え下さい。

点

問6 対象者の要介護認定をお答え下さい。

- | | |
|---------|---------|
| 1. 申請無し | 6. 要介護2 |
| 2. 非該当 | 7. 要介護3 |
| 3. 要支援1 | 8. 要介護4 |
| 4. 要支援2 | 9. 要介護5 |
| 5. 要介護1 | |

問7 対象者の認知症高齢者の日常生活自立度をお答え下さい。

- | | |
|-------|--------|
| 1. 自立 | 4. III |
| 2. I | 5. IV |
| 3. II | 6. M |

ランク	評価基準
自立	認知症を有しない。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 例) たびたび道に迷う、買い物や事務・金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など1人で留守番ができない、等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 例) 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為、等
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例) ランクIIIに同じ
M	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。 例) せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態、等

患者調査票

問8 対象者の調査時点から過去1ヶ月間の下記のA～R【精神症状・異常行動】の頻度について、1～5から選んでそれぞれお答え下さい。

【精神症状・異常行動】

A. 幻覚	K. 不眠
B. 嫉妬妄想	L. 意思の疎通が出来ない
C. 物盗られ妄想	M. 他の患者とのトラブル
D. 被害妄想	N. 他の患者への暴力行為
E. 盗食（他の患者の食事をとる）	O. 医療スタッフへの暴力行為
F. 弄便	P. 自傷行為
G. 異食	Q. 必要な身体的治療への抵抗（点滴、胃瘻チューブなどを引き抜いてしまうなど）
H. 夜間せん妄	R. その他【 】
I. 徘徊	
J. 大声	

【頻度】

1. ほぼ毎日	4. 月に1～2回程度
2. 週に2～3回程度	5. それ以下
3. 週に1回程度	

患者調査票

問9 過去3日間の、対象者のa～dの日常生活動作(ADL)それぞれに対する支援のレベル(※)について、以下の基準を参考に、1. 身体介護への抵抗などを踏まえた実際のADL 2. 身体能力としてはできるはずのADL のそれぞれについて0～6の中から最も近いものを1つ選んでお答え下さい。

ADLへの支援のレベル(※)	<参考>
0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または1～2回のみ。	ボディタッチは必要か → 必要ない → 0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察
1. 準備のみ : ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上。	必要ある ↓
2. 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上	体重を支える必要はあるか → 必要ない → 3. 部分的な援助
3. 部分的な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上。	必要ある ↓
4. 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上。	本動作の半分以上を自力でできているか → できる → 4. 広範な援助
5. 最大の援助 : 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上。	できない ↓
6. 全面依存 : まる3日間すべての面で他者が全面援助した。	少しでも本動作に参加しているか → している → 5. 最大の援助 していない → 6. 全面依存

【9-1】 身体介護への抵抗などを踏まえた実際のADL

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がりたり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 1 2 3 4 5 6
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 1 2 3 4 5 6
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6
e. 入浴	風呂、シャワー、などで首から下(背中以外)を洗う	0 1 2 3 4 5 6
f. 衣服の着脱	普段使用している衣服の着脱 時候にあった衣類の選択、衣類の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない	0 1 2 3 4 5 6

【9-2】 身体能力としてはできるはずのADL

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がりたり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 1 2 3 4 5 6
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 1 2 3 4 5 6
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6
e. 入浴	風呂、シャワー、などで首から下(背中以外)を洗う	0 1 2 3 4 5 6
f. 衣服の着脱	普段使用している衣服の着脱 時候にあった衣類の選択、衣類の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない	0 1 2 3 4 5 6

患者調査票

問10 次のIADL(手段的日常生活動作)各項目について、対象者が自分一人で実施する場合(そのような状況になった場合)、どの程度困難かを困難度(※)の0~2から1つ選んでそれぞれお答え下さい。

a. 食事の用意(献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0	1	2
b. 家事一般(食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整理、洗濯など)	0	1	2
c. 金銭管理(請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0	1	2
d. 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0	1	2
e. 電話の利用(自分で電話をかけたたり、受けたたり)	0	1	2
f. 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0	1	2
g. 交通手段の利用(バス・電車などの乗り物による移動)	0	1	2

(※) 困難度
 0. 問題ない
 1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
 2. 非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)

問11 対象者は、現在、認知症以外の合併症がありますか。次の中から選択して下さい。

- 1. 特別な管理(入院治療が適当な程度)を要する身体合併症がある
- 2. 日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症がある
- 3. ない

【問11で1を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問11-1

1. 高血圧症	9. てんかん
2. 脳血管疾患	10. 気管支喘息
3. 心疾患	11. 骨折
4. 糖尿病	12. 慢性腎機能障害・腎不全
5. 廃用症候群	13. 悪性新生物(がん)
6. 麻痺	14. 肺炎(誤嚥性肺炎も含む)
7. 気分障害	15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患
8. パーキンソン病関連疾患	16. その他の疾患【 】

【問11で2を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問11-2

1. 高血圧症	9. てんかん
2. 脳血管疾患	10. 気管支喘息
3. 心疾患	11. 骨折
4. 糖尿病	12. 慢性腎機能障害・腎不全
5. 廃用症候群	13. 悪性新生物(がん)
6. 麻痺	14. 肺炎(誤嚥性肺炎も含む)
7. 気分障害	15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患
8. パーキンソン病関連疾患	16. その他の疾患【 】

患者調査票

問12 調査日における対象者に行っている身体的管理についてお答え下さい。

1. インスリン療法	10. 24時間持続点滴
2. 点滴管理	11. 疼痛コントロール
3. 胃瘻・経管栄養管理	12. 中心静脈栄養
4. 膀胱留置カテーテル	13. 気管切開又は気管内挿管
5. 褥瘡管理(Ⅲ度以上)	14. 人工呼吸器
6. 喀痰吸引	15. 人工透析
7. 酸素療法	16. 身体疾患に対する薬物療法(抗がん剤含)
8. 頻回の血糖検査	17. 行っていない
9. 人工肛門	

問13 対象者の過去1ヶ月間の他科受診の有無についてお答え下さい。

- 1. 有り
- 2. 無し

【問13で1を選択した方にうかがいます。現在受診している診療科目及び1ヶ月間の受診頻度についてお答え下さい。】

付問13-1

1. 内科 (月 回)	5. 眼科 (月 回)
2. 外科 (月 回)	6. 耳鼻科 (月 回)
3. 整形外科 (月 回)	7. 歯科 (月 回)
4. 皮膚科 (月 回)	8. その他【 】

問14 対象者の薬物療法・精神科専門療法の程度についてお答え下さい。

【14-1】過去1週間に使用した薬物についてお答え下さい。

1. 向精神薬(抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬)について何種類使用しているかお答え下さい。

1-1 抗精神病薬(頓服薬を除く) 種類

1-2 上記以外の向精神薬(頓服薬を除く) 種類

2. その他精神症状に対する治療薬(漢方薬など)を何種類使用しているかお答え下さい 種類

3. 抗認知症薬(ドネペジルなど)を何種類使用しているかお答え下さい 種類

4. 身体疾患治療薬を何種類使用しているかお答え下さい 種類

5. 上記以外の治療薬(ビタミン剤等)を何種類使用しているかお答え下さい 種類

【14-2】対象者に過去一ヶ月間に行った精神科専門療法についてお答え下さい。

1. 精神科作業療法	5. 音楽療法、回想療法、その他の精神科リハビリテーション
2. 入院生活技能訓練療法	6. その他【 】
3. 入院集団精神療法	7. 行っていない
4. 入院精神療法	

患者調査票

問15 対象者の現在の診療費等支払方法は、次のうちどれですか。あてはまるものをすべて選択して下さい。なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入して下さい。

1. 自費診療（保険外併用療養費を含む）	
医療保険等、公費負担医療	
A. 医療保険等	
2. 協会けんぽ（本人）	9. 退職者医療（本人）
3. 協会けんぽ（家族）	10. 退職者医療（家族）
4. 健康保険組合（本人）	11. 後期高齢者医療制度
5. 健康保険組合（家族）	12. 労働災害・公務災害
6. 各種共済組合（本人）	13. 自動車損害賠償保障法
7. 各種共済組合（家族）	14. その他【 】
8. 国民健康保険	
B. 公費負担医療	
15. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	17. 生活保護法（医療扶助）
16. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	18. その他の公費負担によるもの
19. 介護保険（介護扶助を含む）	

問16 対象者の居住地についてお答え下さい。

- | |
|------------------------|
| 1. 病院の所在市町村と患者居住地が同じ。 |
| 2. 病院の所在市町村と患者居住地が異なる。 |

問17 対象者の入院前の状況についてお答え下さい。

1. 単身	8. 介護老人保健施設（老健）に入所
2. 配偶者と同居（内縁関係を含む）	9. 介護老人福祉施設（特養）に入所
3. 子または孫と同居	10. グループホームに入所
4. 配偶者及び子または孫と同居	11. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）に入所
5. その他の親族と同居	12. その他【 】
6. 他の精神病床に入院	
7. 他の病院・診療所（精神科を除く）に入院（自院内の移動を含む）	

患者調査票

問18 対象者の入院直前の介護サービス、医療、その他の支援の利用状況についてお答え下さい。

A. 介護保険によるサービス	
1. 訪問介護	7. 通所介護
2. 訪問入浴介護	8. 短期入所生活介護
3. 訪問看護	9. 短期入所療養介護
4. 訪問リハビリテーション	10. 小規模多機能型居宅介護（※）
5. 居宅療養管理指導	11. その他【 】
6. 通所リハビリテーション	
B. 医療	
12. 訪問診療	15. 重度認知症デイケア
13. 訪問看護	16. 身体的リハビリテーション
14. 通院医療	17. その他【 】
C. その他の支援	
18. 行政機関（保健師等）による訪問指導	23. 年金受給申請
19. 民生委員、近隣の見守り等	24. 成年後見制度等の活用
20. 家族等による経済的支援	25. その他【 】
21. 家族等による介護支援	26. 不明
22. 生活保護受給申請	

