

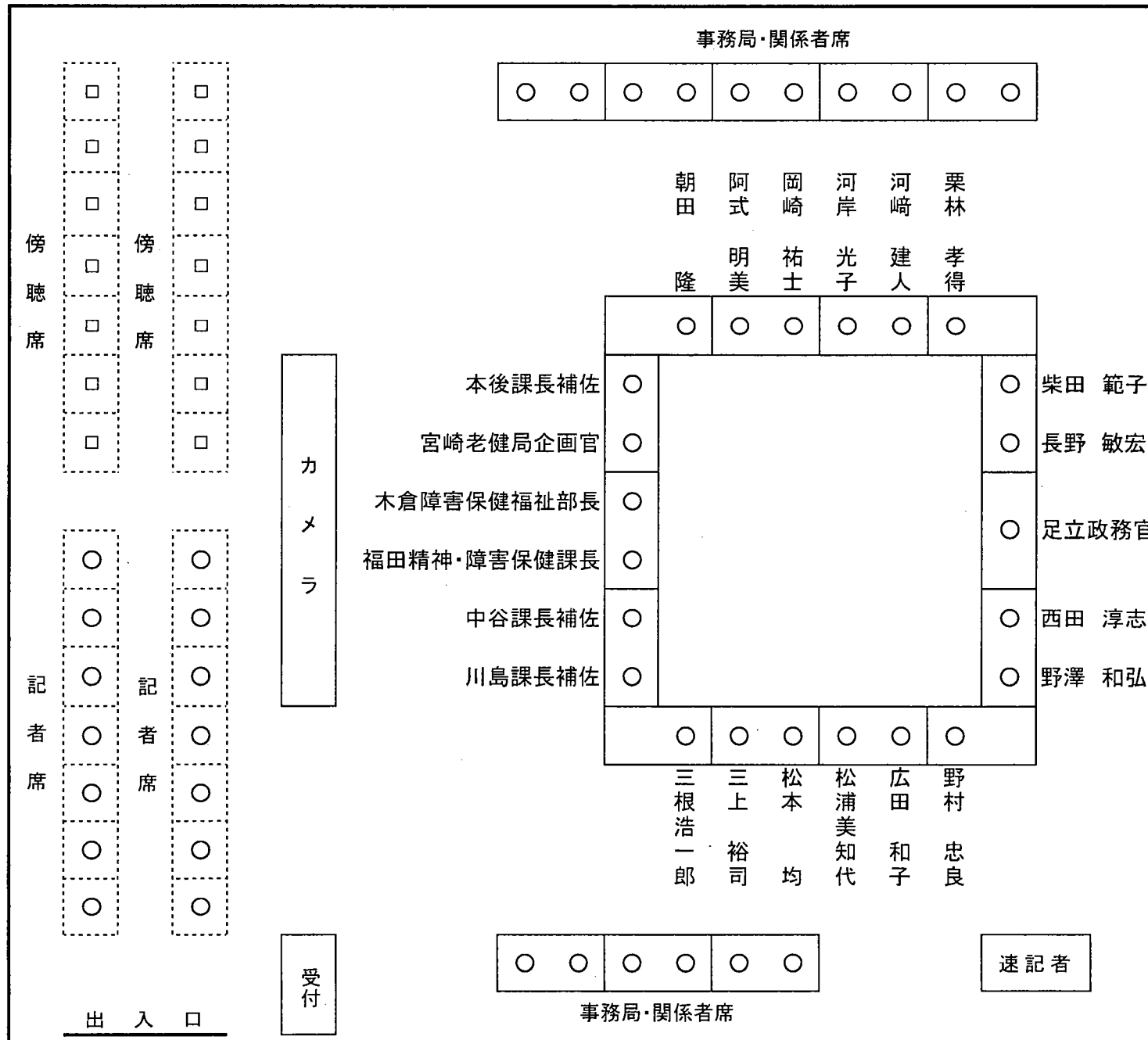
新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム  
(第6回)  
議 事 次 第

1. 日時 平成22年9月13日(月) 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) 構成員からのヒアリング
  
  - (2) 精神病床における認知症入院患者に対する追加調査について
  
  - (3) 意見交換

# 第6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9月13日(月) 18:00~20:00

於:厚生労働省 共用第7会議室(5階)



## 第6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 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 河崎構成員提出資料

資料2 三根構成員提出資料

資料3 長野構成員提出資料

資料4 精神病床における認知症入院患者に対する調査（案）

# 河崎構成員提出資料

## 認知症に対する精神科医療

河崎 建人

1

## 認知症とは

- 記憶と判断力の障害を基本とする症候群
- 判断力の障害として失語、失行、失認、行為遂行障害があらわれる。
- 現実に即した適切な行動ができなくなる。
- 大脳の皮質、白質、基底核の障害が一定レベルを超えて広範になると発症する。
- アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等がある。

2

## 精神科医療の役割

- 早期診断と鑑別診断  
認知症疾患医療センター
- BPSDに対する対応
- 身体合併症への対応
- 精神保健福祉法に則った医療の提供

3

## 認知症疾患医療センター

- 平成元年、老人性痴呆疾患センターとして創設された。
- 平成17年までに全国約150ヶ所整備されたが機能のばらつきが大きくセンター事業は中止となる。
- 平成20年4月より新しく「認知症疾患医療センター」事業がスタートした。

4

## 認知症疾患医療センターの3大機能

- ・ 早期診断と鑑別診断機能
- ・ 救急医療体制と身体合併症への対応機能
- ・ 専門医療相談と専門医療研修機能

平成22年8月26日現在82病院が指定を受けており、内51病院が日精協会員病院。

## BPSDに対する対応

- ・ 認知症の中核症状である記憶障害、見当識障害、判断力の障害以外の副次的に出現する周辺症状。
- ・ 精神症状（幻覚、妄想、抑うつ気分、不安等）と行動異常（攻撃、徘徊、不穏、興奮、焦燥、暴言、無気力等）に分類される。
- ・ 治療や介護の際に大きな問題となる。
- ・ 環境改善等の非薬物療法も重要であるが、向精神薬等の適正な使用による薬物療法が必要となる。

## 身体合併症への対応（1）

- 入院治療が必要となる特別な管理を要する身体合併症を持つ精神病床での認知症入院患者は24.9%を占める。（日常的な管理を要するのは40.9%）
- 認知症治療病棟を有する精神科病院の74%では他科（内科医等）の常勤医がいる。
- 対応可能な手技として経管栄養（86%）、挿管（51%）、IVH（45%）、気管切開（10%）、腎透析（2%）を行っている。

7

## 身体合併症への対応（2）

- 骨折等の整形外科領域を除けば転院は極めて少ない。
- 身体合併症のための転院がスムーズに行われている病院は20.7%にすぎない。

### 理由

身体科の医師や看護師などのスタッフが精神症状のある患者を敬遠する。（71.6%）

精神科の病棟がないので精神症状の対応が出来ない（70.6%）

- 総合病院精神科の身体合併症への対応が今後ますます重要となると同時に重度認知症身体合併症に対応する精神病床が必要である。

8



## 認知症治療病棟

- ・ 認知症治療の専門病棟で昭和63年老人性痴呆疾患病棟として新設され、現在は認知症治療病棟として運営されている。
- ・ 認知症治療病棟入院料は全国で450医療機関31,290床で算定されているが、日精協会員病院は394病院26,403床を占めている。
- ・ 精神症状及び行動異常（BPSD）が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点を置いた集中的な入院医療を行う。
- ・ 認知症治療病棟への新規入院患者の残存曲線では6ヶ月で50%、1年で36%であり長期在院の傾向が顕著である。

9

## 精神保健福祉法に則った医療の提供

- ・ 精神科での入院医療においては入院形態、行動制限に関して十分に人権に配慮した対応が精神保健福祉法で求められている。
- ・ 特に患者本人の意思に反しての入院や行動制限では精神保健指定医の判断が必要とされる。
- ・ 認知症では治療の必要性を認識できない場合が多く精神保健指定医の関与がより重要となる。

