

朝田構成員提出資料

1認知症高齢者の実態把握調査 病院種別の患者特性に差異はあるか？ 速報版

筑波大学大学院 精神医学
朝田 隆

2目的

- ・本人の状態に適した環境で生活しているか？
(相応しい医療サービスが提供されているか？)
- ・病院機能に応じた患者受け入れができているか？
↓
- ・そうでないとしたら、その阻害要因は何か？
- ・病院種別の患者特性に差異はあるか？

→ 実態を把握する

3調査方法 その①

日本病院会	}	に所属する6,071の病院の 中から2,200病院を 無作為に抽出して調査票 を送付。
日本医療法人協会		
日本精神科病院協会		
全日本病院協会		
日本慢性医療協会		



認知症患者に対応していると返答した病院に、患者特性
や入退院の動向等について回答を依頼した。

4回収率

662病院の内訳

回収率は30%
662病院からの回答

臨床個人票
3,861枚

精神病床	244
(うち認知症病棟)	125)
療養病床	105
一般病床	307
その他	6

病院種別はもっと複雑だが、ここ
では便宜的に圧縮

5調査方法 その②

- ・ 回収率向上に奏功したと思われるのは、以下の二点である。
 - ・ 未回収の医療機関に対して、手紙、ファックス、電話等で複数回、提出協力を依頼した。
 - ・ 現場の声を行政に届けたいであろう記載担当者の提出モチベーション向上を期待して、調査票の中に、ケアの工夫や問題点、認知症ケアに有効と思われる研究テーマ等についての自由回答の設問を設けた。
- ・ 回収後に入力・集計されたデータを下に、結果を纏め考察した。データの集計と解析にはSPSSver.18を用いた。

本調査票は合計8頁の全体票と個人票からなり、設問数は33問におよぶ。別紙参考資料

提出協力病院は、質問項目の多い本調査票に回答を寄せる労を厭わない性質があるかも。
本調査の標本には、母集団の中でも意識の高い病院によるバイアスがある可能性も否定できない。