（※）小規模多機能型居宅介護：「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。

問19 対象者の入院の理由についてお答え下さい。（最も適切な理由を一つ選択して下さい。）

- | |
|--|
| 1. 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため |
| 2. 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため |
| 3. 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため |
| 4. 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため |
| 5. 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため |
| 6. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため |
| 7. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため |
| 8. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため |
| 9. 上記以外で、家族等が強く希望するため |
| 10. その他【 】 |

問20 対象者の地域との関わりについてお答え下さい。

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）有り |
| 2. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）無し |

患者調査票

問27 問24で1あるいは3の回答をした方に質問です。仮に退院するとした場合、家族や友人などから得られる支援の程度についてお答え下さい。

1. 支援は得られない
2. 助言・精神的な支援（電話など、物理的にその場にはない支援も含む）
3. 週数回のADL、IADLの支援
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援
5. 必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り

→ 【問27で2、3、4、5の回答をした方に質問です。回答した支援が得られれば退院は可能になるかお答え下さい。】

付問27-1

- | | |
|-------|--------|
| 1. 可能 | 2. 不可能 |
|-------|--------|

問28 問24で4の回答をした方に質問です。退院の可能性がない主な理由についてお答え下さい。（主な理由を1つ）

1. 自傷行為・自殺企図の危険性が高い
 2. 他害行為の危険性が高い
 3. 大声をだす可能性が高い
 4. 上記2、3以外の迷惑行為を起こす可能性が高い
 5. 治療・服薬への心理的抵抗が強い
 6. 陽性症状（幻覚・妄想）が重度
 7. 精神症状・異常行動を伴うため、入院による身体合併症の医療ケアが必要
 8. 生命維持が必要な程度の身体合併症を伴う（気管切開・IVHなど）
 9. 本人の症状は落ち着いているが、家族から退院の了解が得られない
 10. 介護が必要だが本人の症状が落ち着かず、介護の支援があったとしても生活が組み立てられない
11. 経済的な理由
12. その他 【 】

患者調査票

問29 対象者は現在、転院・入所の順番待ちをしているかお答え下さい。

1. 順番待ちをしている
2. 順番待ちをしていない

→ 【問29で1を選択した方にうかがいます。どのような施設の順番待ちをしているかお答え下さい。（すべてご回答下さい）】

付問29-1

1. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
3. 介護老人保健施設（老健）
4. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）
5. 障害者自立支援法に基づく施設等利用（ケアホーム、グループホームなど）
6. 他の精神科病院
7. 精神科以外の病院
8. その他 【 】

→ 【問29で1を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの期間についてお答え下さい。】

付問29-2

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 3ヶ月未満 | 3. 6ヶ月以上1年未満 |
| 2. 3ヶ月以上6ヶ月未満 | 4. 1年以上 |

→ 【問29で1を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの施設・医療機関の予約箇所数についてについてお答え下さい。】

付問29-3

- | | |
|--------|----------|
| 1. 1箇所 | 4. 4箇所 |
| 2. 2箇所 | 5. 5箇所 |
| 3. 3箇所 | 6. 6箇所以上 |

→ 【問29で2を選択した方にうかがいます。順番待ちをしていない理由についてお答え下さい。（主な理由を1つ）】

付問29-4

1. 自宅への退院を予定しているため順番待ちをしていない
2. 治療すべき症状が改善していない
3. 経済的な理由
4. 精神・身体状態は安定しているが、入所が断られると考えられ順番待ちをしていない
5. その他 【 】

精神病床における認知症入院患者に関する調査 【病棟調査票】

回答用紙に記入願います。

問1 調査対象となる病棟の種類を選択してください。

<p>1. 精神病棟入院基本料</p> <p>看護職員等配置基準</p> <p>A. 15 : 1</p> <p>B. 18 : 1</p> <p>C. 20 : 1</p> <p>D. 25 : 1</p>	<p>看護補助加算</p> <p>a. 無し</p> <p>b. 看護補助加算1</p> <p>c. 看護補助加算2</p> <p>d. 看護補助加算3</p>	<p>2. 精神療養病棟</p> <p>3. 認知症治療病棟1</p> <p>4. 認知症治療病棟2</p> <p>5. 認知症療養病棟 (介護保険)</p>
--	--	---

問2 病院及び調査対象となる病棟について、職員数を記載してください。

1-1. 病院内の医師数	人 () 人
1-2. その内、病棟の担当医師数	人 () 人
2-1. 病院内の看護師数	人 () 人
2-2. その内、病棟配置の看護師数	人 () 人
3-1. 病院内での精神保健福祉士数	人 () 人
3-2. その内、病棟専任の精神保健福祉士数	人 () 人
4-1. 病院内での作業療法士数	人 () 人
4-2. その内、病棟専任の作業療法士数	人 () 人
5-1. 病院内での理学療法士数	人 () 人
5-2. その内、病棟専任の理学療法士数	人 () 人
6-1. 病院内での言語聴覚士数	人 () 人
6-2. その内、病棟専任の言語聴覚士数	人 () 人
7-1. 病院内での臨床心理技術者数	人 () 人
7-2. その内、病棟専任の臨床心理技術者数	人 () 人

* () 内は非常勤の職員数を記入
* 専任：専ら当該病棟内の患者の診療に従事している者

問3 調査対象となる病棟について、主傷病別の患者数を記載してください。

1. 認知症	人
2. 精神作用物質による精神及び行動の障害	人
3. 統合失調症	人
4. 気分障害	人
5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人
6. その他	人

「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について

精神病床における認知症入院患者に関する調査概要

1. 目的

精神科病院における認知症入院患者に対する医療の状況、患者の状態等について、既存の調査では把握されていない点について詳細に把握し、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおける検討資料とする。

2. 調査対象

認知症治療病棟入院料1 (6病棟)、認知症治療病棟入院料2 (1病棟)
 精神病棟入院基本料(1病棟)、精神療養病棟入院料(1病棟)、
 老人性認知症疾患療養病棟(1病棟)の計10病棟(9病院)、計454人の認知症患者

3. 調査方法

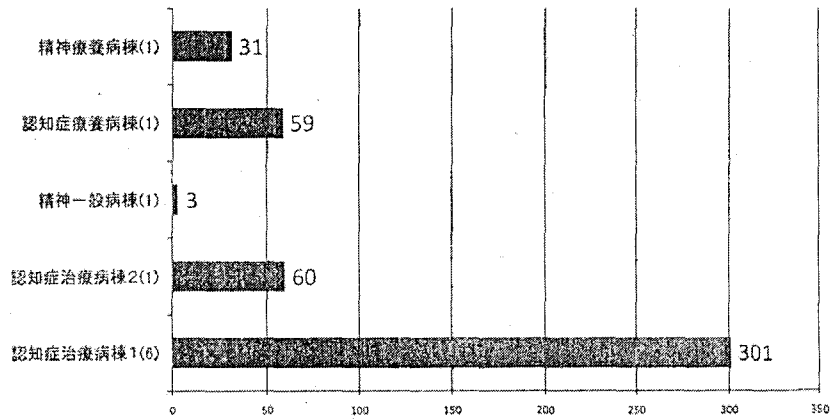
- (1) 調査期間 平成22年9月27日～10月4日 (調査日:平成22年9月15日現在)
- (2) 調査方法 調査票によるアンケート方式
- (3) 回答者 調査対象病棟の病棟師長(適宜、担当医や精神保健福祉士等と相談)

4. 調査項目

病棟概要、精神症状等の状況、身体合併症の状況、必要となる居住先・支援等

1

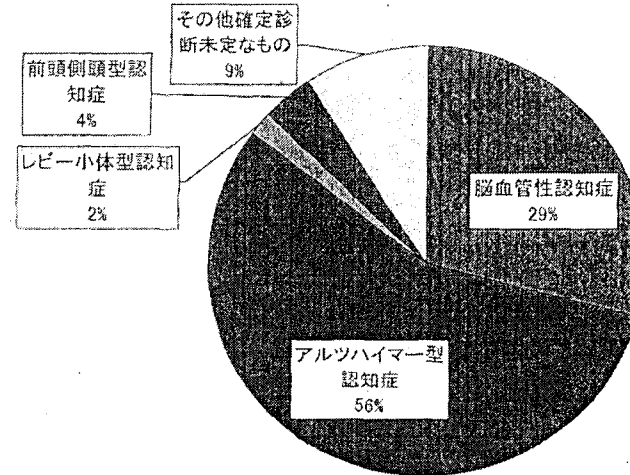
病棟種類別対象患者数(人) 計 454人



2

問1 認知症の診断名

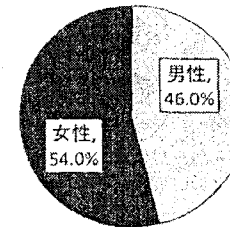
(N=452)



3

問2 平均年齢 78.3歳

問3 性別



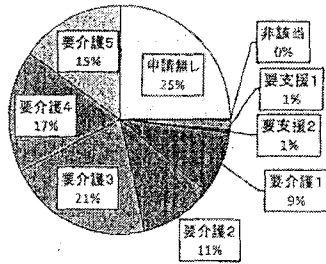
問4 平成22年9月15日現在の平均在院日数 944.3日 (中央値 336日) (N=452)