認知症入院患者の約半数は医療保護入院（全入院患者では40%以下）

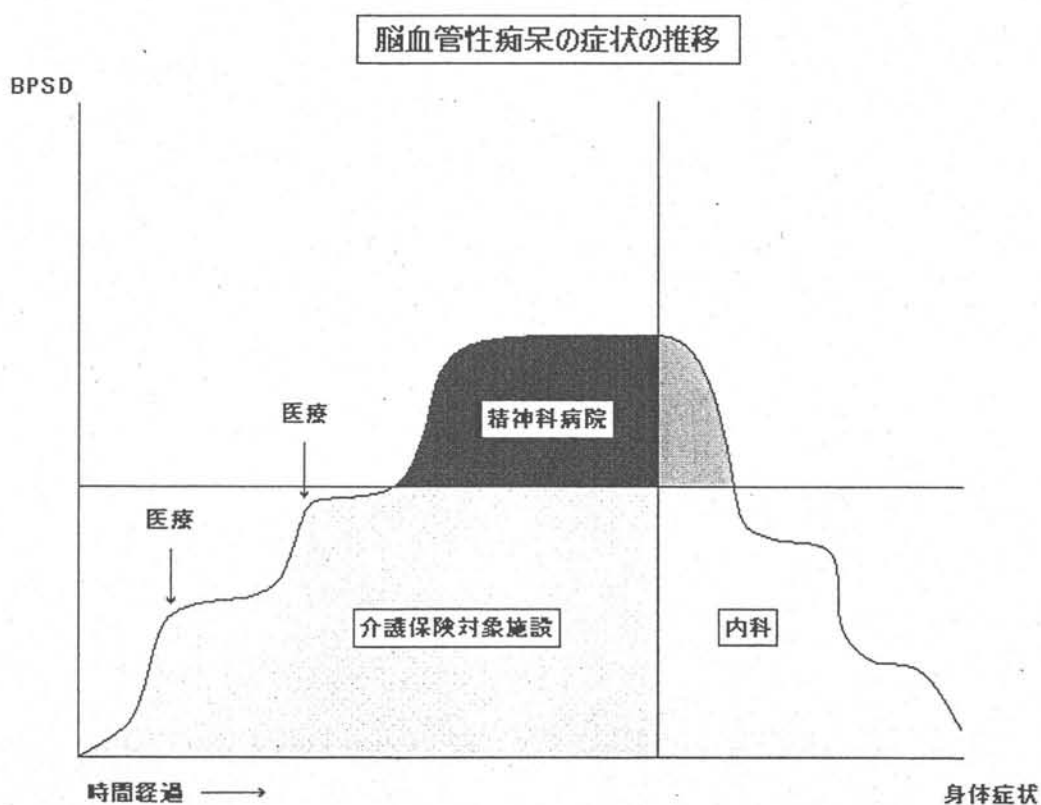
10

# 三根構成員提出資料

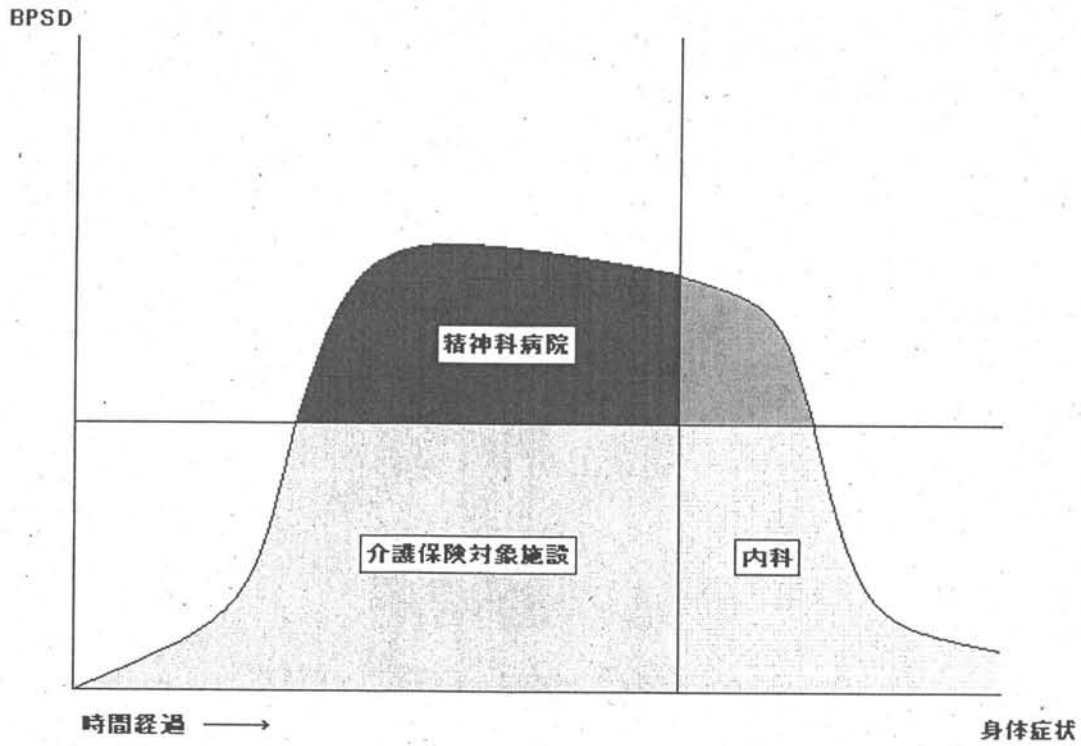
# 新たな地域精神保健医療体制 の構築に向けた検討チーム

新船小屋病院  
三根 浩一郎

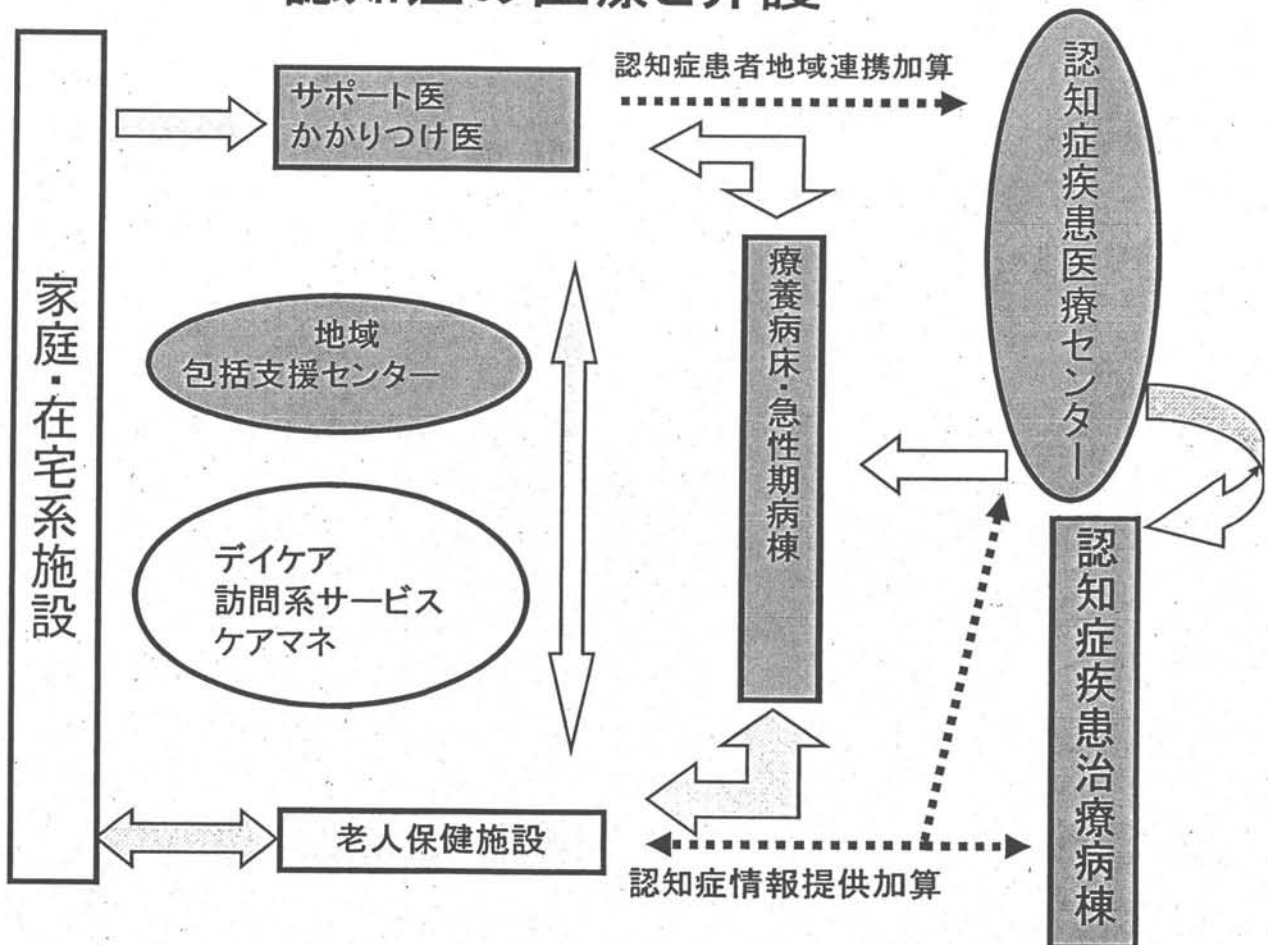
## 脳血管性認知症の症状の推移



# アルツハイマー型認知症の症状の推移

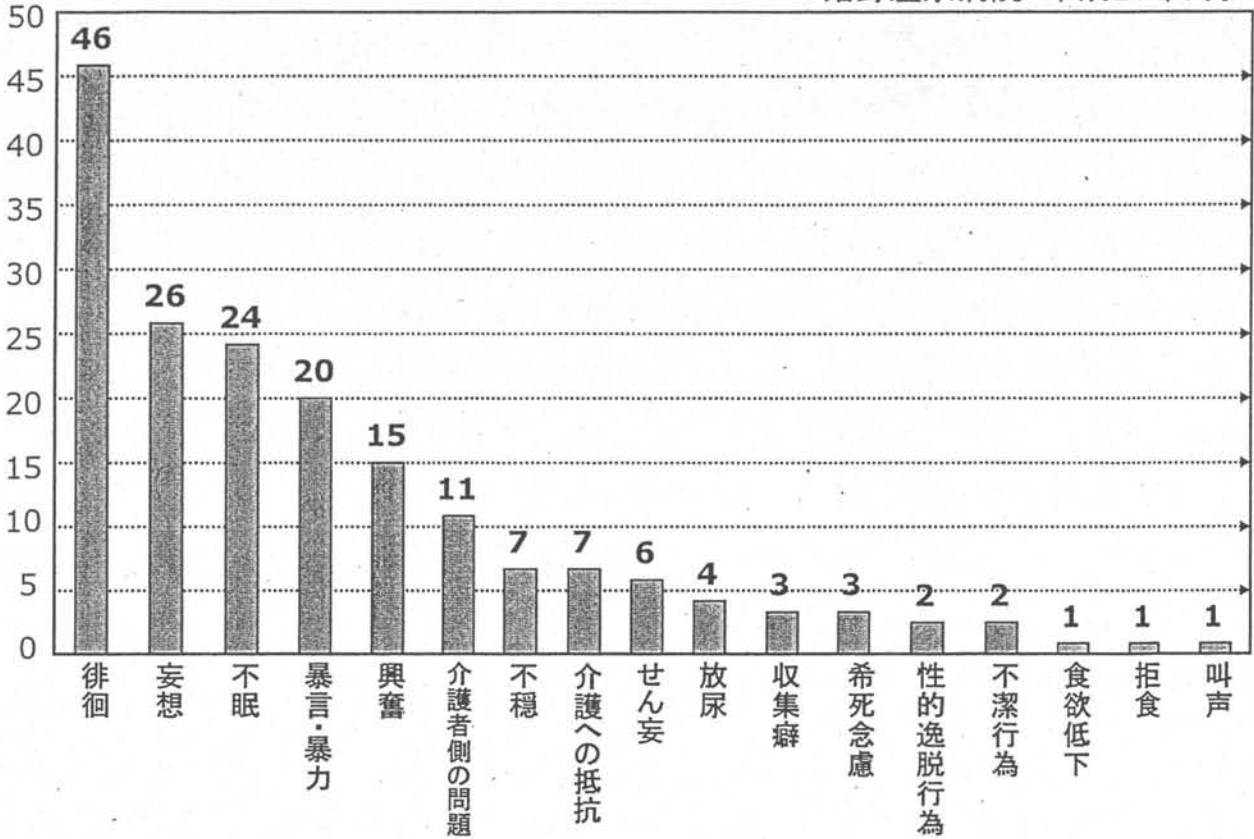


## 認知症の医療と介護



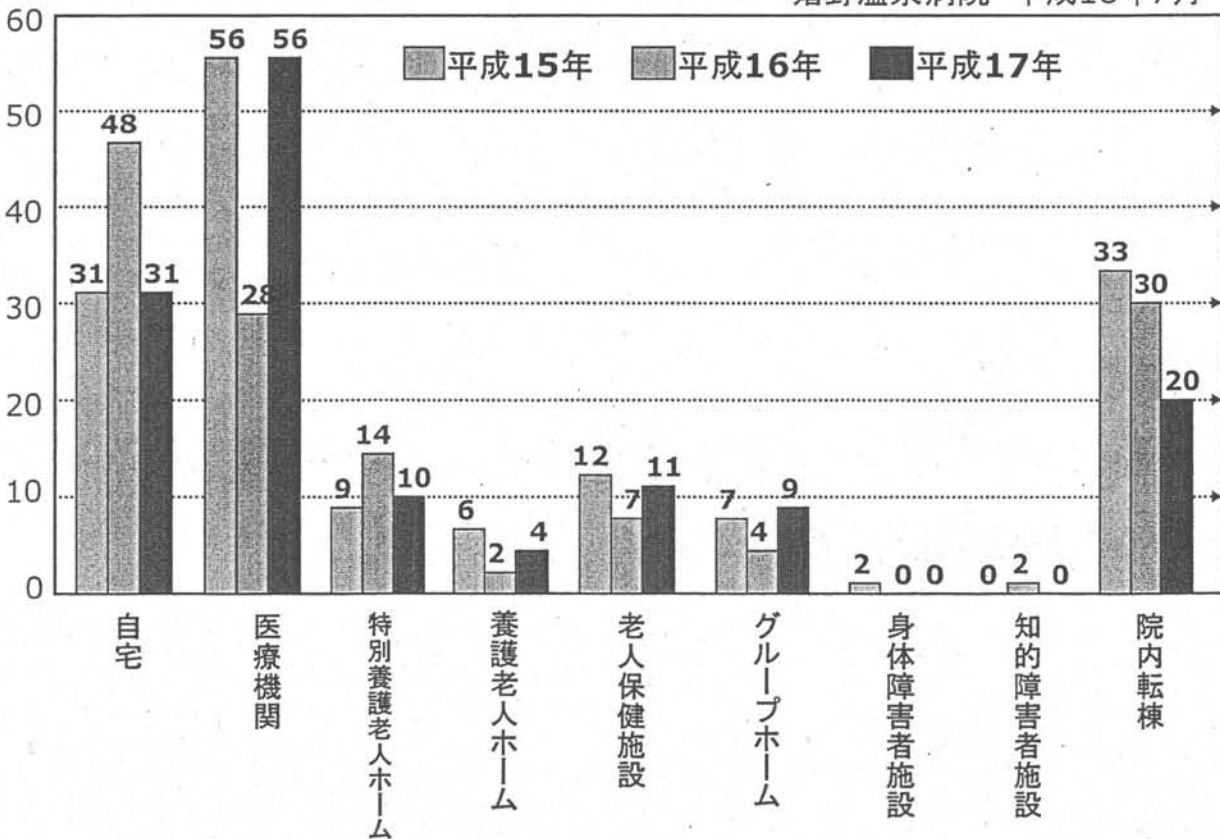
# 認知症治療病棟への入院理由

嬉野温泉病院 平成18年7月

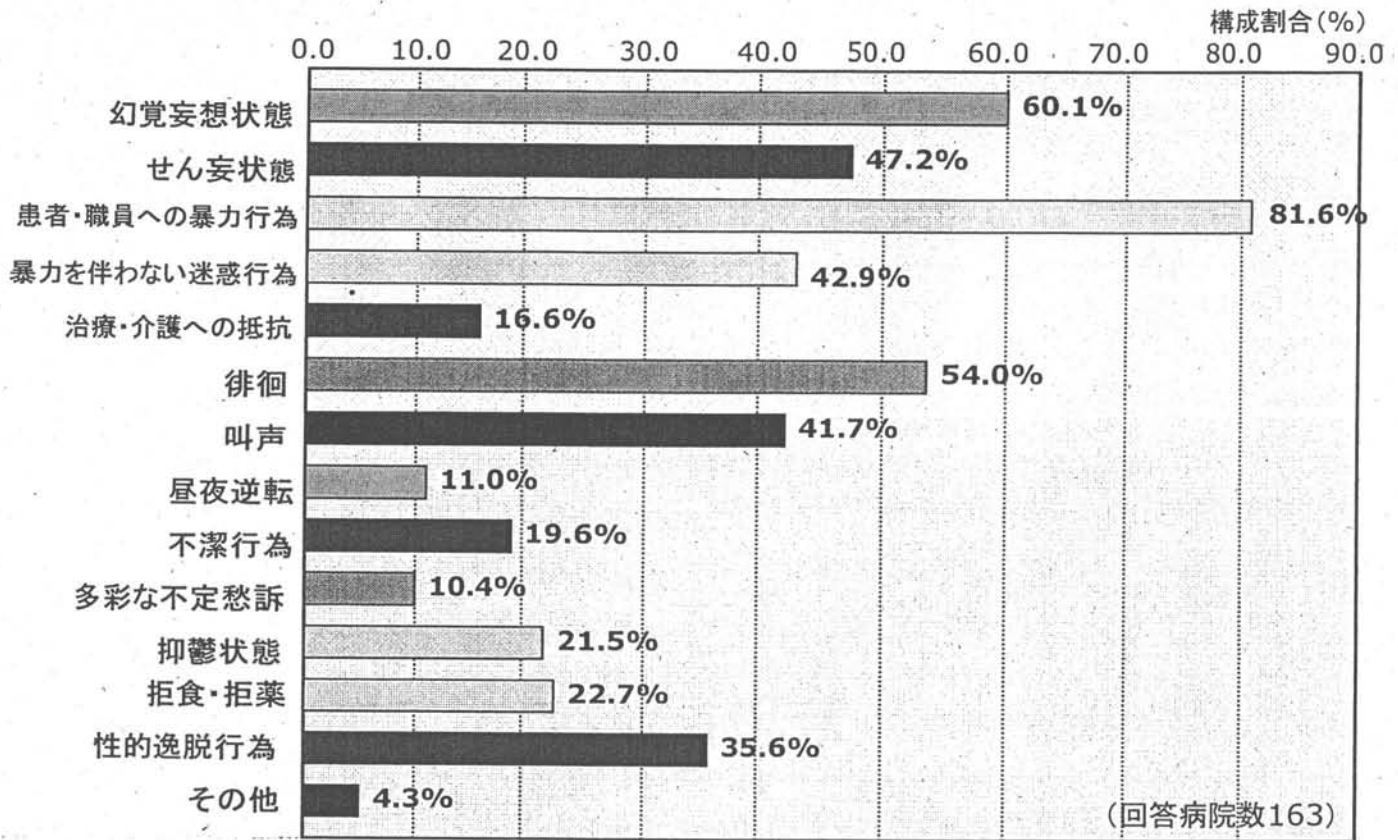