考察する際には、この点にも留意した。

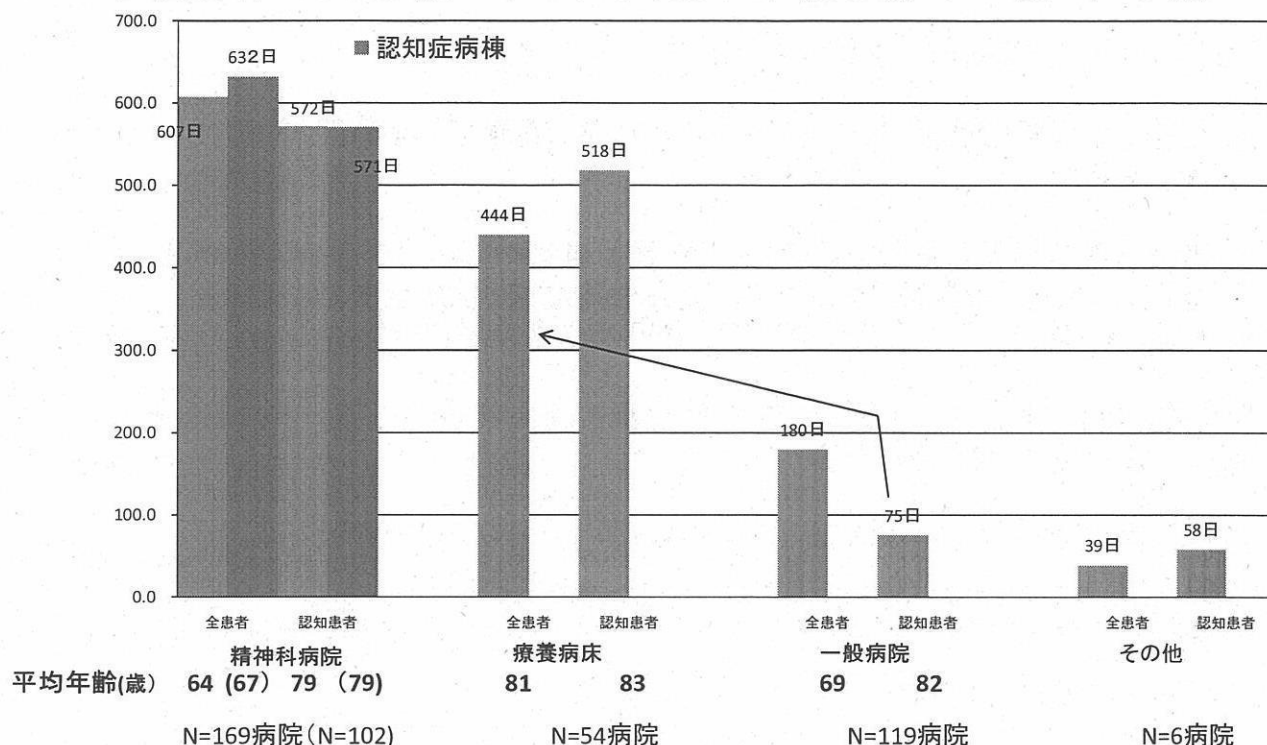
6病院種別に差異はあるか？

まず、病院の話を聞こう！

施設概要調査から読み取る病院種毎の特性、
患者特性、入退院の経路など・・・

7病院種別の平均在院日数と平均年齢

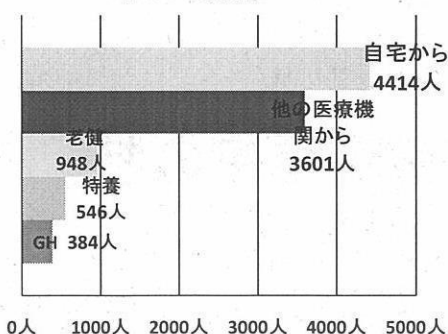
入院患者の平均在院日数と平均年齢(全入院患者 vs. 認知症患者)



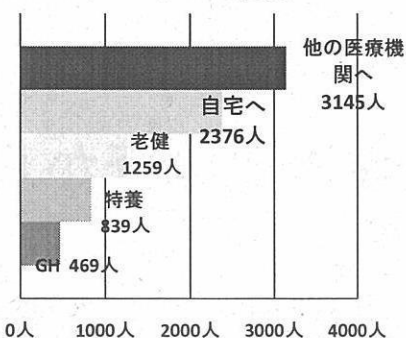
8病院種別の入退院者の動向

H20年度の精神病床への(からの)認知症入退院患者:
どこから入院し、どこへ退院していったか？

精神病床への入院者 (合計10,572人)
(N=169病院)



精神病床からの退院者 (合計 8,736人)
(N=169病院)



在院者+
死亡退院者
1800名

自宅	41% (3,326人)
他の医療機関	35% (2,784人)
老健	9% (717人)
特養	4% (360人)
GH	4% (318人)