問5 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 7.2点 (N=452)

4

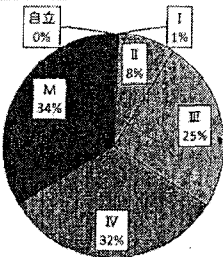
問6 要介護認定

(N=453)



問7 認知症高齢者の日常生活自立度

(N=452)



5

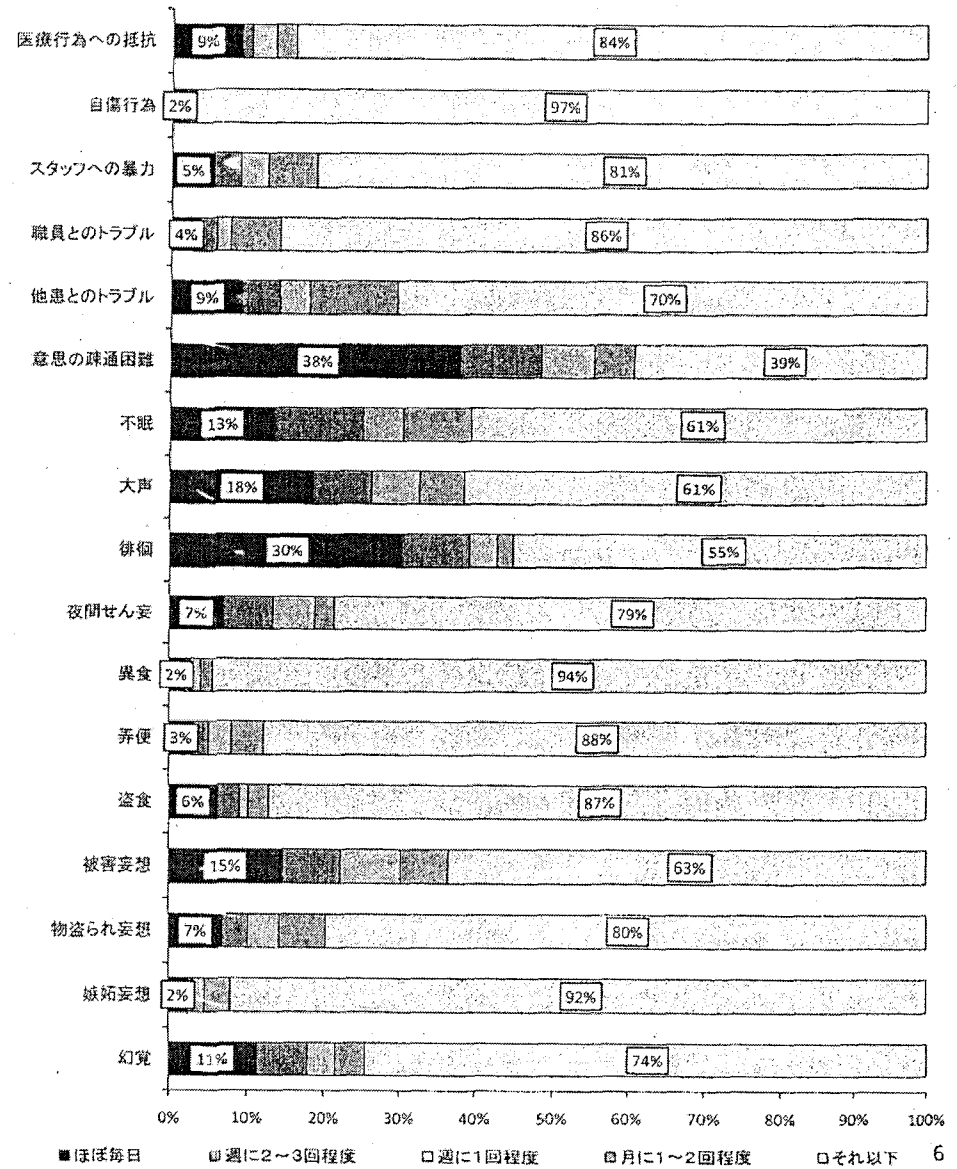
問8 調査時点から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の頻度

(N=454)

(別紙を挿入)

6

問8 調査時点から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の頻度 (N=454)

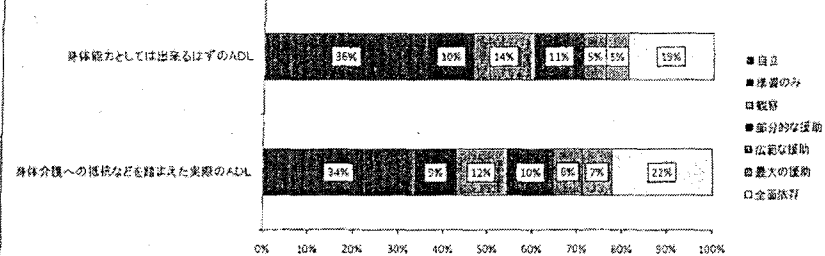


6

問9 調査日から過去3日間のADLについて

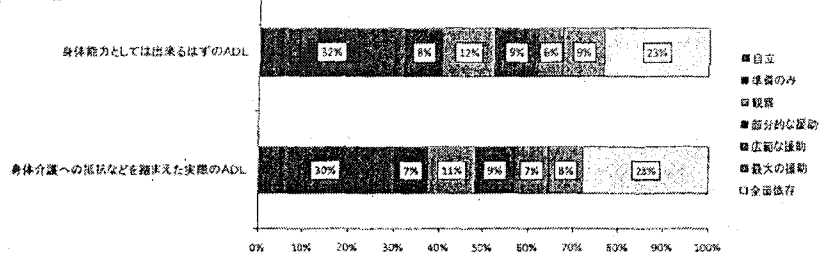
(N=454)

a ベッド上の可動性



(N=454)

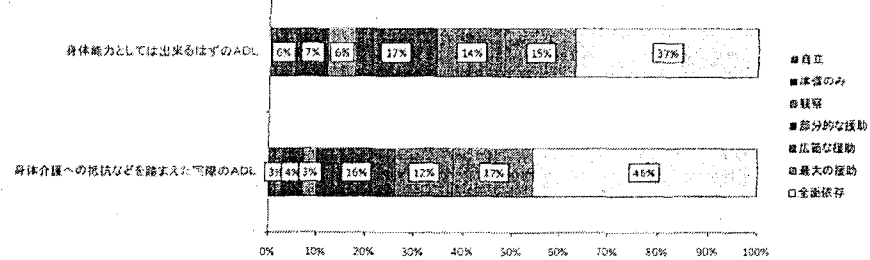
b 移乗



7

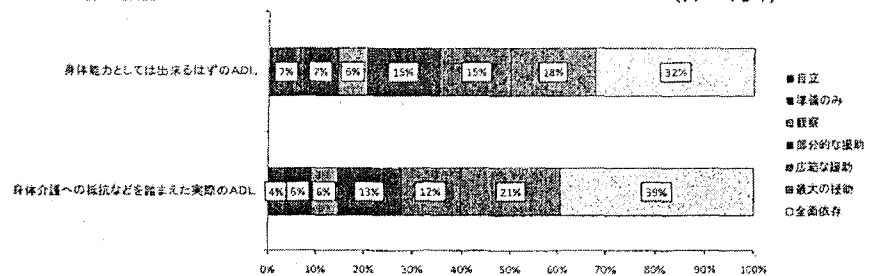
e 入浴

(N=454)



f 衣服の着脱

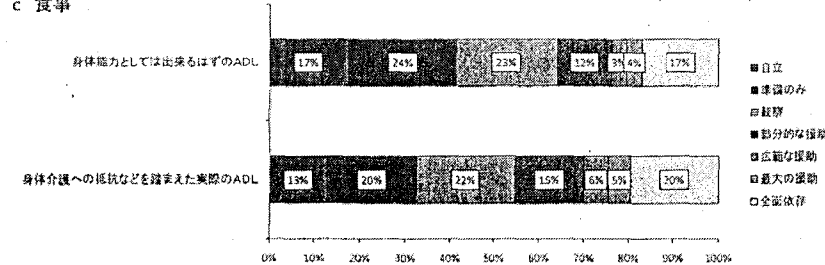
(N=454)



9

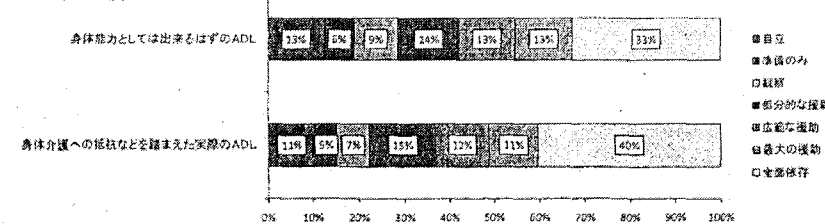
c 食事

(N=454)



(N=454)

d トイレの使用

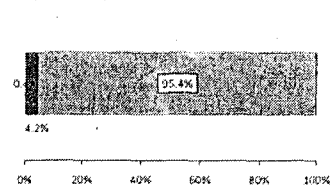


8

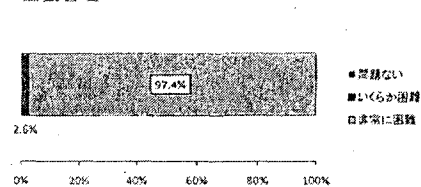
問10 IADLについて

(N=453)