# 認知症治療病棟の入院経路

嬉野温泉病院 平成18年7月

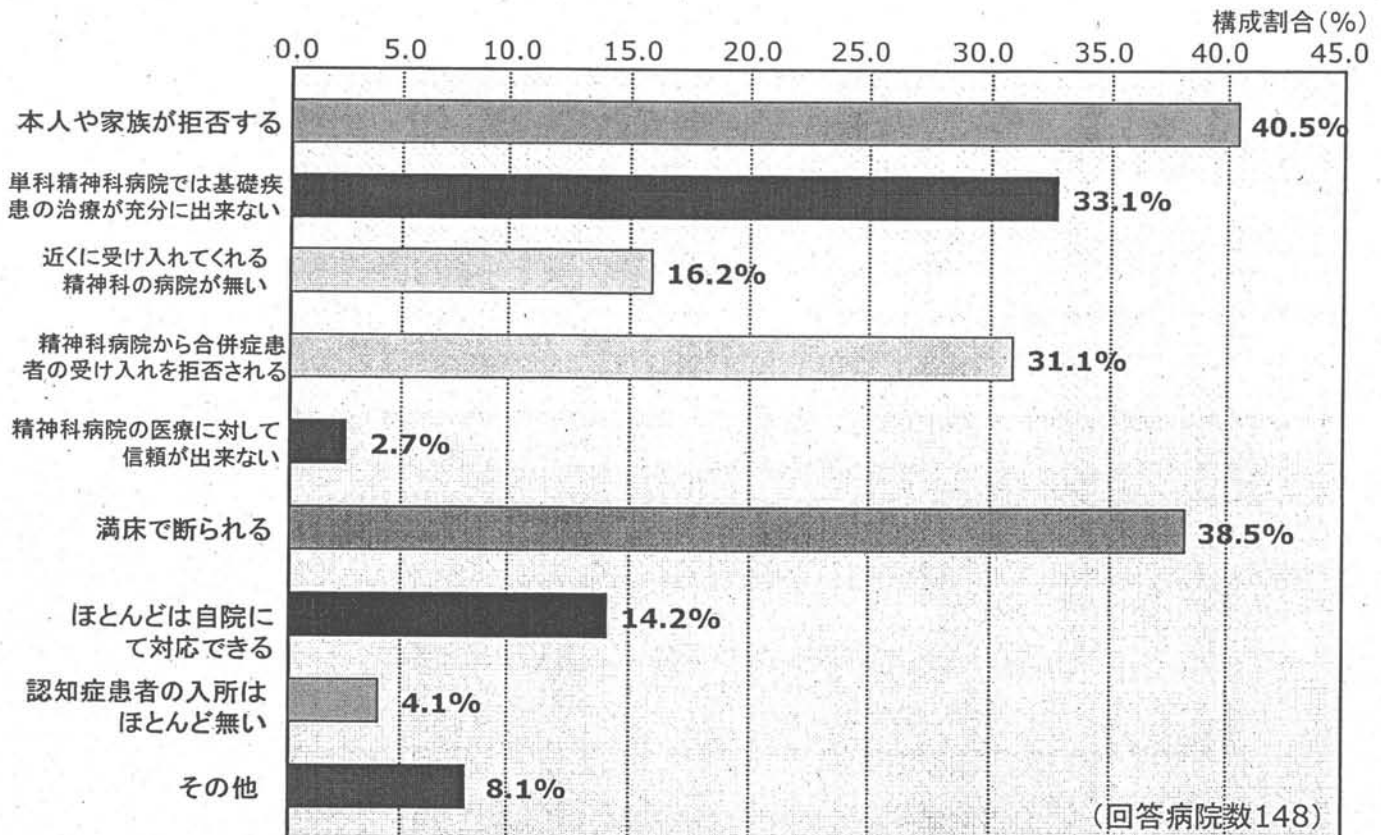


## 認知症を合併した患者を精神科病院へ転院させる状態（一般病院）



平成15年度 日精協研究事業

## 認知症高齢者を精神科病院に転院させられない主な理由（一般病院）

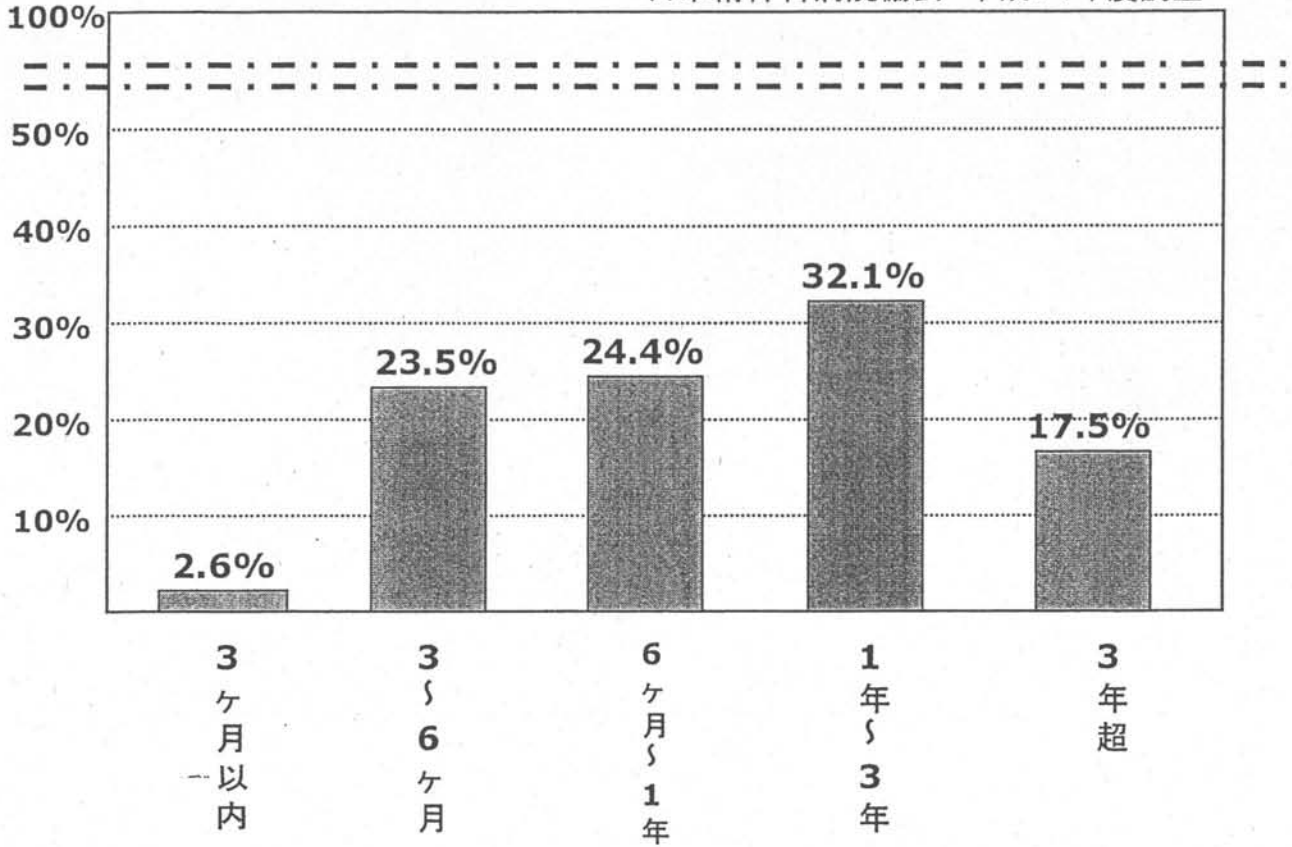


平成15年度 日精協研究事業

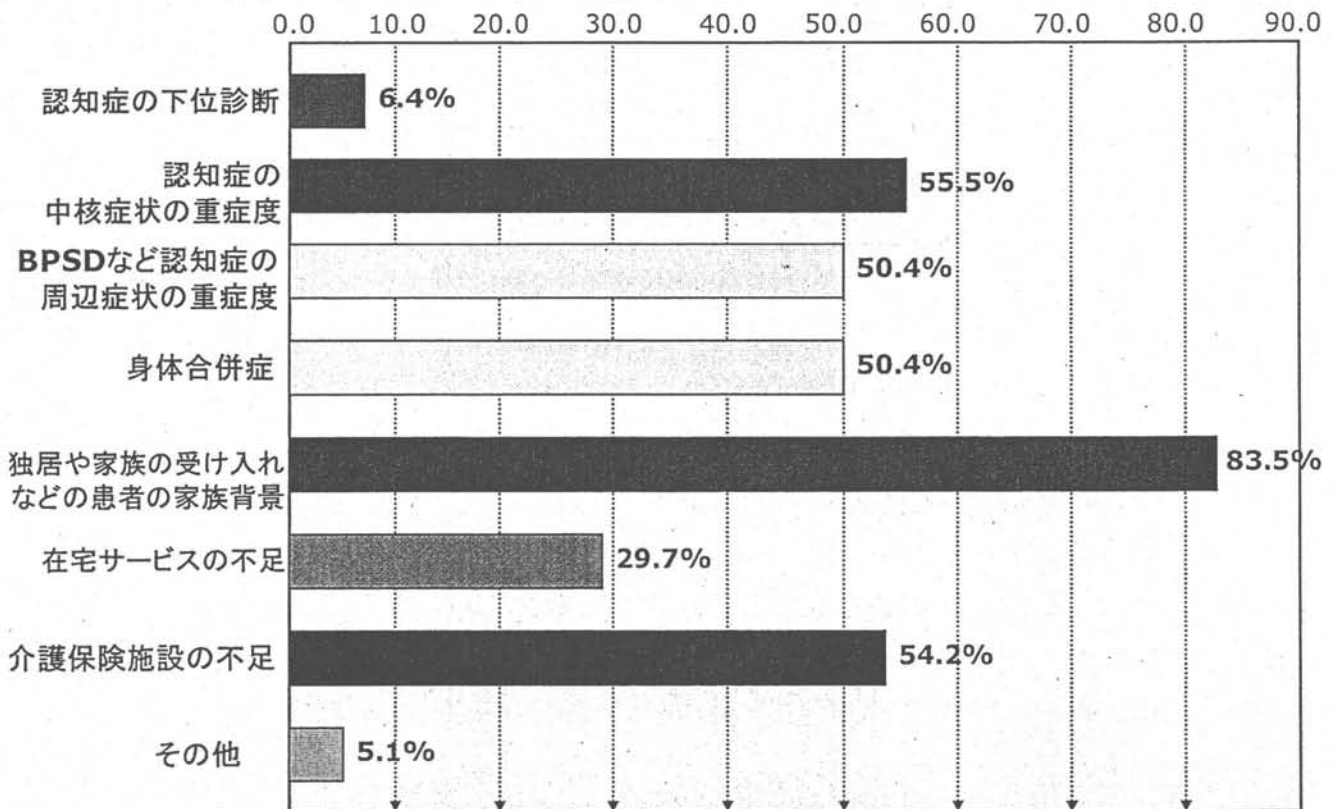


# 認知症治療病棟での治療期間

日本精神科病院協会 平成14年度調査



# 3ヶ月以上の長期在院の原因

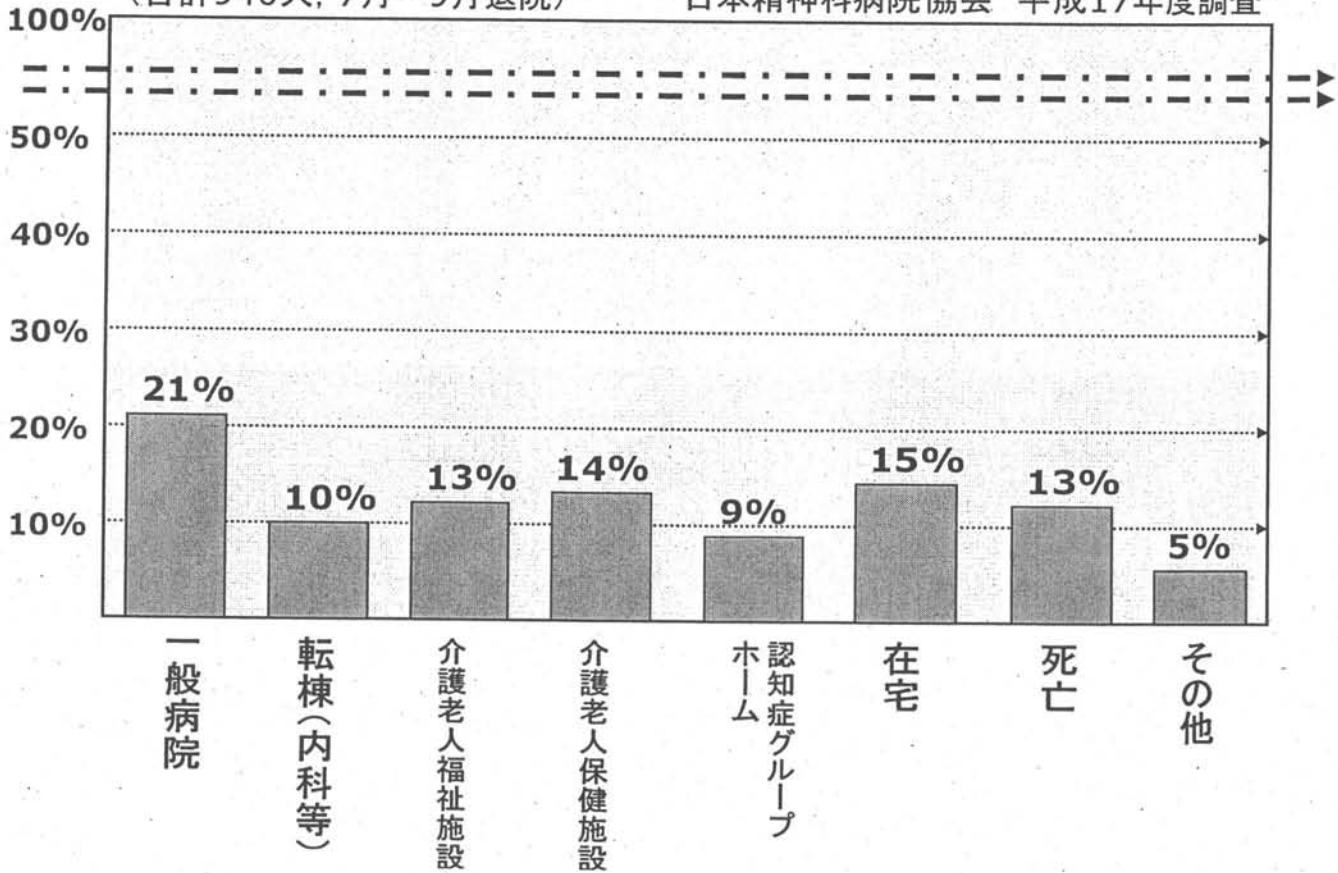


日本精神科病院協会 平成17年度調査

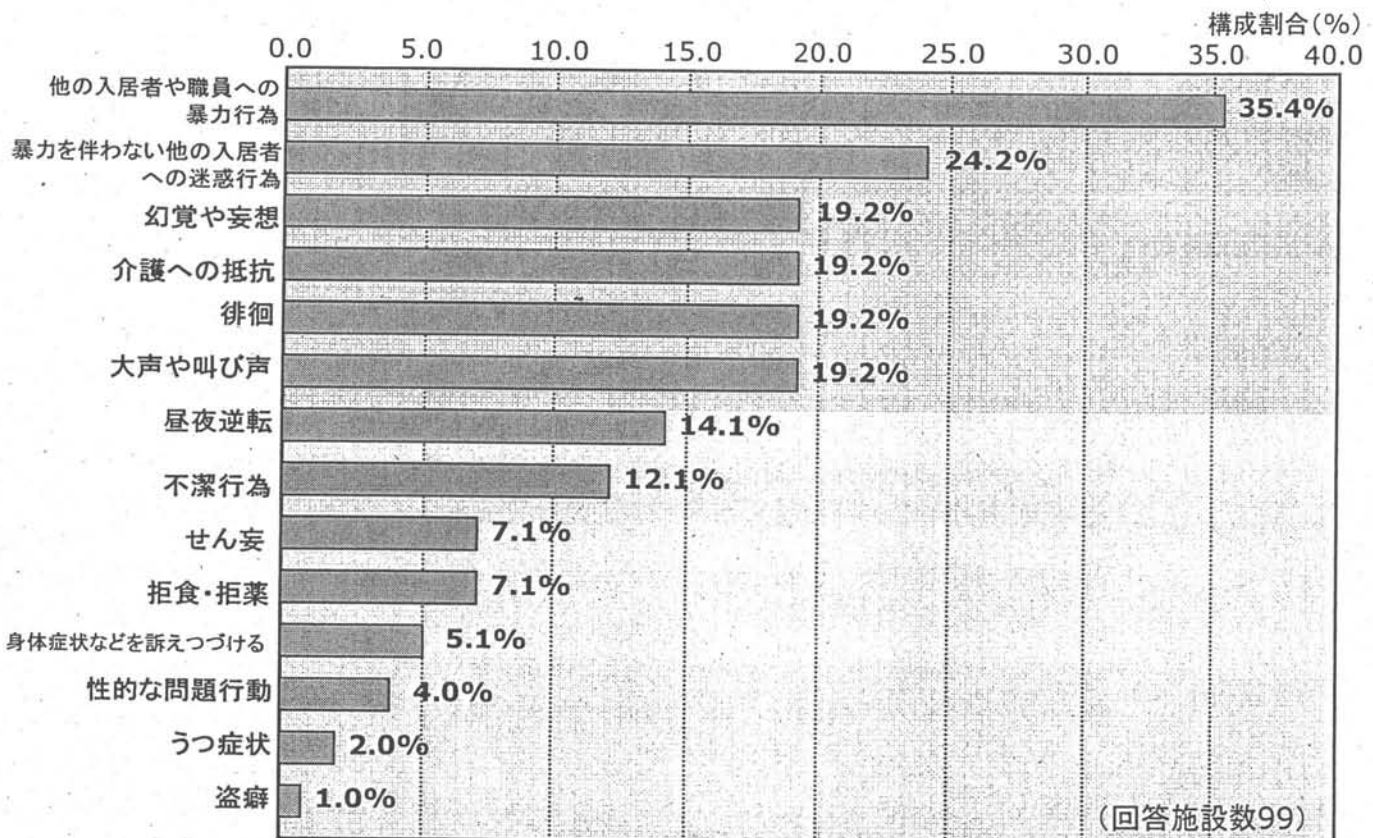
# 退院後の行き先について

(合計940人, 7月~9月退院)