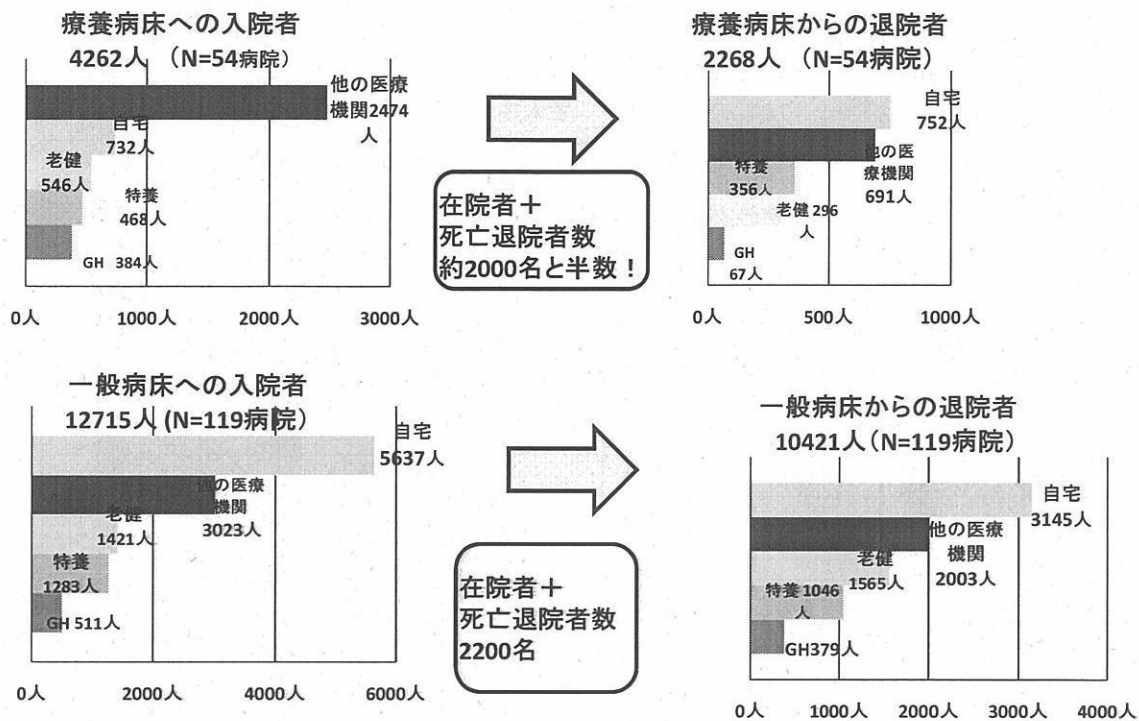
認知症
病棟

他の医療機関	36% (2,505人)
自宅	27% (1,758人)
老健	14% (955人)
特養	9% (608人)
GH	6% (377人)

認知症病棟: 精神病床全体と同様の傾向

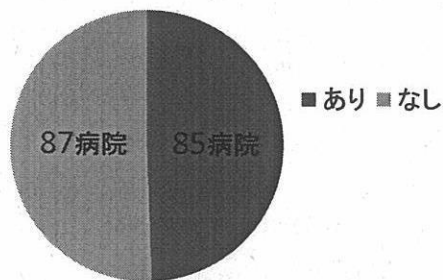
9病院種別の入退院者の動向

H20年度の療養・一般病床への(からの)認知症入退院患者:
どこから入院し、どこへ退院していったか?

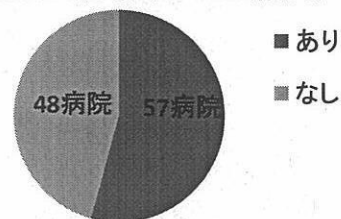


10紹介元施設からの受け入れ拒否の経験

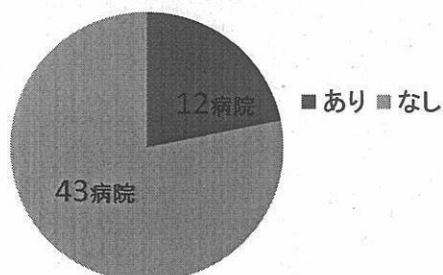
精神病床 (N=168病院)



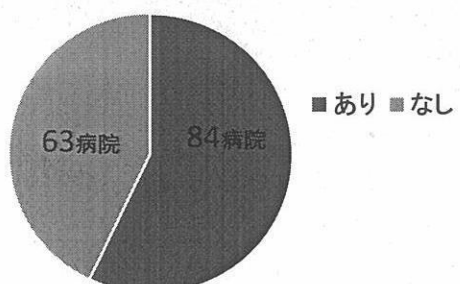
認知症病棟 (N=105病院)