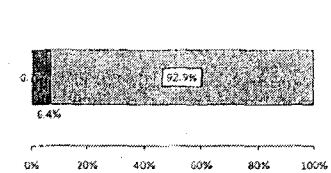
食事の用意



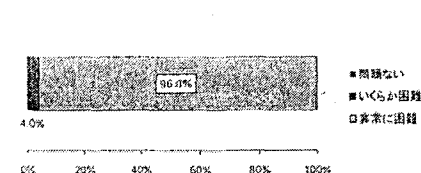
金銭管理



家事一般



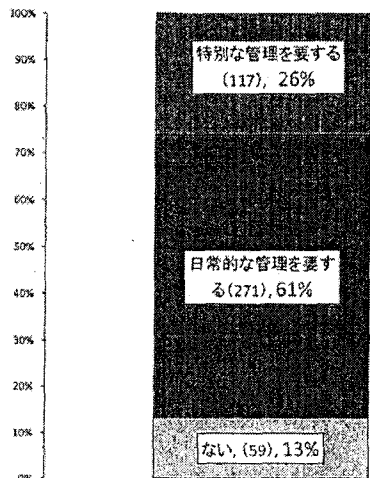
薬の管理



10

問11 調査日における対象者の、認知症以外の合併症について

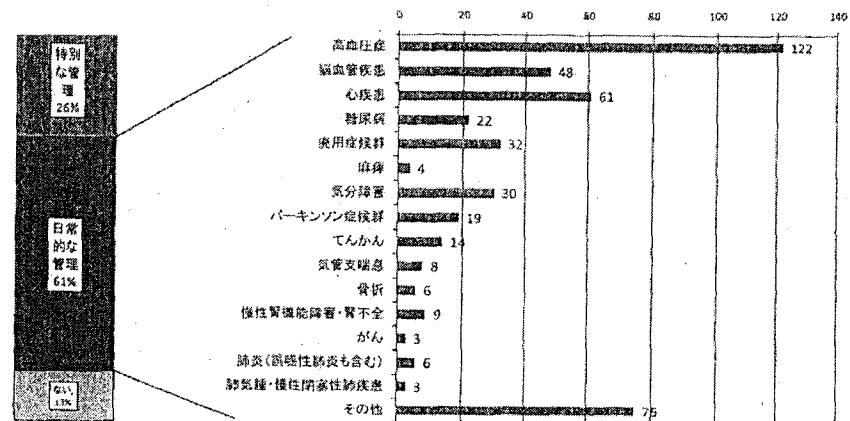
(N=447)



- 特別な管理(入院治療が適当な程度)を要する身体合併症がある
- 日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症がある
- ない

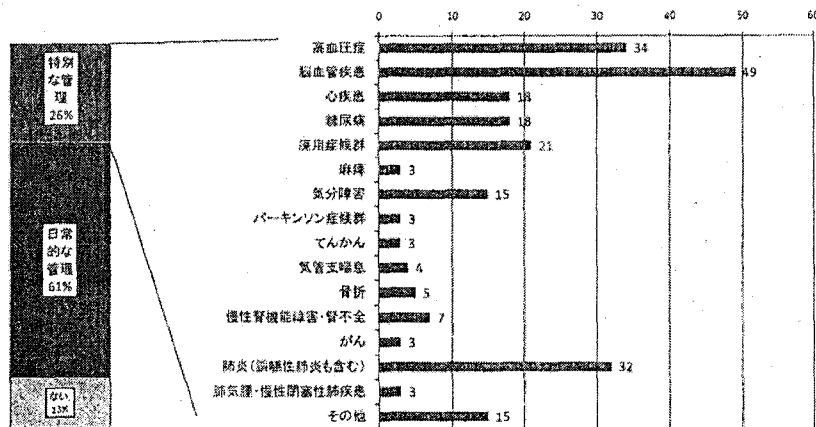
付問11-2 日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症

(複数回答可) (N=271)



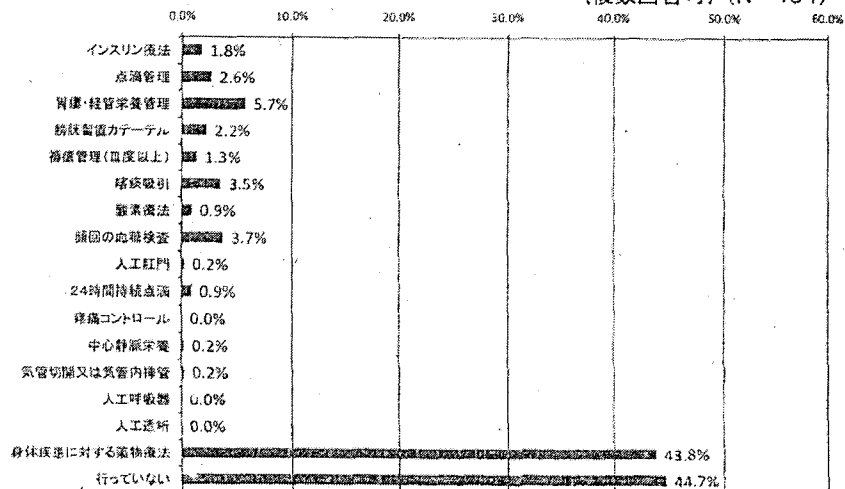
付問11-1 特別な管理(入院治療が適当な程度)を要する身体合併症

(複数回答可) (N=117)



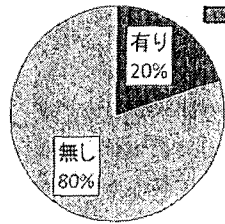
問12 調査日における対象者に行っている身体的管理

(複数回答可) (N=454)

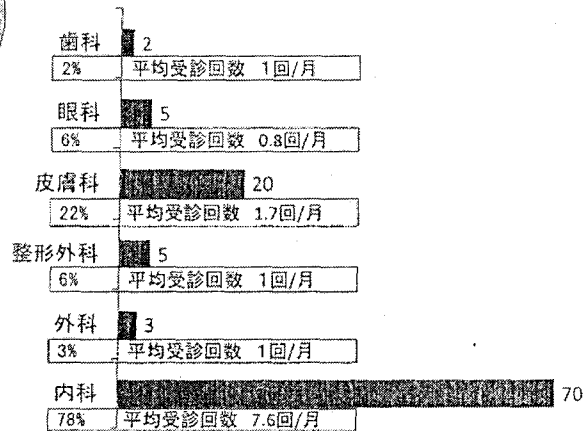


問13 過去1ヶ月間の他科受診の有無

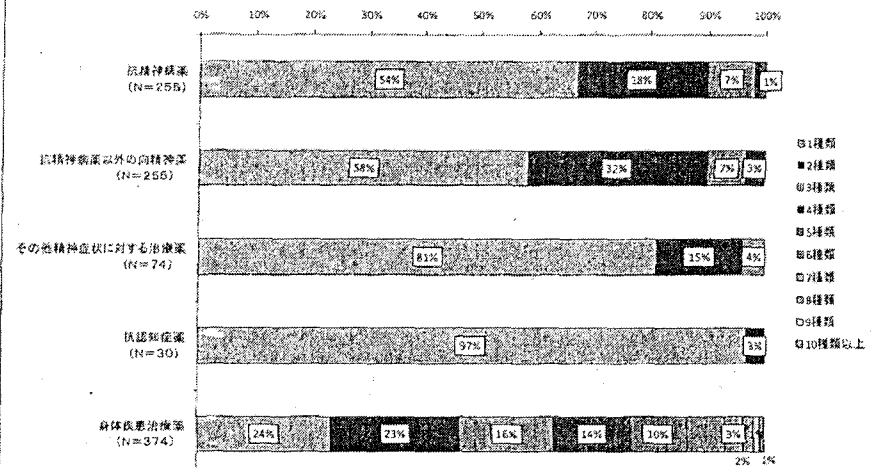
(N=451)



問13-1 他科受診の回数 (複数回答可) N=90

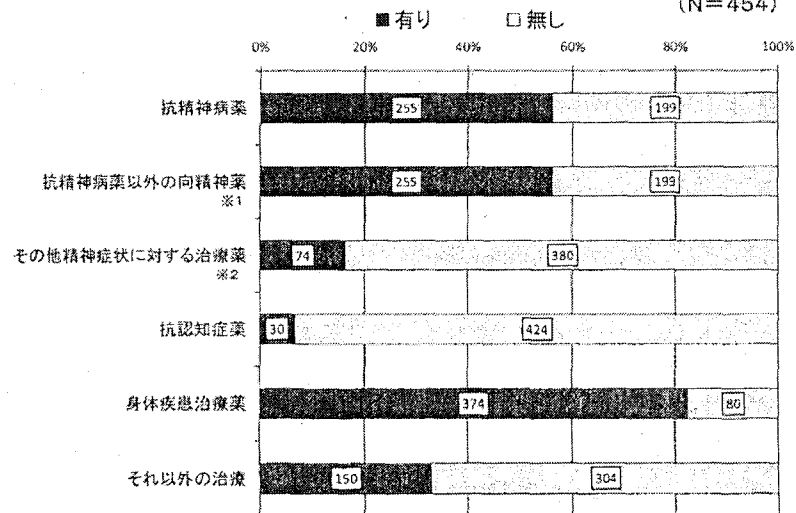


問14-1 調査日から過去1週間に使用した薬物の種類数



問14 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

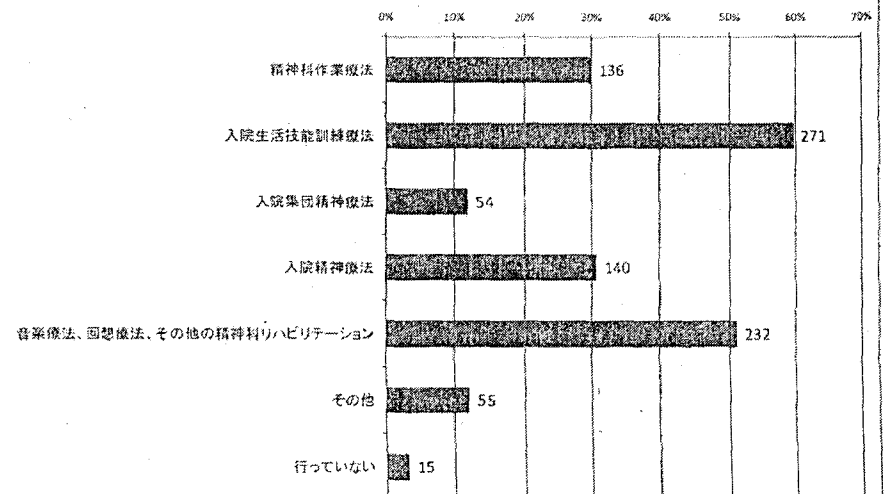
(N=454)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗てんかん薬
 ※2 その他の精神薬上に対する治療薬・漢方薬など