日本精神科病院協会 平成17年度調査



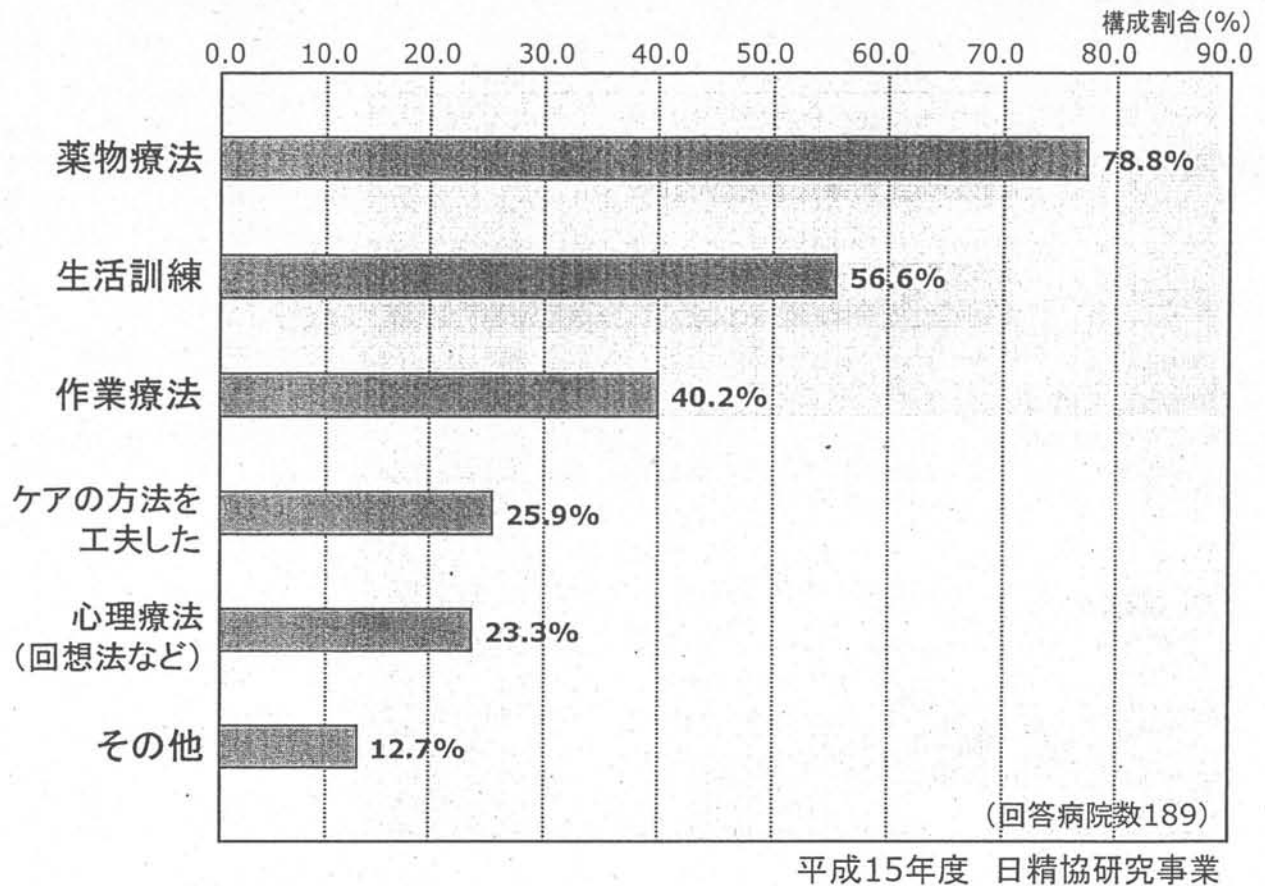
## 認知症対応型共同生活介護で入居継続が困難な理由



平成15年度 日精協研究事業



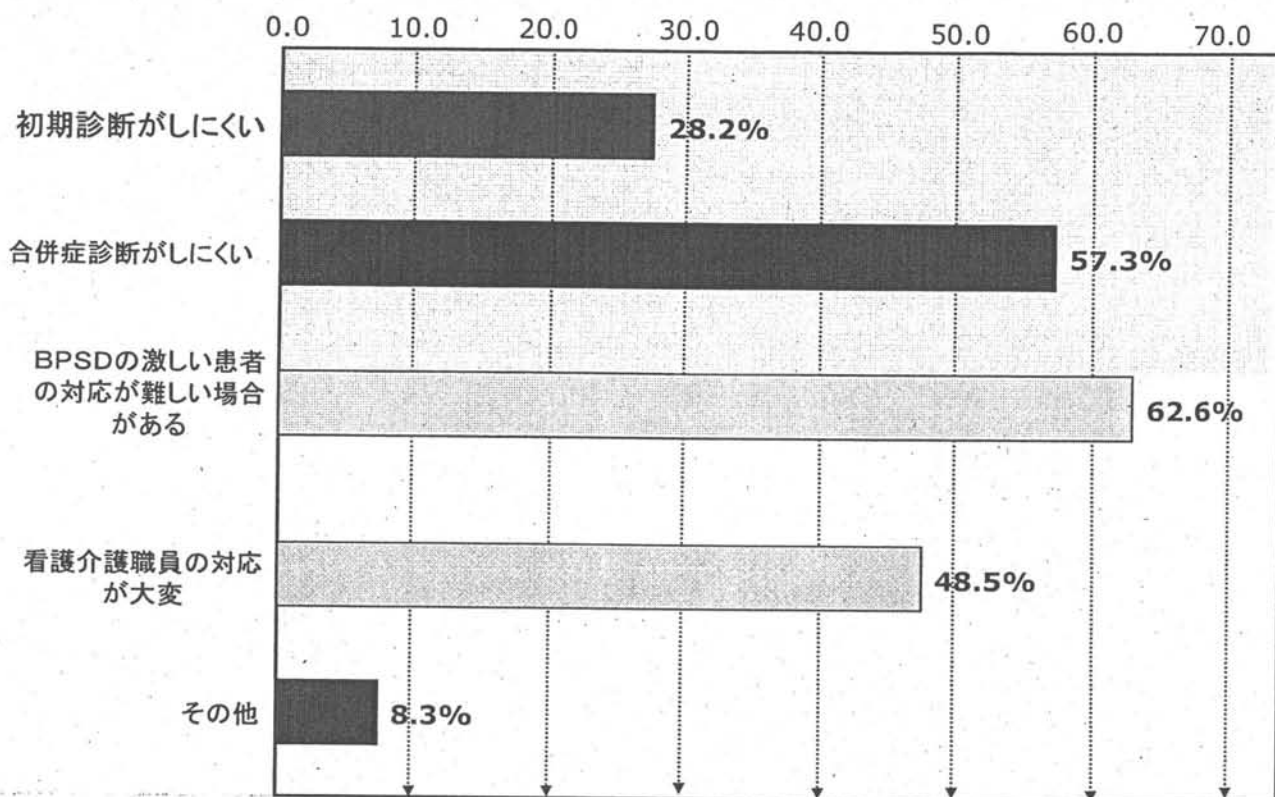
## BPSDが改善している場合に有効であったケアまたは治療



### 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為(介護保険指定基準)

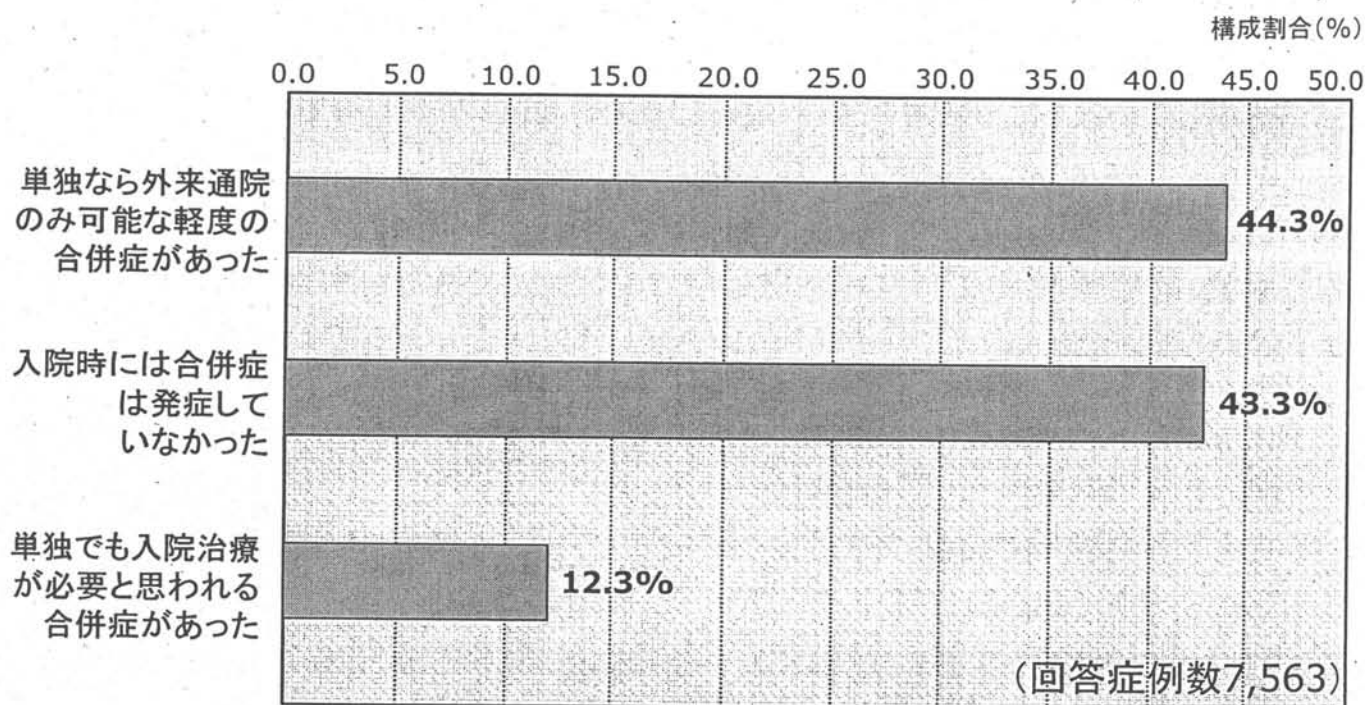
1. 徘徊しないように、車椅子や、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
9. 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
11. 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