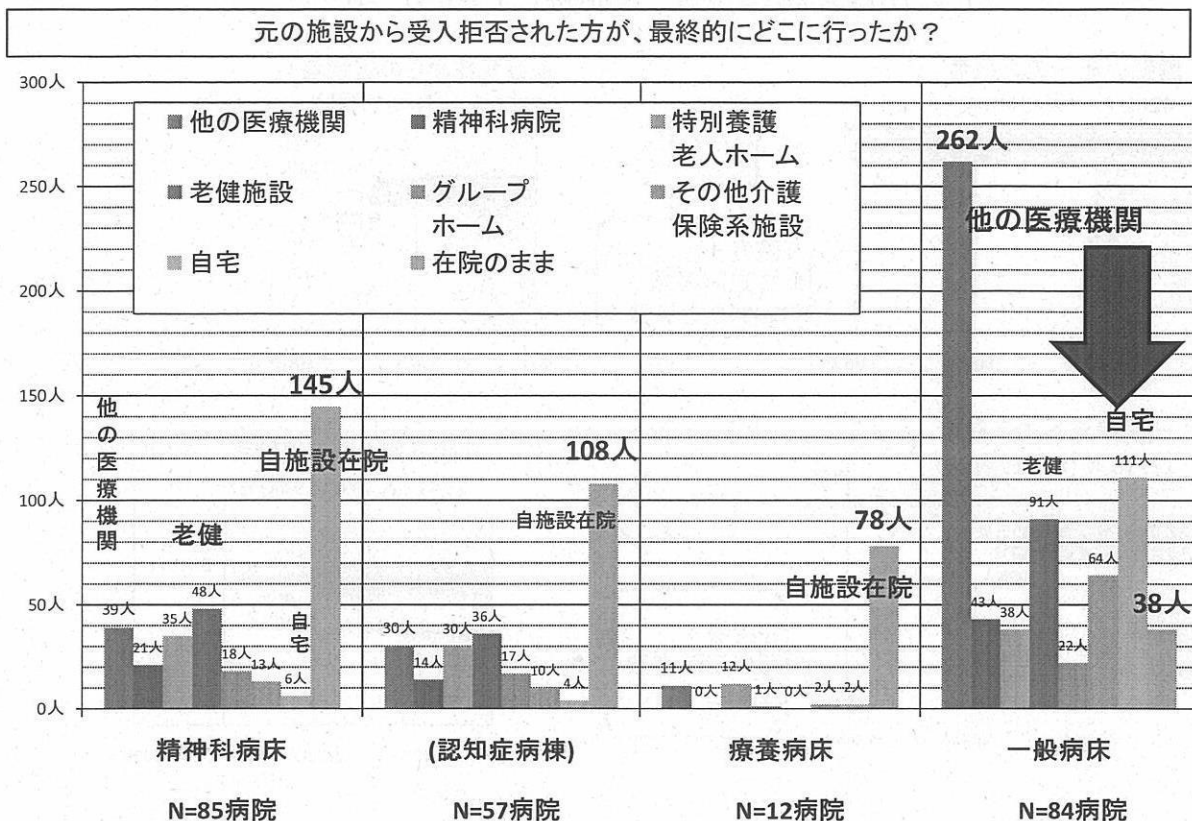
療養病床 (N=55病院)



一般病床 (N=147病院)

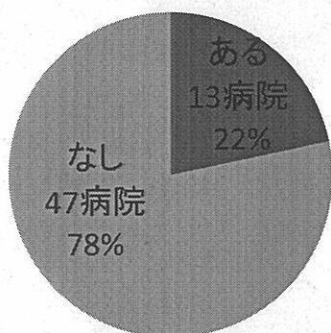


11紹介元施設から受け入れ拒否後の最終的な行き先

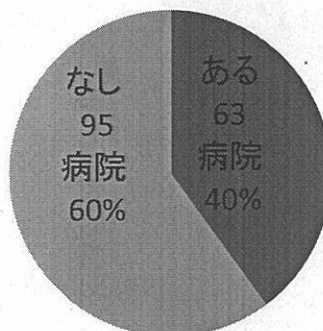


12退院支援の際の 連携精神病院の有無

療養病床
N=60病院



一般病床
N=158病院



一般病床では6割、療養病床では約8割の病院が、精神病院との連携がない

13病院種別による患者特性があるか？

次は、ひとひひとひの状況を 聞いてみよう！

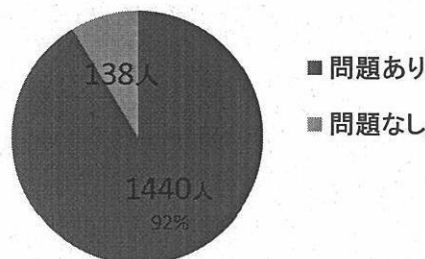
臨床個人票から読み取る患者特性と病院特性
(認知症のレベル、ADL、医療依存度、退院支援状況)