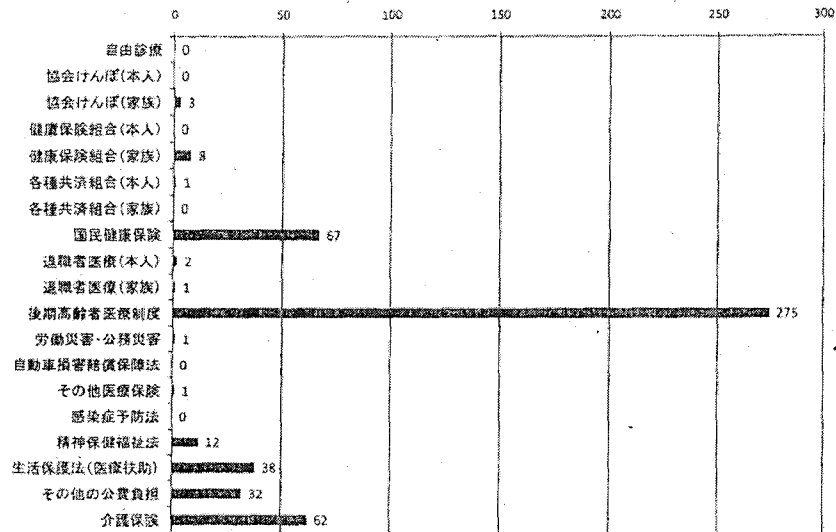
問14-2 過去1ヶ月間に行った精神科専門療法

(複数回答可) (N=454)



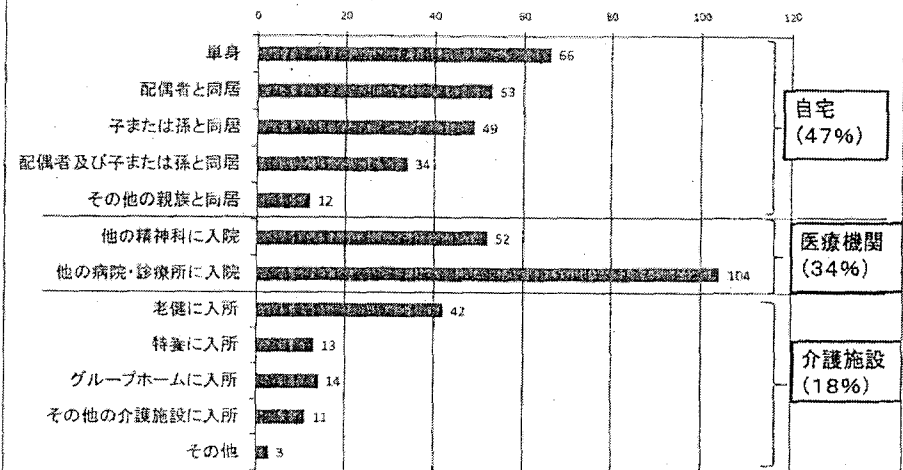
問15 診療費等支払い方法

(複数回答可) (N=454)



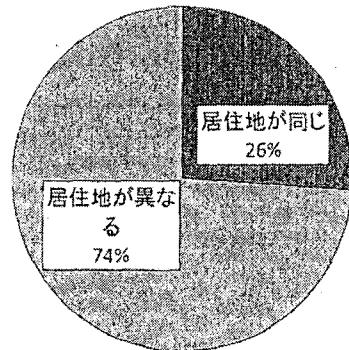
問17 対象者の入院前の状況

(N=453)



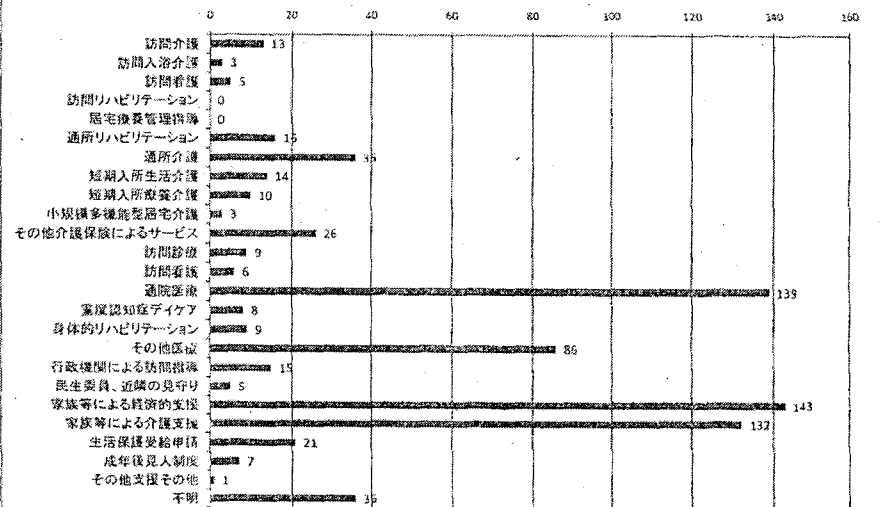
問16 病院の所在市町村と患者居住地が同じか

(N=453)



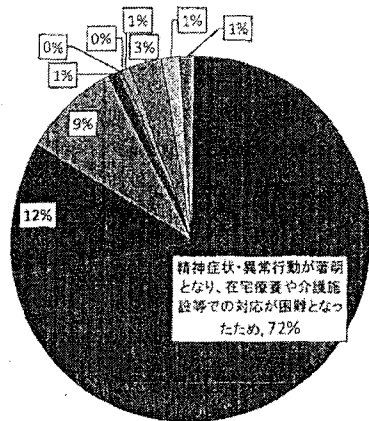
問18 入院直前の介護サービス、医療、その他の支援の利用状況

(複数回答可) (N=453)



問19 入院の理由

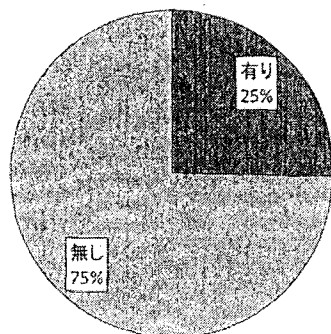
(N=453)



- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できなかったため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

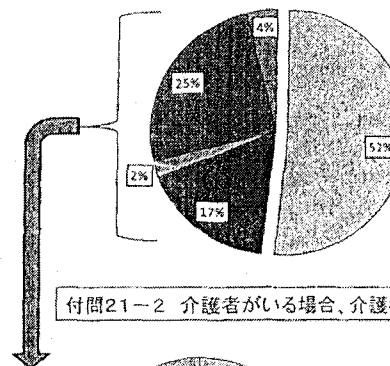
問20 対象者の地域との関わり合い(身近に気軽に相談できる相手がいるなど)

(N=453)



問21 自宅での介護者の有無

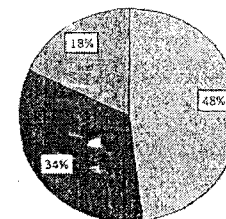
(N=451)



- 日中、夜間とも介護ができる人がいる
- 夜間のみ、介護ができる人がいる
- 日中のみ、介護ができる人がいる
- 日中、夜間とも介護ができる人がいる
- 不明

付問21-2 介護者がいる場合、介護者の健康状態

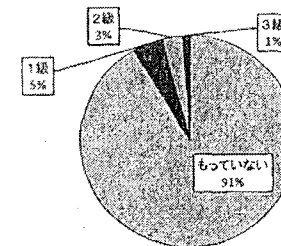
(N=200)



- 健康状態に問題なし
- 健康状態に不安がある
- 不明

問22 身体障害者手帳

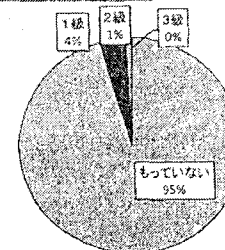
(N=450)



- もっていない
- 1級
- 2級
- 3級

問23 精神障害者保健福祉手帳

(N=448)

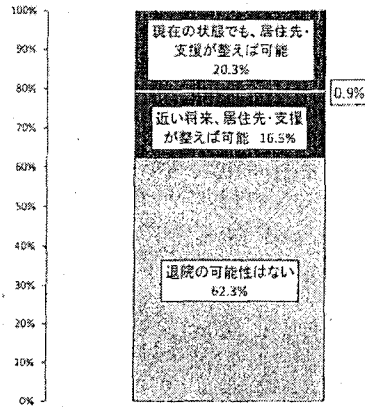


- もっていない
- 1級
- 2級
- 3級

問24 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

(N=454)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援を整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