## 認知症専門棟に当初から入院する場合、不都合なこと



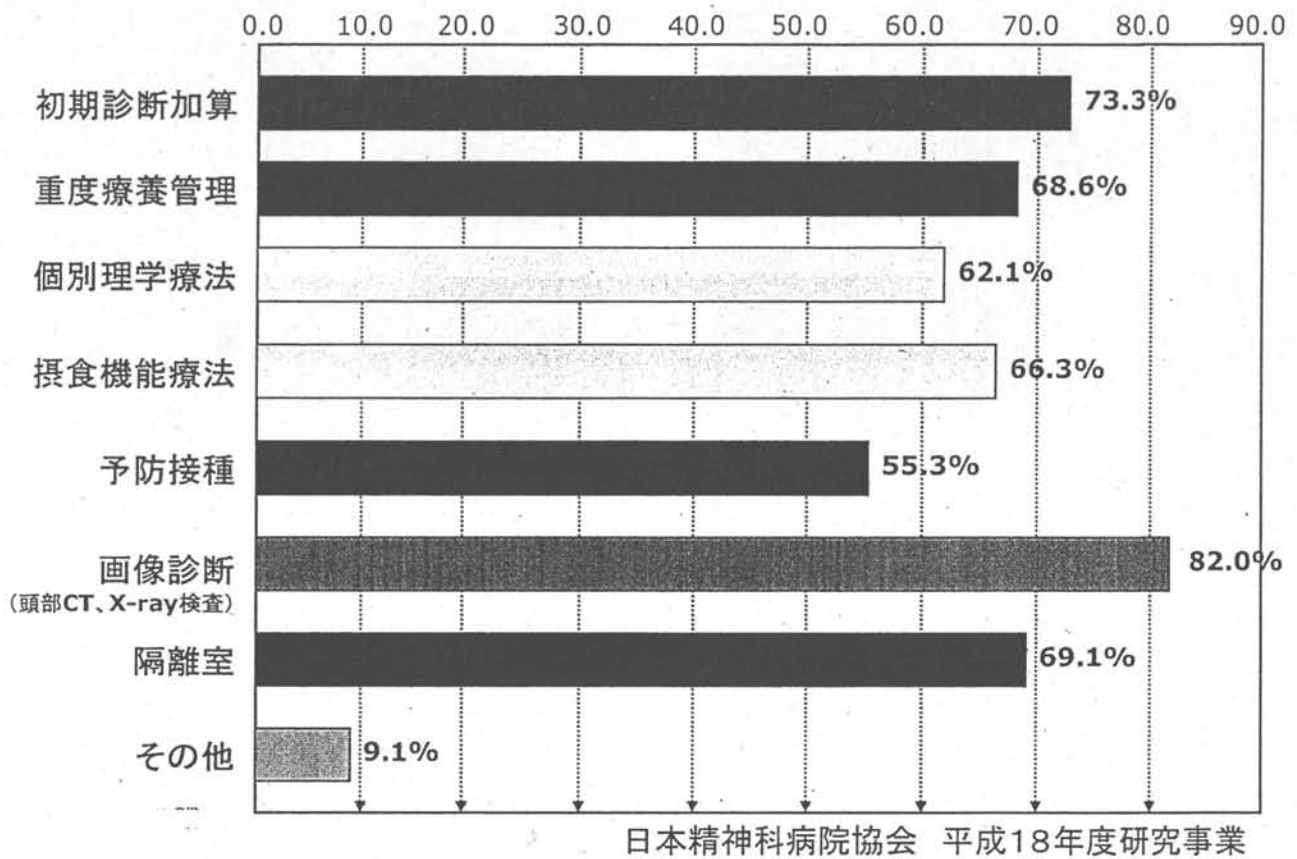
日本精神科病院協会 平成18年度研究事業

## 合併症について

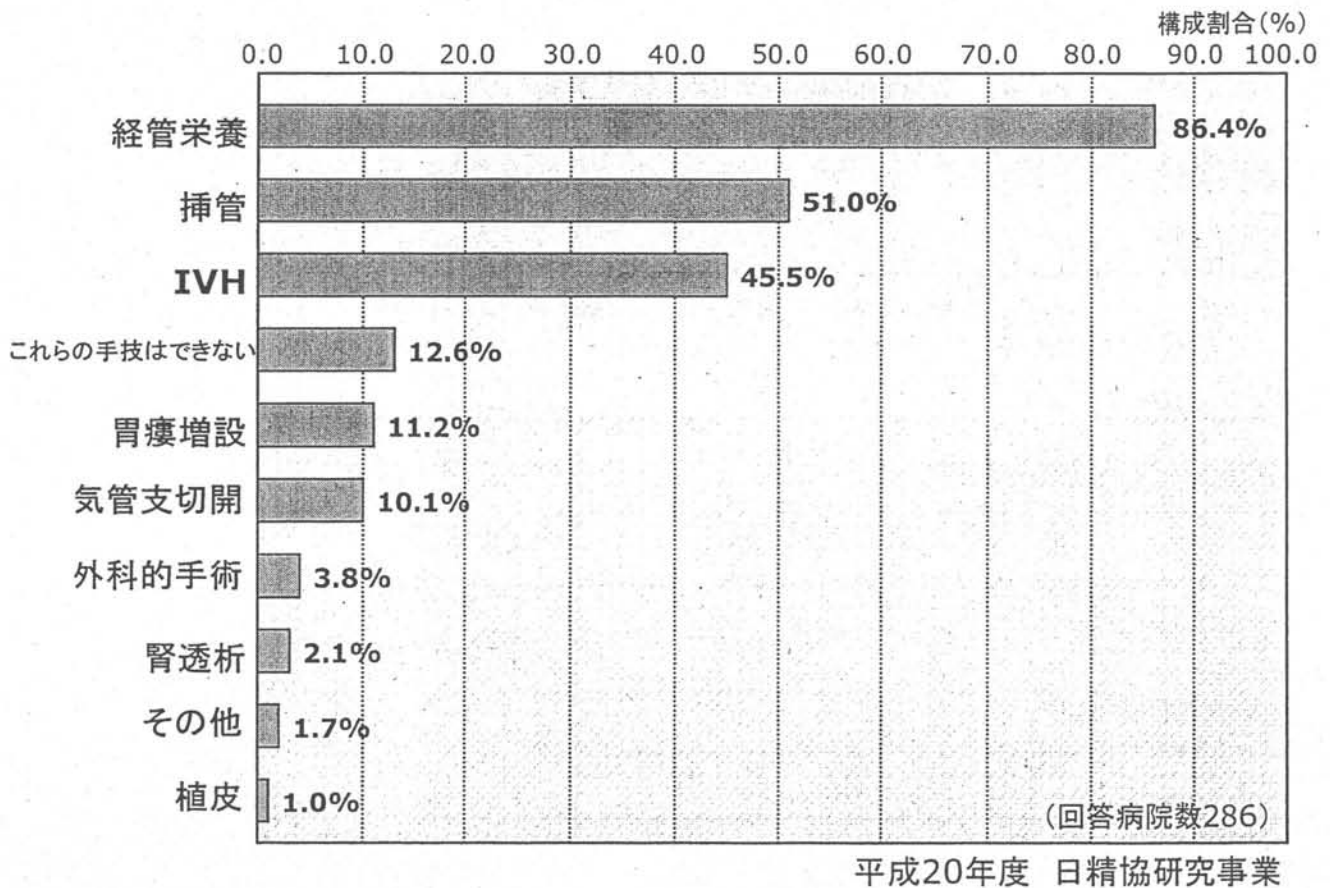


平成20年度 日精協研究事業

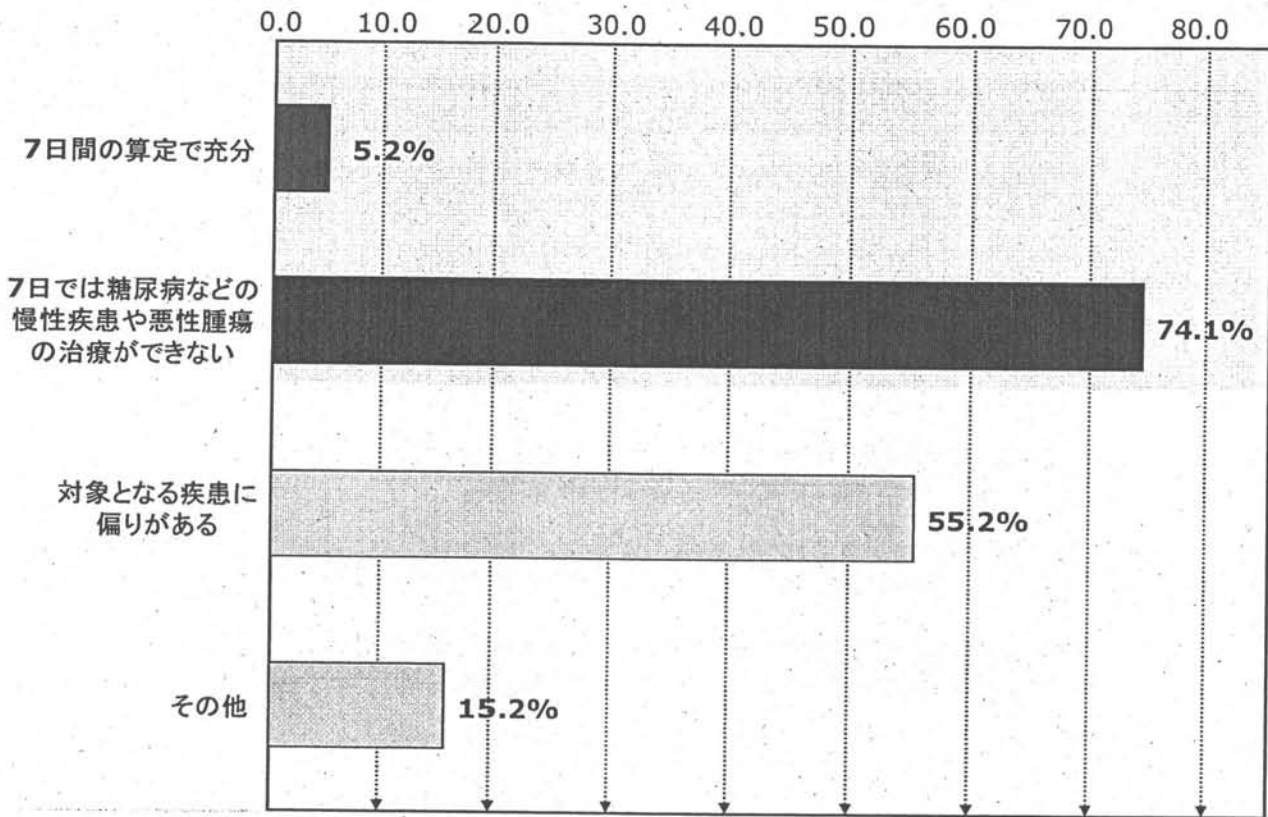
## 老人性認知症疾患治療病棟において必要と考える医療行為



## 対応可能な治療手技について

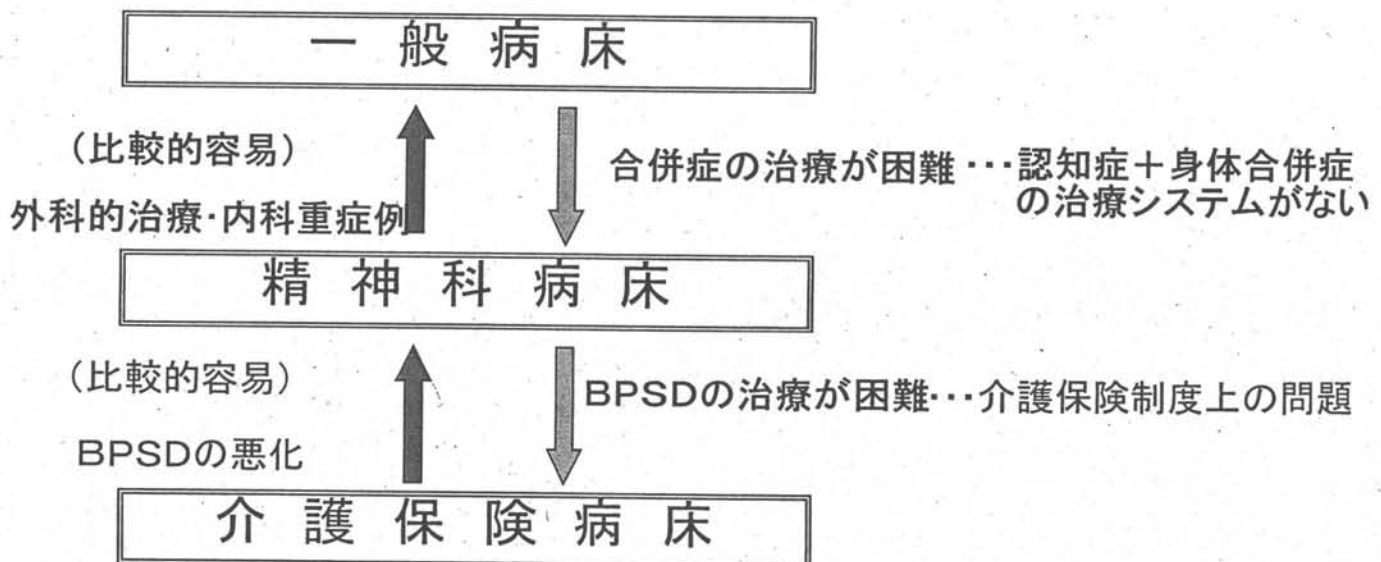


# 新設された精神科身体合併症管理加算



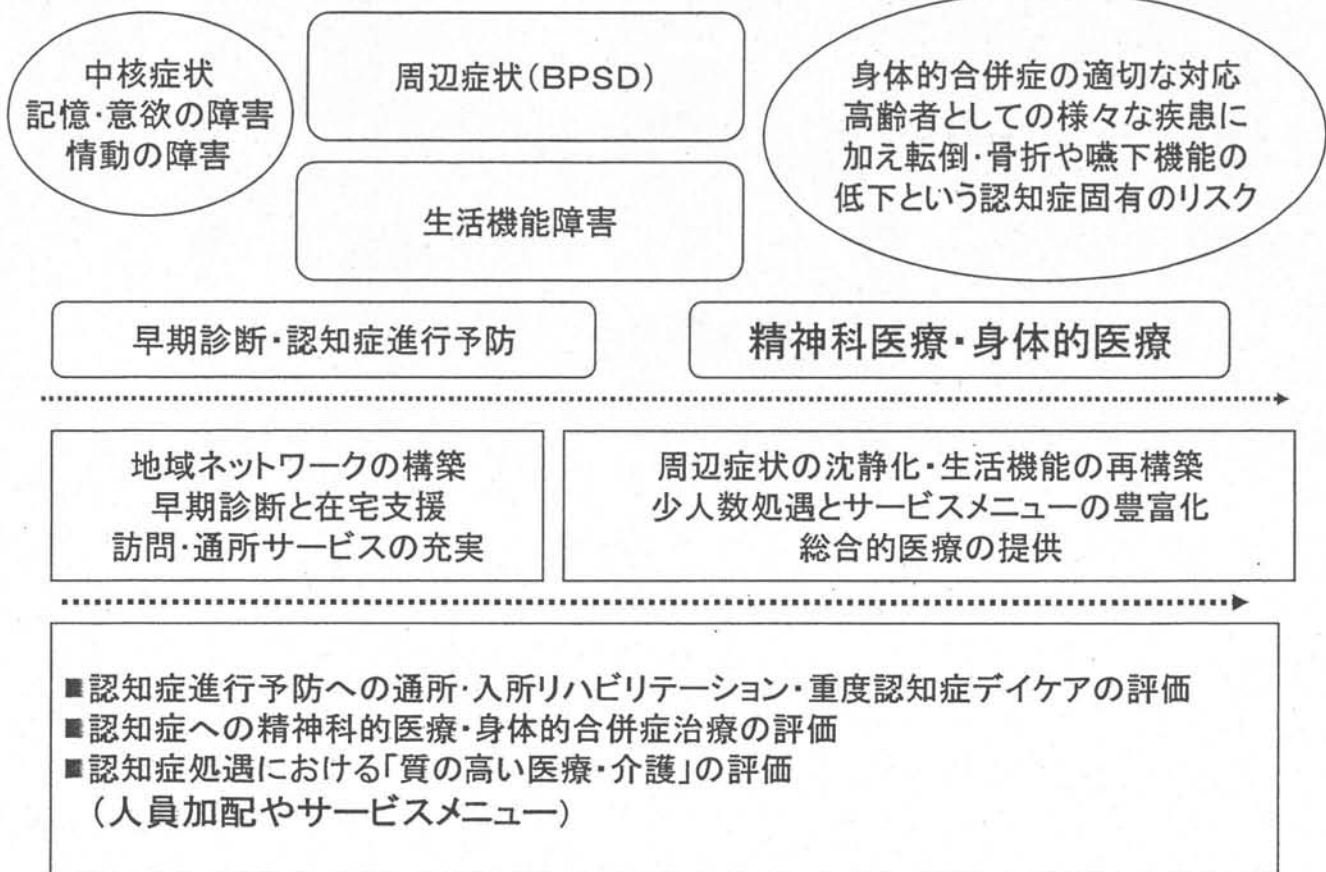
日本精神科病院協会 平成20年度研究事業

## 一般・精神科・介護保険病床における連携上の問題





# 認知症の医療とケアの再構築



## 認知症治療病棟施設基準(50床)

<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 精神科医師 1名(医療機関内)</li> <li>※ 作業療法士 1名(病棟に専従)</li> <li>※ 精神保健福祉士又は臨床心理技術者がいずれか 1名 (医療機関内)</li> <li>※ 看護職員 20:1 (看護職員の2割以上が看護師) ⇒看護師人3名 准看護師10名</li> <li>※ 看護補助者 25:1 ⇒10名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 生活機能回復のための訓練及び指導を、患者1人あたり1日4時間、週5日行う。</li> <li>※ 認知症性老人入院精神療法料(1週間につき) 330点 入院の日から6月以内。 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者による2人以上の従事者が行った場合。 平成18年3月31日廃止。</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# 認知症治療病棟の課題1

## 身体合併症に対する対応

長期的課題・・・重度認知症＋合併症の治療を行う病棟の整備が必要

※重度合併症＋認知症は対処可能

短期的課題・・・身体合併症管理加算の充実

# 認知症治療病棟の課題2

## BPSD改善した場合の受け皿と連携

介護保険指定基準上の制約  $\longrightarrow$  解決策は？

認知症グループホーム、老健、認知症治療病棟が対応すべきBPSDの範囲は？

在宅支援は重度認知症デイケアと在宅系介護保険サービスの利用が必須

それでも、BPSDが持続するケースがある

$\longrightarrow$  精神科病床でしか診れない現実

## 認知症治療病棟の課題3

### 医療費の包括の問題

包括性導入後約20年、医療のスタンダードが変化  
高価な新薬・・・今後、抗AD薬が発売されても使えない  
診断機能・・・不測の事態への対応が遅れるか  
初期診断(下位診断)に支障

### 日常生活機能訓練(リハビリ)の課題

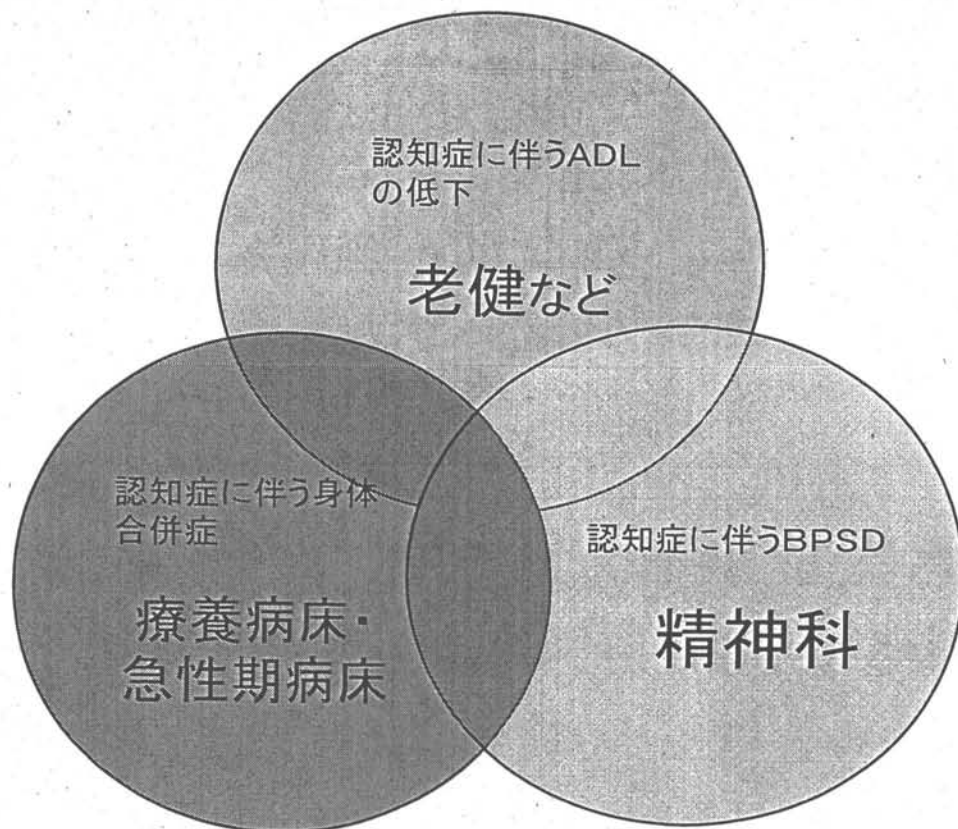
OT、PSW各1人/50人では対応困難  
個別リハの必要性・・・リハスタッフの充実は必須  
認知症性老人入院精神療法(回想法)は平成18年に廃止