臨床個人票の回答から読み取る

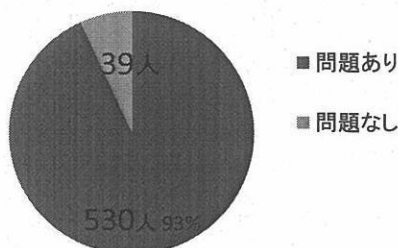
14病院種別の患者特性

① 短期記憶に問題があるか？

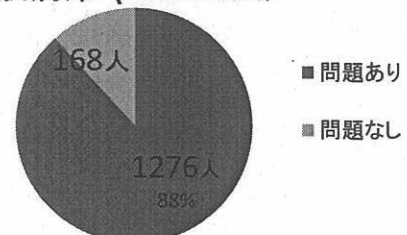
精神科病床 (N=1578人)



療養病床 (N=569人)



一般病床 (N=1578人)

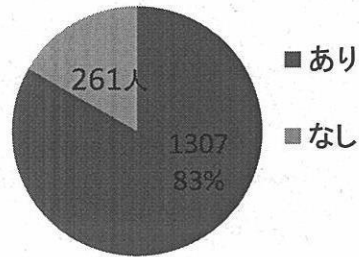


臨床個人票の回答から読み取る

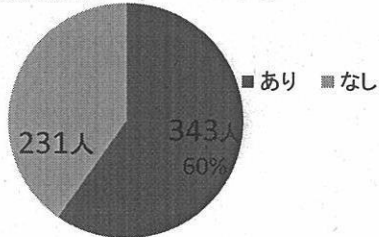
15病院種別の患者特性

② 認知症の周辺症状(BPSD)はあるか？

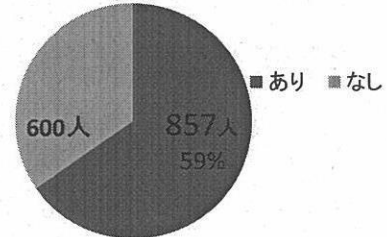
精神病床 (N=1568人)



療養病床 (N=574人)



一般病床 (N=1457人)



臨床個人票の回答から読み取る

16病院種別の患者特性

③ 認知症の周辺症状(BPSD)

(幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行動、性的問題行動、大声、他の利用者への危害、施設脱走企図)

BPSDの具体的項目の該当者は何人？

(複数回答)