問26 問24で1、あるいは3と回答した人のうち、退院後に必要な支援

(N=167)

1番目に必要な支援

精神科の定期的な通院	53人	31.7%
小規模多機能型居宅介護	38人	22.8%
自宅を訪問して行われる支援	11人	6.8%
訪問診療	4人	2.4%
短期入所して行われる支援	4人	2.4%

2番目に必要な支援

身体的リハビリテーション	33人	19.8%
短期入所して行われる支援	26人	15.6%
経済的支援	23人	13.8%
訪問診療	20人	12.0%
精神科の定期的な通院	19人	11.4%

3番目に必要な支援

自宅以外の場所に通って行われる支援	22人	13.2%
訪問診療	22人	13.2%
経済的支援	15人	9.0%
精神科の定期的な通院	12人	7.2%
身体的リハビリテーション	8人	4.8%

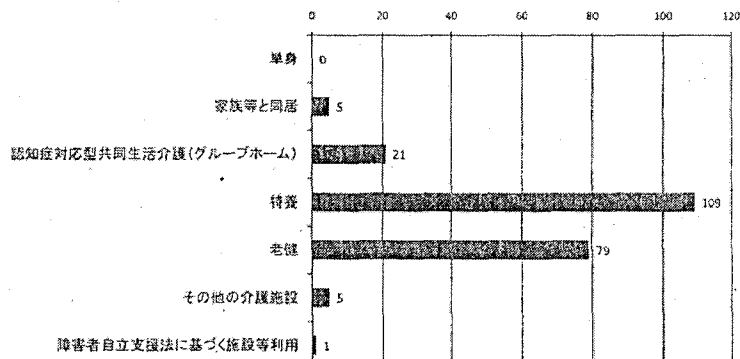
4番目に必要な支援

精神科以外の定期的な通院	11人	6.6%
重度認知症デイケア	11人	6.6%
身体的リハビリテーション	9人	5.4%
成年後見制度等の活用	9人	5.4%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	3.6%

問25 問24で1、あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

(複数回答可) (N=167)

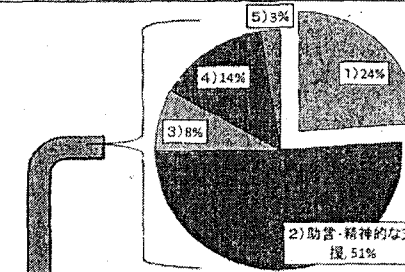
単身	0	0.0%
家族等と同居	5	3.0%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	21	12.6%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	103	65.3%
介護老人保健施設(老健)	79	47.3%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	5	3.0%
障害者自立支援法に基づく施設等利用(ケアホーム、グループホームなど)	1	0.6%



※33人は、特養と老健を重複して回答

問27 問24で1、あるいは3と回答した人のうち、仮に退院するとした場合、家族や友人などから得られる支援の程度

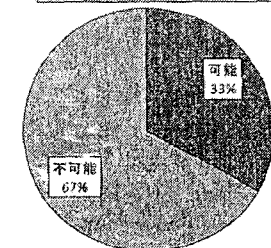
(N=167)



- 1. 支援は得られない
- 2. 助言・精神的な支援
- 3. 複数回のADL, IADLの支援
- 4. ほぼ毎日のADL, IADLの支援
- 5. 必要であれば24時間を通じてのADL, IADLの支援や見守り

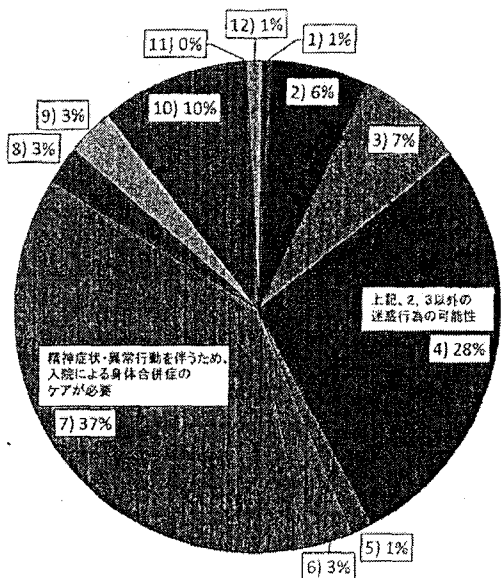
付問27-1 問27で2、3、4、5と回答した人のうち、回答した支援が得られれば退院可能か

(N=125)



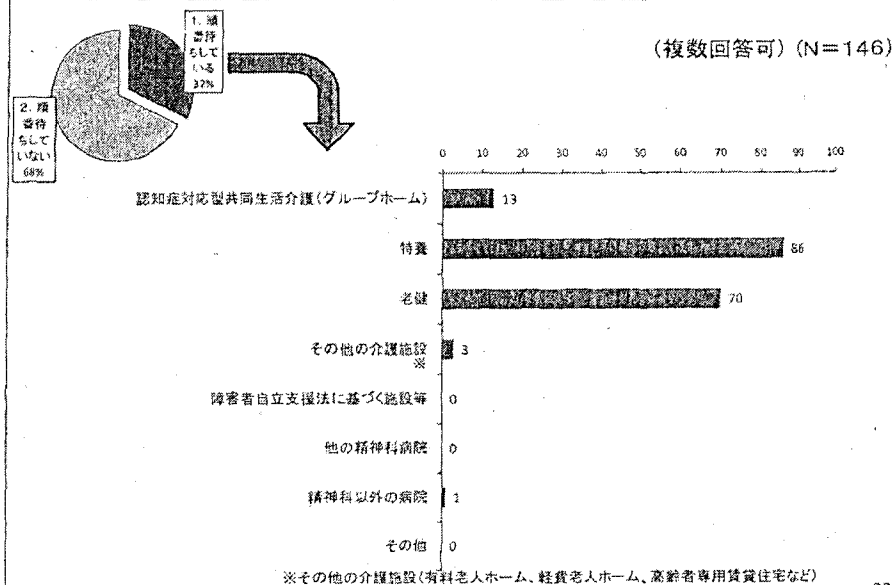
- 可能
- 不可能

問28 問24で4の回答をした人のうち、退院の可能性がない理由 (N=283)



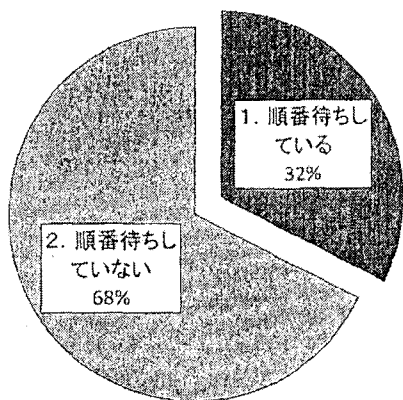
- 1. 自傷行為・自殺企図の可能性が高い
- 2. 地着行為の危険性が高い
- 3. 大声を出す可能性が高い
- 4. 上記、2、3以外の迷惑行為を起こす可能性が高い
- 5. 治療・服薬への心理的抵抗が強い
- 6. 陽性症状(幻覚・妄想)が重症
- 7. 精神症状・異常行動を伴うため、入院による身体合併症の医療ケアが必要
- 8. 生命維持が必要な程度の身体合併症を伴う(気管切開・IVHなど)
- 9. 本人の症状は落ち着いているが、家族からの退院の了解が得られない
- 10. 介護が必要だが、本人の症状が落ち着かず、介護の支援があったとしても生活が組み立てられない
- 11. 経済的な理由
- 12. その他

付問29-1 問29で1の回答をした人のうち、どのような施設を順番待ちしているか

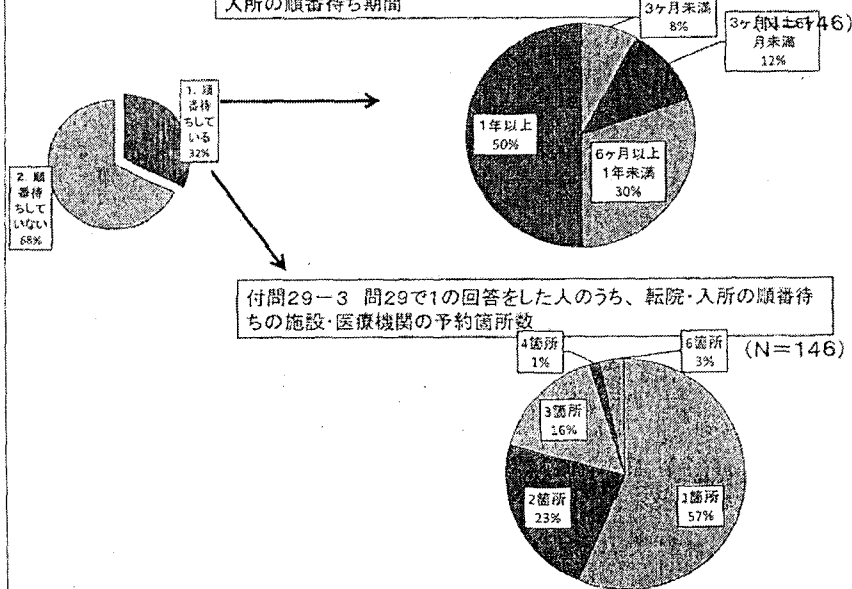


問29 現在転院・入所の順番待ちをしているか

(N=452)