## 認知症治療病棟の課題4

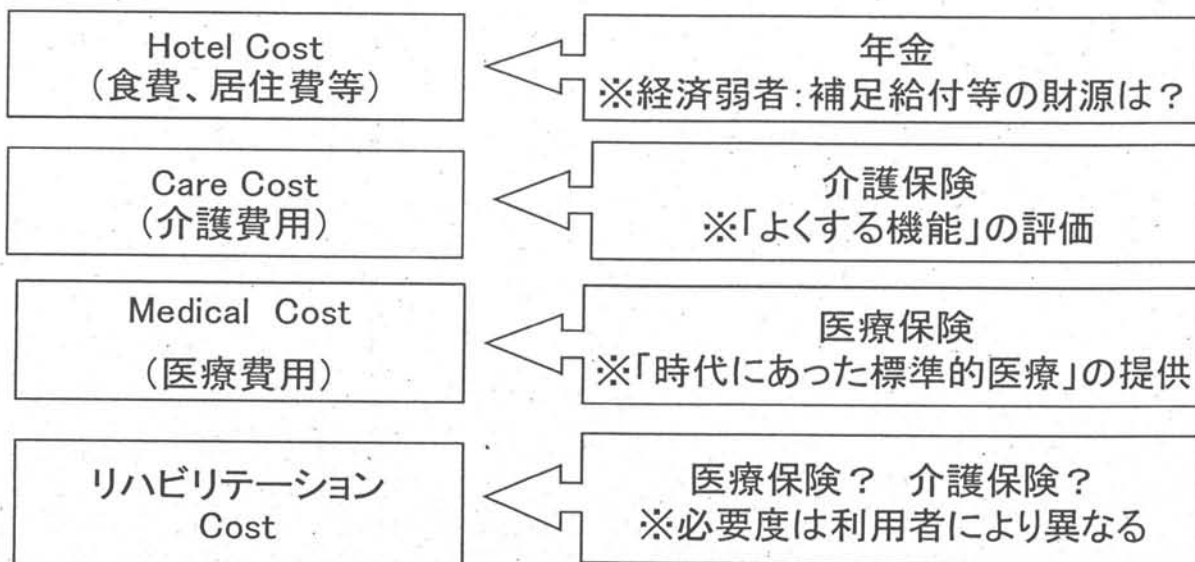
進まない認知症医療センターの整備  
整備を望むならば地方財源の確保が必要

早期発見・早期治療 —入院は最後の砦  
抗AD薬の開発が進むほど重要となる  
かかりつけ医と認知症専門医の連携の促進  
医療と介護の連携の促進

# 認知症を治療する施設(イメージ)



## 利用者の状態変化(利用者特性)に応じた社会保障の仕組み



## 時代の変容に応じた社会保障制度の再構築

⇒財源と給付構造の見直し 24年同時改定の課題

国際的な産業構造の変容 少子高齢社会の進行 地域の変容  
雇用形態の変容 医療技術の進歩



## 入所・入院と在宅の比較(1人/30日分)

		要介護5・医療区分2	要介護2・医療区分1
入所・入院	介護老人保健施設	306,600円	258,600円
	認知症治療病棟	354,000円	354,000円
	介護療養型医療施設	360,300円	252,900円
在宅	医療	在宅時医学総合管理料 (月1回・処方せん交付) 42,000円 重症者加算(月4回以上の 往診又は訪問診療) 10,000円	重度認知症デイケア(月8回) 83,200円 精神科訪問看護(月4回) 41,000円 外来受診料 + <b>a</b> 円
	介護	区分支給限度額 358,300円	区分支給限度額 194,800円

## 1ヶ月本人負担の比較(1人/30日分)

	認知症治療病棟(22名)	介護老人保健施設(21名)
モデル	課税(一般)世帯 後期高齢者(一割負担)	課税(一般)世帯 要介護3
入院・入所料	35,400円	27,450円
食事負担	23,400円	47,400円
居住費	なし	9,600円
計	58,800円	84,450円

	認知症治療病棟(17名)	介護老人保健施設(24名)
モデル	非課税世帯 後期高齢者(区分I)	非課税世帯 要介護3
入院・入所料	15,000円	15,000円
食事負担	9,000円	11,700円
居住費	なし	9,600円
計	24,000円	36,300円

# 長野構成員提出資料

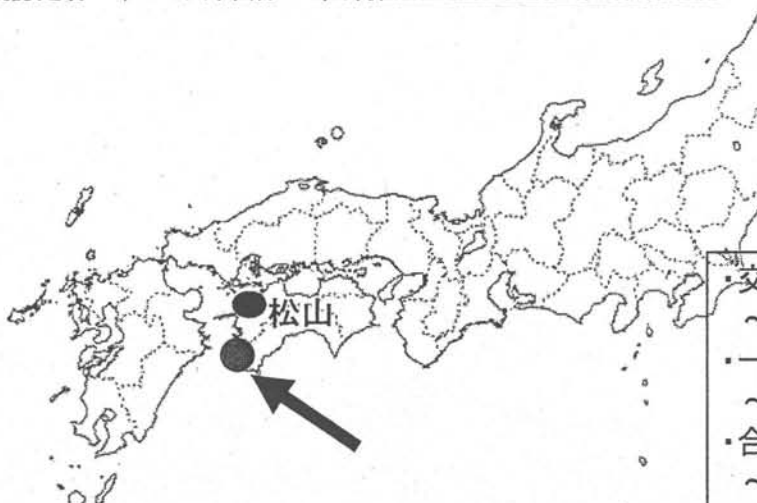
# 愛媛県愛南町における認知症地域ケアの中での 「精神科医療」の実践 より

なんぐん

## 愛媛県 南宇和郡 愛南町

松山から自家用車で約3時間、JR宇和島駅まで45Km

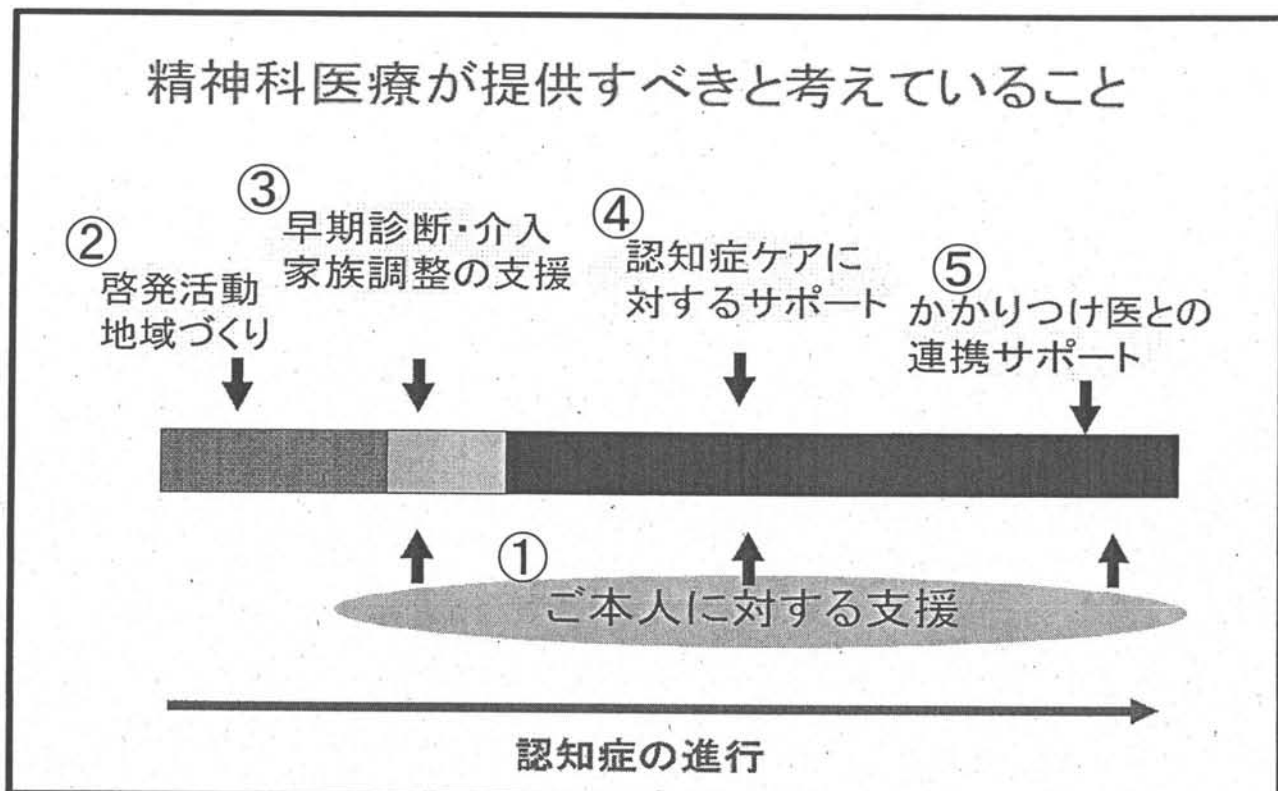
人口	25,433人(平成22年9月) ← 31,080人(平成9年)
	12年間で約5,500人の減、産業低迷が深刻
高齢化率	31.37%(平成21年3月 後期高齢者17.0%)
出生数	平成21年度 約100人
要介護認定者	1,570人(平成22年3月)



- ・交通過疎
  - ～医療圏と生活圏がほぼ一致
- ・一地域、一精神科病院
  - ～地域に責任
- ・合併前からの活動エリアが一致
  - ～五か町村 → 愛南町(H16年)

# 愛南町における認知症地域ケアの中での 「精神科医療の役割」

愛南町 啓発活動の中で、地域住民にお伝えしている  
「精神科医療」の役割



## ① ご本人に対する支援

- 発症～進行～末期 精神療法的支援、精神科訪問看護
  - 常に「本人の感情、意向」を中心に。
  - 家族の支援も極めて重要。

## ② 啓発活動・地域づくり(住民ネットワーク)

- なんぐん地域ケア研究会
  - H8年～、南宇和医師会主催、定例会・大会100回越え、精神科医療スタッフも地域住民として参画する住民ネットワーク
- 集会所単位での啓発活動
  - H11年～、計120か所以上、愛南町事業として、継続中
  - 精神科医師が直接「地域住民」へ～「認知症の偏見を解き、精神科医療の敷居を下げる」「相談窓口の明示」「地域住民の声を直接聴ける機会」...等。
- 他福祉関係、認知症の人と家族の会、行政、事業所等との重層的なネットワークづくり、多職種による参画
- 高齢者も障がいを持って、いきいきと、安心して、共に生きられる街づくり

## ③ 早期診断、介入、家族調整の支援

- 早期診断
  - 早期からの環境調整と継続支援
    - BPSDをできるだけ起こさない支援体制へ
  - 早期から相談しやすい体制づくり
  - 愛媛大学 専門医との連携 ～ 鑑別診断
- 介入
  - ソフトに、慎重に。公的機関との連携により
- 家族調整の支援
  - 特に早期は「理解されにくい」病状～家族間の無用ないさかい～医学の視点から認知症説明～家族調整の支援

## ④認知症ケアに対するサポート

- 認知症疾患の鑑別診断
  - 適切なケアへ
  - 硬膜外血腫等治療可能なものの診断、脳外科との連携～治療
- 状態像の診断とその治療、適切なケアへのアドバイス
  - せん妄？、幻覚妄想？、反応性？、中核症状？、BPSD？、身体疾患？ 等
  - 経過中継続して必要、環境調整へのアドバイス、必要なら薬物療法
  - 住み慣れた「生活の場」からできるだけ離れなくてもいい様、外来・アウトリーチが基本
  - どうしてもその場や他施設で対応しきれない場合入院加療(相対的必要性による)
  - 多職種、多資源連携の一員として
- 地域で必要不可欠な社会資源の立ち上げ

## ⑤かかりつけ医との連携サポート(合併症)

- 初期から「“からだ”のかかりつけ医」と「“こころ”のかかりつけ医」体制
  - リエゾンを中心としたサポート～身体疾患は適切な診療科で
  - 多職種による日常の連携を重視(医師会、地域ケア研究会など)
  - 特養、老健、養護、グループホーム等 「身体科医」「精神科医」両方の囑託医

# 愛南町における認知症地域ケアの「体制」

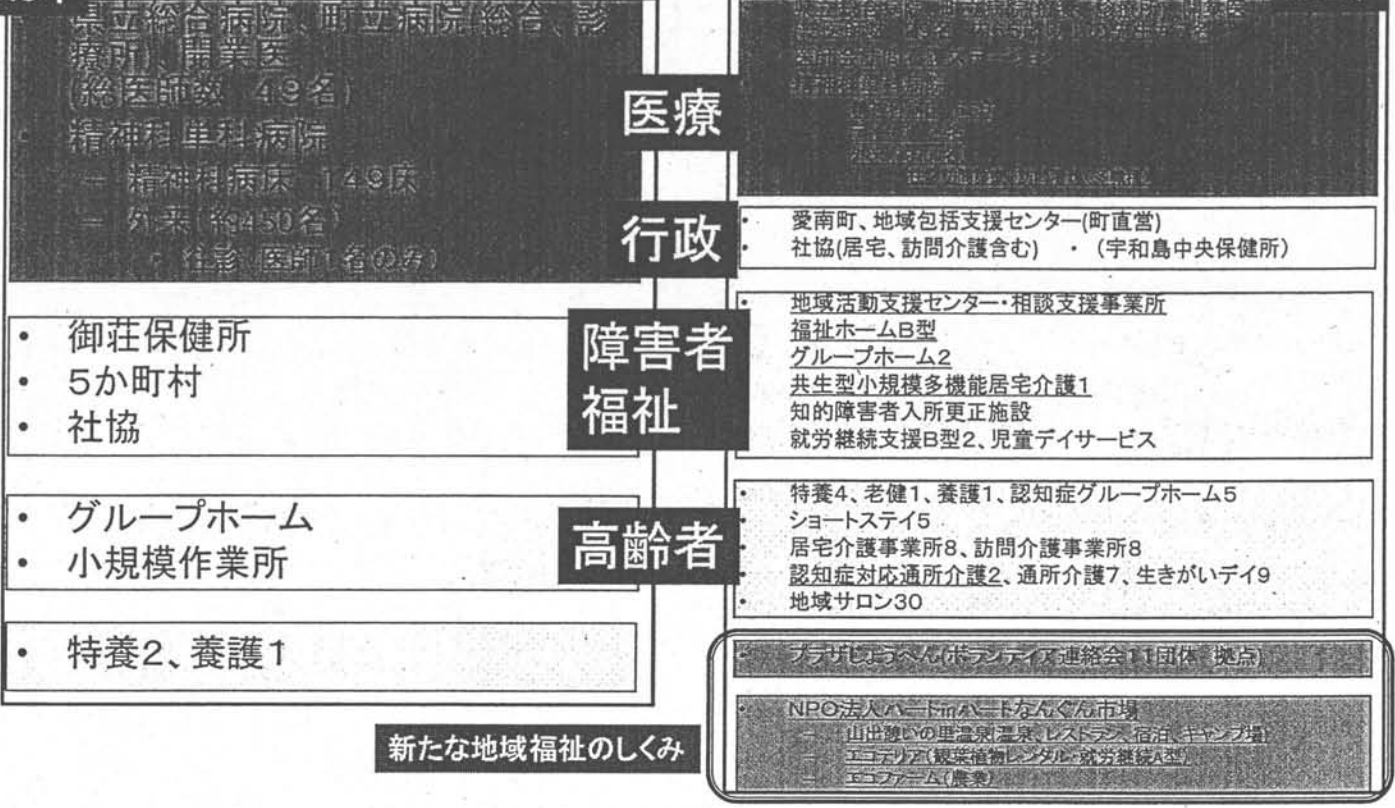
自前の支援サービスと地域資源、連携



# 愛南町における医療保健福祉資源の状況

H8年

H22年



平成8年(総人口3.1万人、高齢化率26%)