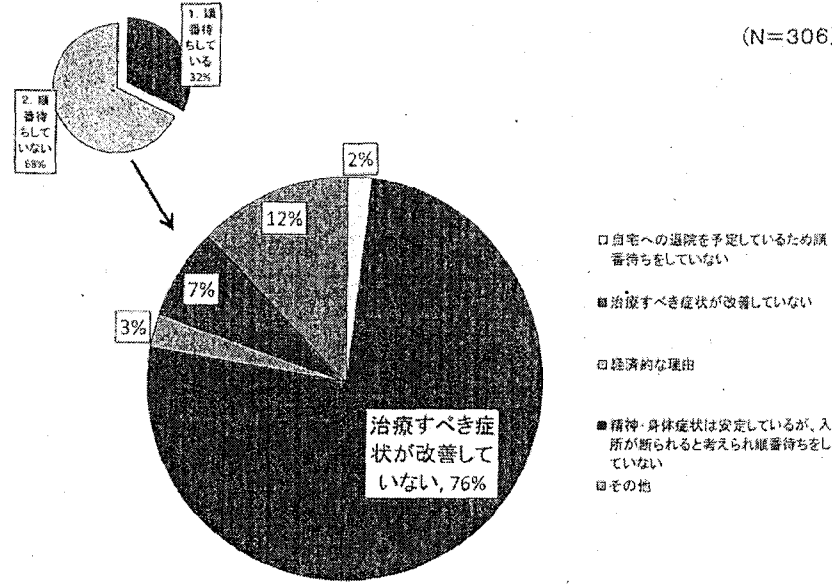


付問29-2 問29で1の回答をした人のうち、転院・入所の順番待ち期間



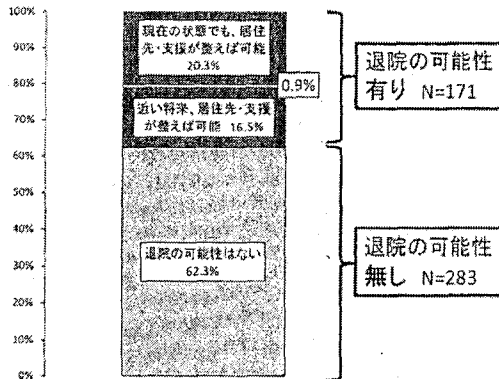
付問29-4 問29で2の回答をした人のうち、順番待ちをしていない理由

(N=306)

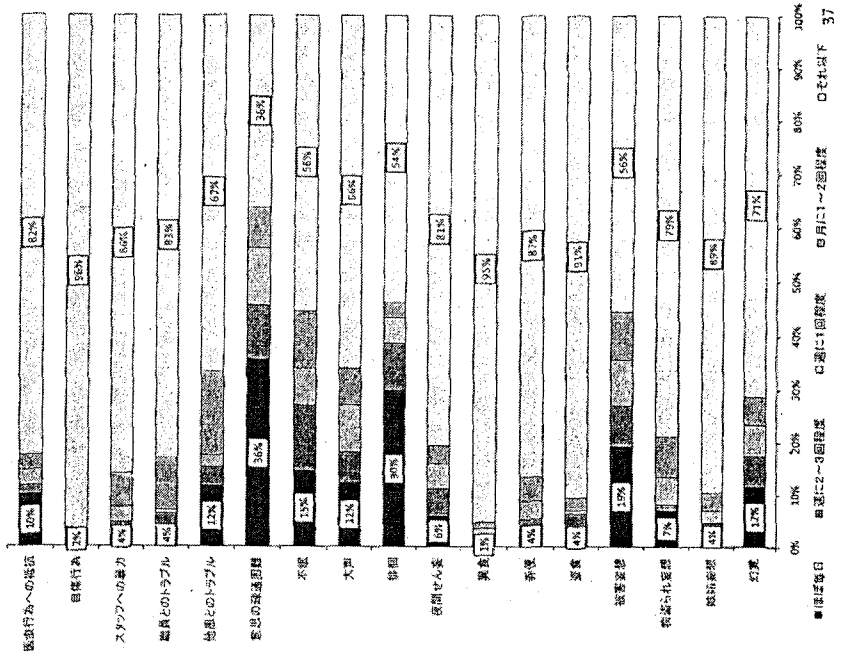


問24(居住先・支援が整った場合の退院の可能性)とのクロス集計

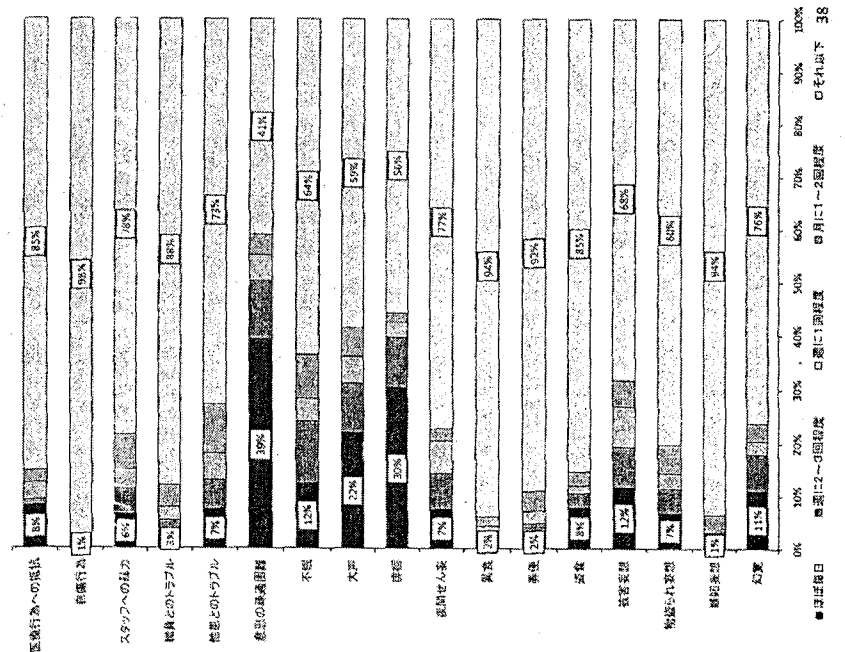
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

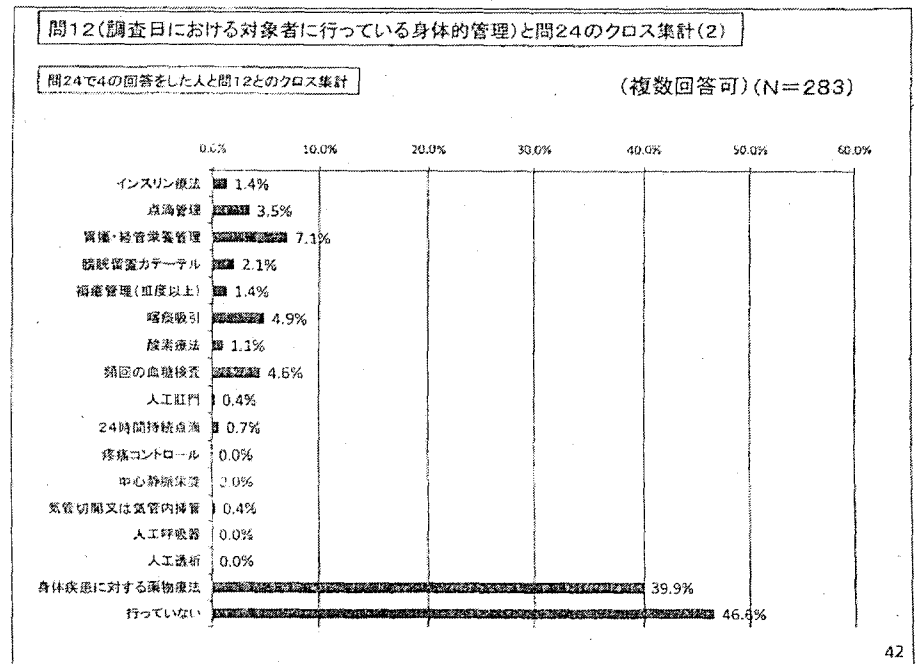
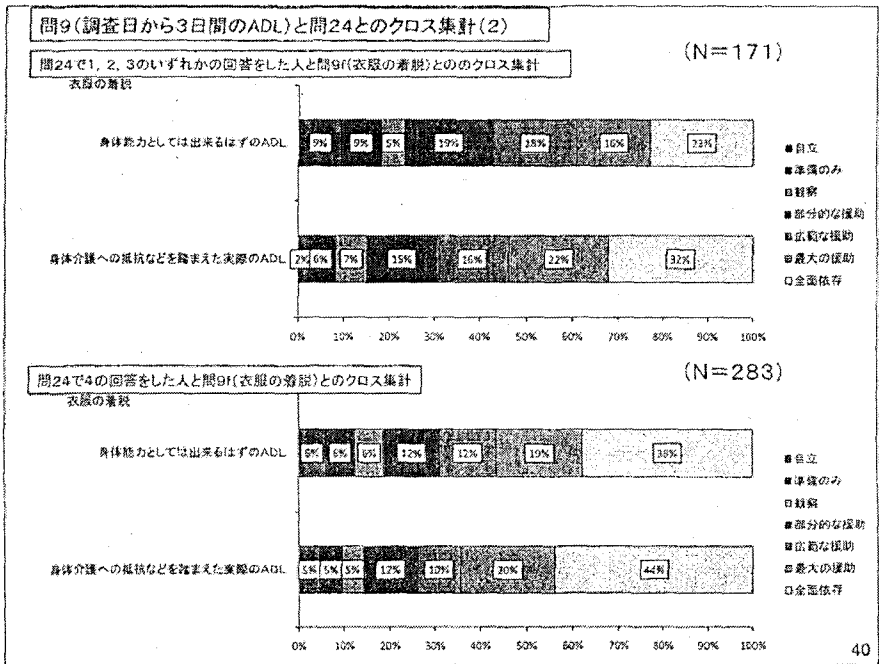
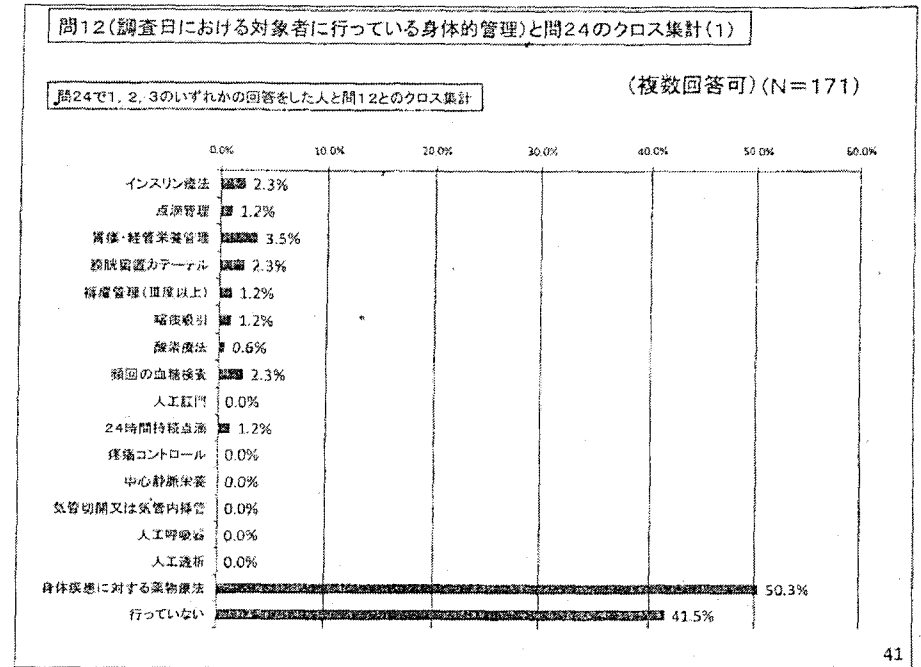
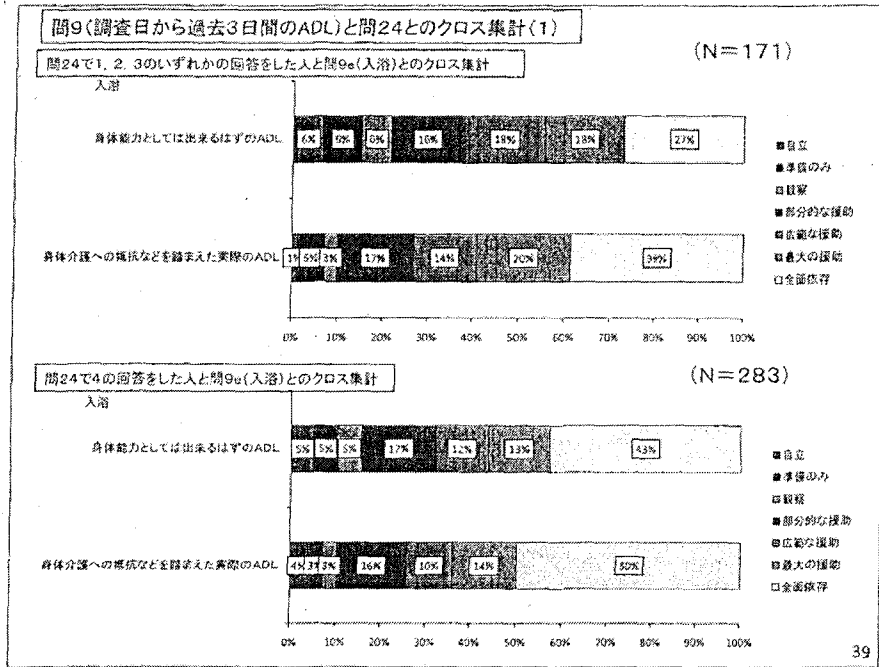


問24で1、2、3のいずれかの回答をした人と問8のクロス集計 (N=171)



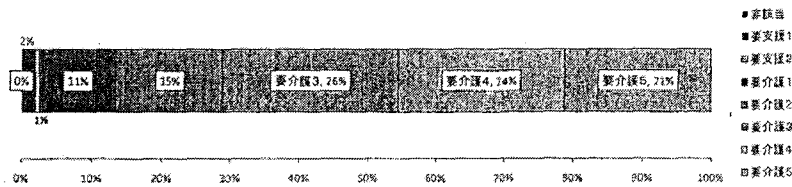
問24で4の回答をした人と問8のクロス集計 (N=283)



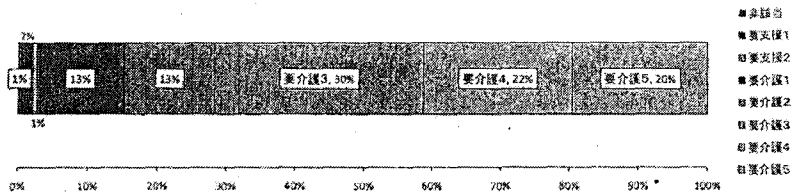


問6(要介護認定)と問24のクロス集計

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】 (N:156 =171-15)



問24で4の回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】 (N:184 =282-98)



「精神病床における認知症入院患者に関する調査」に関する論点(案)

精神病床における認知症入院患者(454人)に関する集計結果を踏まえ、論点(案)や退院可能性の有無と関係すると思われる項目について、調査結果に対する論点(案)として整理した。

論点1 精神症状・異常行動と治療の状況

- 過去1カ月間に何らかの精神症状・異常行動のあった割合は、99%【問8】
- 精神症状・異常行動の発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%
「月1~2回程度よりも少ない(月1回未満)」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%【問8】
- 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、その他の向精神薬56%、抗認知症薬7%【問14】
- 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「入院生活技能訓練療法」60%、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%【問14-2】
- 精神症状・異常行動の状況【問8】について、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない」の患者(62%)と、それ以外(退院可能性がある)の患者【問24】で比較したところ、「大声：ほぼ毎日」の割合がそれぞれ22%、12%、「徘徊：ほぼ毎日」はともに30%【スライド37, 38】

⇒ ほとんどの患者が何らかの精神症状・異常行動を有する。精神症状等の発生頻度では、「意思の疎通困難：ほぼ毎日」が約4割である。それ以外の症状は、月1~2回より少ない(月1回未満)患者が半数以上を占める。また、精神症状に対する投薬・治療を行っている患者は約6割である。精神症状・異常行動及び治療の状況と退院可能性との関係について、どのように考えるか。

論点2 身体合併症と医学的管理の状況

- 身体合併症を有する患者の割合は、87%【問11】
- 身体合併症について「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は、26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は、61%【問11】
- 調査日に身体的管理を「行っていない」患者の割合は、44.7%、「身体疾患に対する薬物療法」の割合は、43.8%【問12】
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%【問13】
- 調査日の身体的管理の状況について、退院可能性の有無【問24】で比較したところ、「行っていない」それぞれ41%、46%、「身体疾患に対する薬物療法」それぞれ50%、40%であったが、「頻回の血糖検査」、「喀痰吸引」、「胃瘻・経管栄養管理」、「点滴管理」は、退院の可能性がない患者の方が、当該管理を行っている患者の割合が高い【スライド41, 42】

⇒ 身体合併症を有する患者の割合は約9割おり、そのうち、入院治療が必要な程度の身体合併症を有する患者は26%、外来通院が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は61%である。また、月1回以上他科受診をしている患者の割合は2割である。身体合併症及び治療の状況と退院可能性について、どのように考えるか。

論点3 意思の疎通困難等の精神症状を有する患者へのケア

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護などの抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加【問9】
- 要介護度認定については、「申請なし」25%であるが、「要介護3～5」が53%【問6】
- ADL【問9】について、退院可能性の有無【問24】で比較すると、退院の可能性がない患者の方が、出来るはず及び実際のADLともに、困難度が増加【スライド39, 40】
- 精神症状等に伴う実際のADLの変化について、退院可能性の有無で比較すると、ADLの変化の傾向は、両方とも困難度がさらに増加している【スライド39, 40】
- 要介護度区分の分布【問6】について、退院可能性の有無【問24】で比較すると、どちらもほぼ同じ分布を示している【スライド43】

⇒ 意思の疎通困難等の精神症状を有する場合には、ADLの困難度は増加する。退院の可能性のない患者の方で、ADLの困難度は増加する。要介護度区分は、退院可能性の有無にかかわらず、ほぼ同じ分布である。認知症患者に対するケアの困難度や要介護度区分と退院可能性について、どのように考えるか。

論点4 適切な生活・療養の場と退院後に望まれる支援

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性として、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」あるいは「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は、37%【問24】
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」17%【問25】
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援について、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所して行われる支援」2%【問26】
- 居住先・支援が整えば退院可能と回答【問24】した患者のうち、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%【問27】

⇒ 退院後の適切な生活・療養の場としては、特養、老健、グループホームがあがっている。退院後に必要な支援には、精神科の定期的な通院、小規模多機能居宅介護、自宅を訪問して行われる支援、訪問診療、短期入所などがあがっている。患者が退院できるように必要となる居住先や支援について、どのように考えるか。