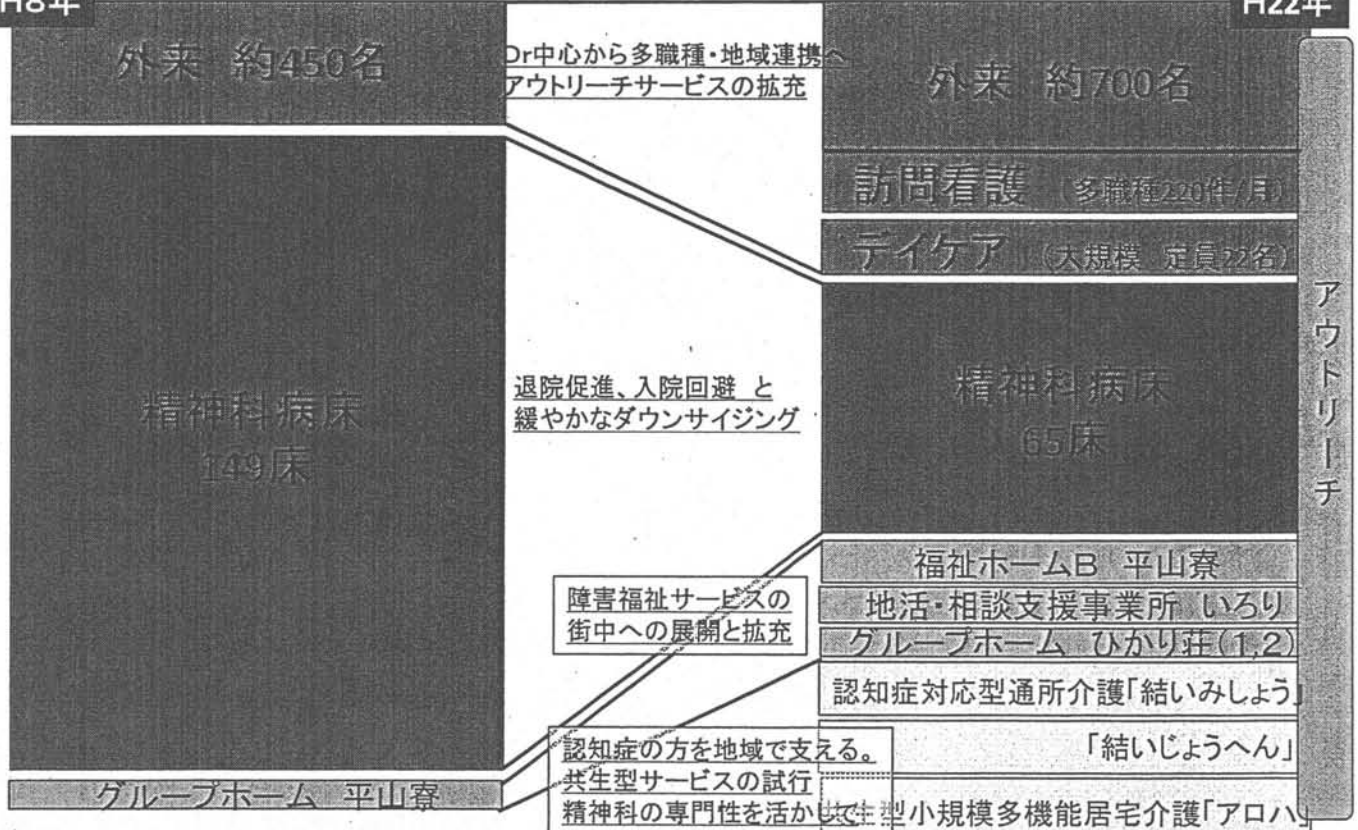
平成22年(人口2.6万人、高齢化率32%)

地域ケアにおけるニーズを満たすために

## 御荘病院 精神医療福祉の構造改革

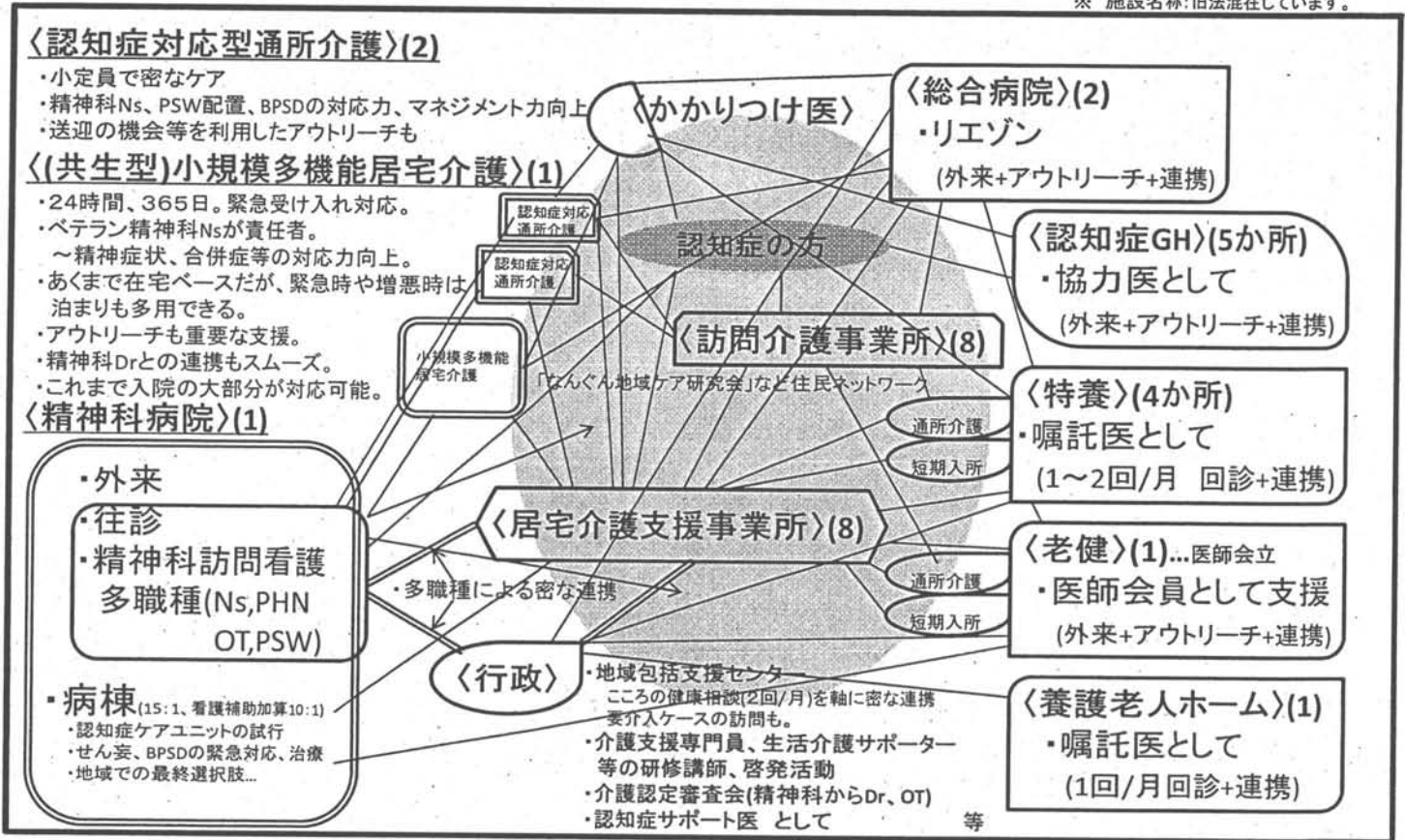
H8年

H22年



# 精神科医療の役割を果たす為の「現在の体制」

※ 施設名称:旧法混在しています。



## 愛南町における認知症地域ケア さまざまな認知症のケースとその経過 (精神科医療の関わりを中心に) (プライバシーに配慮して改編しています)



## 様々な認知症のケースとその経過① (入院を必要としたもの)

- 独居→精神科入院(10か月)→老健→特養
  - アルツハイマー病 + 薬剤性せん妄
  - 不定愁訴から多院から多剤処方された上に、服薬管理ができずせん妄状態に。幻視、徘徊著しく精神科入院
  - 入院後は、見守りと内服中止のみで10日程でせん妄改善、HDS-R 8/30
  - 在宅を目指すが当時(H10年)のサービスでは支援困難、老健入所後、特養へ
  - 現在の支援体制なら入院加療は不要、もしくは10日程度であったと思われるケース
- 家族同居→ショートステイ→精神科入院(3か月)→特養
  - アルツハイマー病 HDS-R 17/30
  - 家族対応、ショートステイでの環境調整がうまくいかず、不安、不穏(暴力まで発展)、不眠が著しく精神科入院。不眠が続き少量の抗精神病薬内服が必要であった。家族との関係はどうしても改善できず特養へ。
  - その後、特養でも不適切な介護により不穏、不眠が再増悪。精神科医、病棟で担当だった精神科Nsが特養のカンファレンスに参加し環境調整。以降、特養での生活を継続している(精神科医回診でフォロー)。
  - BPSDの薬剤・環境調整に2か月、退院調整に1か月の入院を要した。
- 家族同居→精神科入院(1か月)→家族同居+介護保険サービス(デイサービス、ヘルパー)
  - 妄想性障害 + 高度の脱水、低栄養～腎障害
  - 精神科初診(入院時)の1か月ほど前から高度の幻覚妄想状態。追跡妄想、被害妄想著しく食事水もほとんど摂らない状況が続いた。総合病院内科に入院するも、治療、検査拒否と内科的疾患がないことで強制退院。かかりつけ外科医が点滴などで2週間フォローしていたが状況は悪化。かかりつけ外科医から「食事をとらない原因が分からない。認知症だと思う。」と精神科紹介され即日入院。
  - 精神科病棟で対応可能なぎりぎりの身体状態、かかりつけ外科医のアドバイスを受けながら点滴等身体管理を行った。本人は衰弱していて発語さえないが、家族の話等も併せて、妄想性障害による高度の幻覚妄想状態と診断。抗精神病薬を点滴することで入院後3日には食事を取り始め、徐々に身体症状も改善した。入院前に介護保険の認定は受けていたため、ケアマネジャーと連携し在宅支援体制を確立、1か月の入院で在宅へ。以降、外来、精神科訪問看護と介護保険サービスを利用し、家族との生活を続けている。
  - 幻覚妄想の治療と支援体制の確立を同時並行で行い1か月の入院期間。
  - 正確には認知症ではないが、精神科医療が関わることで鑑別診断、治療が行えたケース。

## 様々な認知症のケースとその経過② (入院を必要としたもの)

- 独居(密な在宅支援、約3年)→精神科入院(現在入院中、3か月経過)
  - アルコール認知症 HDS-R拒否
  - 地域で長年問題になっていたケースだが、介入が困難であった。数年前から記憶障害や判断力の低下が目立つようになってから、ようやく包括支援センター保健師を徐々に受け入れ、介護認定を受け、ケアマネジャー、ヘルパーと支援体制を少しずつ広げた。その一環として精神科外来受診。被害妄想を強く認め、(独居の為十分量投与できず)少量の抗精神病薬を内服はじめた。サービス事業所、行政、交番、付近の住民など多くの密な支援で、頻回にあるクライシス(徘徊から行方不明、脱水で倒れる等)を乗り越え、精神科受診から2年ほどは自宅生活を維持。3か月前、心筋梗塞で倒れているところを救急搬送され総合病院入院。不眠、被害妄想、興奮、暴力などもあり、身体症状も併せて退院後の独居は困難と判断(支援関係者の総意に近い...)、老人施設ではどうしても受け入れてできず精神科入院。
  - 精神科病院内でも、契機のはっきりしない突発的な興奮、暴力や不穏、また、不眠が続き保護室隔離やむなし。抗精神病薬、睡眠導入剤により見守りが手薄になる夜間の睡眠も不安。興奮、暴力も減ってきたため、老健入所面接を受けるが、「他入所者とのトラブルのおそれ」から入所に至らず、現在入院中。数か月以内に処遇のノウハウを蓄積し、老人施設入所をめざしている。
- 家族と同居(在宅支援)→精神科入院(現在入院中、家族の事情が主な理由で4年経過)
  - アルツハイマー病 HDS-R 4/30
  - 記憶障害に気づかれてから約3年で、被害妄想、興奮、徘徊が著しく精神科外来受診。支援体制の確立や環境調整の助言を行うが、サービス場面でも興奮、暴力が頻回で在宅支援継続困難となり精神科入院。病棟内でも他患者さんとのトラブル絶えず(十分な見守り体制とれず)、入院して1年ほどは老人施設入所の目処がたたなかった。その後は徐々に穏やかになり、現在は薬物療法も全く不要。入所待ちの状況(受け入れ順は回ってきただが家族の都合で入院継続)。
  - 家族の事情(介護家族の疾病、経済)により老人施設入所が遅れている。家族の事情は一段落し近々特養へ。
  - BPSDのコントロールに薬物療法はほとんど無効であったケース。環境調整に1年以上かかった。当時の地域内の老人施設では対応困難であった。現在であれば、地域の中で最も対応力のある認知症グループホームであれば入所可能であろうと思われる。
- 在宅(家族介護のみ)→精神科入院(2年、主に保護室→認知症ケアユニット試行)→小規模多機能居宅介護
  - 脳血管性認知症 HDS-R 0/30
  - 脳梗塞発症後から嫉妬妄想、被害妄想、興奮、暴力を認めた。配偶者のみしか近くに受け入れず、4年間に渡りつきっきりで介護。限界となり精神科外来受診、外来で抗精神病薬による薬物療法や介護保険サービスの導入を図るが、精神症状の改善も乏しく在宅生活継続困難となり精神科入院。
  - 入院後も薬物療法の効果は乏しく他患者さんとのトラブル(暴力をふるう、受けるなど)が多発、15:1看護配置ではマンツーマンでの見守りを長く継続する事は不可能。保護室の長期利用となっていた。
  - その後、15:1看護配置に10:1看護補助加算、病棟の一角を「認知症ケアユニット」として空間的にも分離し、見守り、介護も強化しようやく保護室不要になった。その後、当時の認知症ケアユニット責任者(ベテラン精神科Ns)が管理者となった小規模多機能居宅介護へ。定期的に自宅外泊も行える状況。不穏は続いているが、5年以上に渡る介護、精神科看護のノウハウで現状を維持している。

## 様々な認知症のケースとその経過③ (鑑別診断が重要であったもの)

- 独居(発症から7年間、介護保険サービス、精神科訪問看護)→認知症グループホーム
  - レビー小体型認知症
  - リアルな幻視(子供が二人来ていて預かっている等)、系統だった妄想(亡妻があたかも生きてるように同居)を認めた。中核症状が軽度であったため、「精神病」ではないかと精神科医による出張相談の場に近所に住む親せきが相談に。本人の外来受診は困難で往診。近隣住民、ケアマネージャー、ヘルパー等の支援者も診断の目安さえついておらず不安強く、精神科入院を望むものが多かった。臨床症状や画像検査(総合病院は抵抗なく受診)より「レビー小体型認知症」と診断、幻視、妄想などは続いたが、支援者が疾病を理解し、それに合わせた密な在宅介護体制を構築、精神科訪問看護も継続した。それから様々な課題に直面したが、事故なく5年間、本人が強く望む在宅生活を維持。中核症状が進行し独居困難となり現在は認知症グループホームで穏やかな生活を送っている。
  - 経過中、妄想による行動化が著しい時は身体症状、薬物に対する過敏性に注意しながら少量の抗精神病薬を投薬。
  - 鑑別診断を明確にし、支援者、近隣に理解していただくことで、精神科入院を回避し支援できたケース。
- 在宅(家族同居)→老健
  - 前頭側頭葉型認知症
  - 従来、生真面目な性格。それまでの本人からは全く想像がつかない反社会的行為(万引き、ゴミあさりなど)を認めるようになり、徐々にエスカレート。警察に保護されることも頻回になったが、その都度同居の家族が身元を引き受けていた。記憶障害が軽度であったため認知症であると誰も気づいておらず、本人を責めるばかりであった。軽微な犯罪が重なったことで、拘留寸前となり、知人のアドバイスで精神科医の出張相談に来所、大学病院との連携で「前頭側頭葉型認知症」の診断を確定。介護保険サービスを利用した在宅支援体制を構築したが、見守り、事故防止が不十分で、本人を説得し老健入所。老健入所後も精神科医が訪問によりフォローした。先般、肺炎により急逝。家族は「あの時診断がついていなかったら、家族全員の生活がめちゃくちゃになっていました。」と。
  - 一歩間違えば(診断がつかなければ)刑務所内で一生を終えなければならなかったかもしれないケース。
- 在宅継続(家族+介護保険サービス+かかりつけ医往診+訪問看護+精神科訪問看護)
  - アルツハイマー病
  - 8年前、本人が物忘れを自覚し初診。初診時HDS-R30/30。しかし、生活習慣の変化などから認知症初期を疑い、大学病院と連携して診断を確定。本人の不安等に対し精神療法的に支援をしつつ、認知症の進行にあわせ適切な支援体制を構築。現在、ねたきりになっているが在宅生活を継続している。
  - 早期診断から、経過に合わせた支援体制がとれ、在宅生活が維持できているケース。

## 様々な認知症のケースとその経過④ (アウトリーチ～危機介入)

- 独居 → 精神科入院(3カ月) → ケアハウス
  - 脳血管性認知症
  - 従来から地域で孤立していた。家からの異臭、たまに出歩く本人の様子(るいそう、尿便臭など)から行政に情報あり。町の嘱託医として、保健師と共に数度訪問、ようやく家の中に入ることを許され入室すると、いたるところに尿、便、また食物も同じところに散在。会話はちぐはぐで疎通も不十分であった。生命の危機と判断し、親族の協力を得て精神科受診、同日入院。入院後、生活環境を整え、栄養状態等が改善するにいたったが認知機能も改善(HDS-R12/30→25/30)。本人の希望によりケアハウス入居。精神科専門療法、薬物療法はほとんど不要であった。
  - 行政との連携によりアウトリーチ、危機介入したケース。

## 様々な認知症のケースとその経過⑤ (困難事例など)

- 在宅(家族と同居)
  - アルツハイマー病 + 胃癌
  - 貧血から胃癌が見つかった。手術適応があると判断され、手術の為の検査を行ったが指示を守れず、地元総合病院外科での治療を断られた。精神科があり、合併症治療ができる病院まで自家用車で3時間以上を要し、家族も「もう年だから...」と積極的治療を断念。経過をみている。
  - 合併症関連の困難事例は数知れず...
- 家族が人格障害など、適切な支援が導入できないケース
- 本人の年金で家族が生活しており、医療、介護の利用ができない、食事さえあやういケース
- アルコール依存症～認知症のケース
- 支援拒否をされる独居、双方とも認知症の高齢者夫婦世帯
- 様々な虐待ケース
- 家族が全生活を介護に費やしているケース、家族一人で複数の方の介護をしているケース
- ほとんど休みもとらず24時間体制で支援にあたるケアマネージャー、認知症グループホームの責任者など... 精神科医療もチームの一員として関わりながらも無力・微力、解決に至らないケースは無数に存在。

## 愛南町における認知症地域ケアの課題など 精神科医療を中心に(これまで～現在)

- 精神科医療全般
  - 認知症専門医、神経内科医の不在～近くでも自家用車で2時間
  - マンパワー不足(精神科医師、すべての職種において)
    - いつでも、どこでも...という体制にはほど遠い。
  - 認知症に特化できない(専門性の向上が難しい)
- 精神科入院
  - 精神一般(看護配置3:1(15:1))～H18年
    - 当院では他精神疾患の方と同じ病棟に入院。精神運動興奮などの本人の精神症状ではなく、徘徊により他患者さんからの暴力を受けるという理由で、本人の保護の為に保護室をやむを得ず使わざるを得ないなど、本末転倒なことが日常茶飯であった。生活環境も認知症ケアに適切な状況に整備できなかった。見守り、介護体制も不十分であったと考えている。
  - 精神一般(看護配置15:1、看護補助加算10:1) H18年～
    - 病棟一角を空間的にも、人的配置も独立させ、生活環境にある程度近づけた「認知症ケアユニット」を試行。介護現場には及ばなかったが見守り、介護力は確実に向上。保護室が不要になったケースや、ねたきりから歩行ができるようになったケース等が続出。老人施設への入所も飛躍的に進んだ。開始当時は、認知症地域ケアにとって有効な資源となりうると考えていた。
  - 現在は、認知症対応型通所介護などを利用した早期からの支援、地域の事業所や小規模多機能居宅介護を利用した緊急対応により「入院をできるだけ回避」する方向で取り組んでいる。一旦入院するとどうしても「待機」が長くなり、治療的に必要以上の入院期間を要する。
  - 同法人内の他精神科病院に認知症疾患治療病棟を持つが課題が多いと感じている。
- 精神科外来～精神科訪問看護、往診等アウトリーチ
  - 多職種アウトリーチによる早期からの支援は様々な点において「効果的」
  - 身体疾患の看護の知識、経験が不可欠～人材育成の課題
- 身体合併症
  - 当院(精神科病院)の合併症対応力が極めて低いことも大きな要因であるが、ご本人、家族共に本当に困られている。特に、総合病院の常勤医師が以前から比べると半減し、より対応困難なケースが増えている。連携や努力では対応限界...。なんとか打破したいが妙案が浮かばない。

## 愛南町における認知症地域ケアの課題など 精神科医療を中心に(これから...)

- 精神科医療全般
  - 10年後推計、65歳以上人口はほぼ同数(後期高齢者に若干シフト)だが、若年層の減少により高齢化率は40%近く...
  - すべて「量」が足りない。住居、在宅サービス、施設サービス、医療・リハビリ、家族支援、多機関連携、経済、交通...、見通しが立っているものは何もない。地域力が本当に問われるこれからの30年、「誰もが安心していきいきと暮らせる街」に向けて、本気で、多く地域住民と行動していかなければ...
- 精神科入院医療
  - 認知症地域ケアでは「最小限の利用」と考えている。一生を終える場所ではない。
  - どうしても必要な場合(BPSDが著しく、かつ、他資源で対応困難。精神科専門治療が不可欠。等)は短期間限定で。一看護単位を小さく、看護+介護の人員配置が不可欠と考えている。
- 精神科外来～精神科訪問看護、アウトリーチ
  - 「質」「量」共に、当面の最重要課題として取り組みを続ける。
- 身体合併症
  - 崩壊しつつある地域医療体制から改善する必要あり。精神科医療としてどこまで貢献できるか...。急務なのは重々承知だが。

## 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】(案)

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ください。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 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・年齢をお答えください。 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ください。 1. 男性 2. 女性

問4 対象者の在院日数をお答えください。 日

問5 対象者の改定長谷川式知能評価スケール（HDS-R）をお答えください。 点

問6 対象者の要介護認定をお答えください。

- |         |         |
|---------|---------|
| 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 対象者の日常生活自立度をお答えください。

- |       |        |
|-------|--------|
| 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はほぼ自立している。
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



問8 対象者の調査時点から過去一ヶ月間の精神症状・異常行動の頻度についてお答えください。(回答票の表に○をつけてください)

【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	

【精神症状・異常行動】

A. 幻覚	K. 不眠
B. 嫉妬妄想	L. 意志の疎通が出来ない
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	

	1	2	3	4	5
A. 幻覚					
B. 嫉妬妄想					
C. 物盗られ妄想					
D. 被害妄想					
E. 盗食 (他の患者の食事をとる)					
F. 弄便					
G. 異食					
H. 夜間せん妄					
I. 徘徊					
J. 大声					
K. 不眠					
L. 意志の疎通が出来ない					
M. 他の患者とのトラブル					
N. 他の患者への暴力行為					
O. 医療スタッフへの暴力行為					
P. 自傷行為					
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)					
R. その他【            】					

問9 過去3日間の、対象者のa~dの日常動作(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、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>
<p>0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または1~2回のみ。</p> <p>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。</p> <p>2. 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>フローチャート:</p> <pre>         graph TD             Q1[ボディタッチは必要か] -- 必要ない --&gt; R1[0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察]             Q1 -- 必要ある --&gt; Q2[体重を支える必要はあるか]             Q2 -- 必要ない --&gt; R2[3. 部分的な援助]             Q2 -- 必要ある --&gt; Q3[本動作の半分以上を自力でできているか]             Q3 -- できる --&gt; R3[4. 広範な援助]             Q3 -- できない --&gt; Q4[少しでも本動作に参加しているか]             Q4 -- している --&gt; R4[5. 最大の援助]             Q4 -- していない --&gt; R5[6. 全面依存]             </pre>

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、起き上がった時、ベッド上の身体的位置を調整する	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

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ください。

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、家の中の整頓、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り、受けた)	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)

問 1 1 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ください。

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 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 1 1 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ください。】

付問 1 1 - 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 1 1 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ください。】

付問 1 1 - 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【                    】 |

問 1 2 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ください。

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

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ください。

1. 有り  
2. 無し

→ 【問13で1を選択した方にかがいます。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ください。】

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ください。

【14-1】過去1週間に使用した薬物療法についてお答えください。

・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ください。

・抗精神病薬（頓服薬を除く）

種類

・上記以外の向精神薬（頓服薬を除く）

種類

・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

・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

・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

・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】対象者が過去一ヶ月間に行った精神科専門療法についてお答えください。

- |               |                               |
|---------------|-------------------------------|
| 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     |                               |



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ください。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ください。

1. 自費診療（保険外併用療法費を含む）	
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ください。

- |                        |
|------------------------|
| 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住所地が異なる。 |

問17 対象者の入院前の状況についてお答えください。

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）	



問21 対象者の自宅での介護者の有無についてお答えください。

1. 日中、夜間とも介護ができる人がいない（介護者が病気等により介護できない場合も含む）
2. 夜間のみ、介護ができる人がいる
3. 日中のみ、介護ができる人がいる
4. 日中、夜間とも介護ができる人がいる
5. 不明

【問21で2、3、4を選択した方にうかがいます。介護者の続柄についてお答えください。】  
付問21-1

- |        |           |
|--------|-----------|
| 1. 配偶者 | 3. 孫      |
| 2. 子   | 4. その他の親族 |

【問21で2、3、4を選択した方にうかがいます。介護者の健康状態についてお答えください】

付問21-2

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 健康状態に問題なし          |
| 2. 持病・障害等有り健康状態に不安がある |
| 3. 不明                 |

問22 対象者の身体障害者手帳について、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

- |              |       |       |       |
|--------------|-------|-------|-------|
| 1. 手帳をもっていない | 2. 1級 | 3. 2級 | 4. 3級 |
|--------------|-------|-------|-------|

問23 対象者の精神障害者福祉手帳について、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

- |              |       |       |       |
|--------------|-------|-------|-------|
| 1. 手帳をもっていない | 2. 1級 | 3. 2級 | 4. 3級 |
|--------------|-------|-------|-------|

問24 対象者のうち居住先・支援が整った場合の退院の可能性についてあてはまるものを1つ選択してください。

- |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| 1. 現在の状態でも、 <u>居住先・支援が整えば退院は可能</u>                                |
| 2. 状態の改善が見込まれるので、 <u>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</u> |
| 3. 状態の改善が見込まれるので、 <u>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</u>             |
| 4. 状態の改善が見込まれず、 <u>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</u>           |

問25 問24のうち1あるいは3の回答をした方に質問です。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」についてお答えください。

A. 自宅
1. 単身
2. 家族等と同居
B. 施設等利用
3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
4. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
5. 介護老人保健施設（老健）
6. 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）
7. 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）

問26 問24のうち1あるいは3の回答をした方に質問です。退院後に対象者が必要な支援についてお答えください。（特に必要なものを5つ以内順番にお答えください）

A. 日常生活上の世話・訓練	
1. 自宅を訪問して行われる支援（居宅介護、訪問介護、訪問入浴介護など）	
2. 自宅以外の場所に通って行われる支援（通所介護、通所リハビリテーションなど）	
3. 短期入所をして行われる支援（短期入所生活介護、短期入所療養介護など）	
4. 小規模多機能型居宅介護（※）	
5. その他【                    】	
B. 医療	
6. 精神科の定期的な通院	10. 重度認知症デイケア通院医療
7. 精神科以外の定期的な通院	11. 身体的リハビリテーション
8. 訪問診療	12. その他【                    】
9. 訪問看護	
C. その他の支援	
13. 行政機関（保健師等）による訪問指導	17. 年金受給申請
14. 民生委員、近隣の見守り等	18. 成年後見制度等の活用
15. 経済的支援	19. その他【                    】
16. 生活保護受給申請	

1 番目に必要	2 番目に必要	3 番目に必要	4 番目に必要	5 番目に必要

（※）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」を組み合わせる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 27 問 24 のうち 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ください。

1. 支援は得られない
2. 助言・精神的な支援（電話など、物理的にその場その場にいない支援も含む）
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ください】

付問 27-1

1. 可能

2. 不可能

問 28 問 24 のうち 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ください。（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 【            】

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ください。

1. 順番待ちをしている  
2. 順番待ちはしていない

→【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ください（すべてご回答ください）。】

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ください。】

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ください。】

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ください。（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】(案)

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>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

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