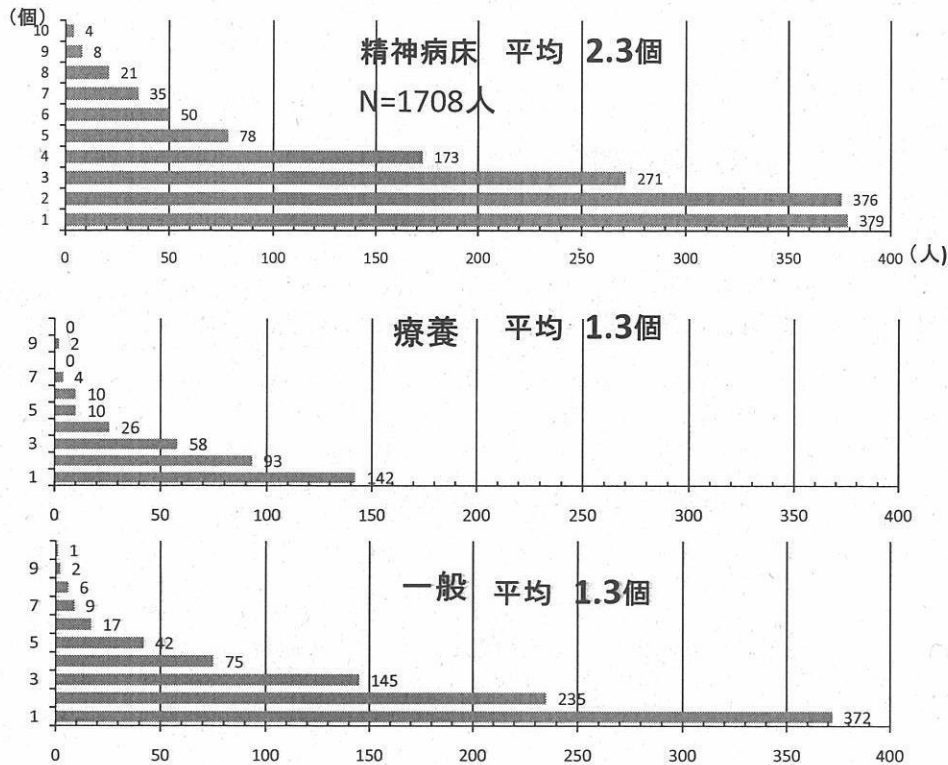
	幻視 幻聴	妄想	昼夜 逆転	暴言	暴行	介護 者の 抵抗	徘徊	不潔 行動	大声	他の 利用者 への 危害	施設 脱走 企図
精神 (N=1568人)	279 17%	477 30%	277 17%	453 29%	223 13%	561 36%	508 32%	309 20%	194 12%	75 5%	21 1.3%
療養 (N=574人)	64 11%	83 14%	102 17%	71 12%	31 5%	148 26%	47 8%	93 16%	64 11%	4 0.6%	7 1.2%
一般 (N=1486人)	154 10%	195 13%	328 22%	185 12%	94 6%	304 20%	221 15%	97 7%	150 10%	6 0.6%	12 0.8%

臨床個人票から読み取る

17病院種別の患者特性

③認知症の周辺症状(BPSD)の具体例

(幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行動、性的問題行動、大声、他の利用者への危害、施設脱走企図)の該当数

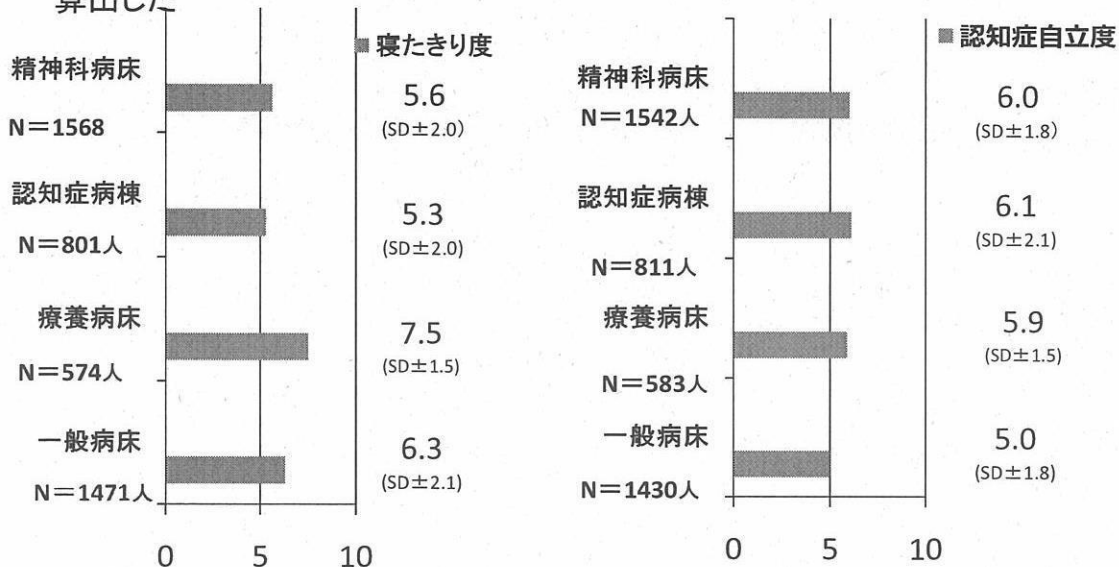


臨床個人票の回答から読み取る

18病院種別の患者特性

③ 日常生活自立度(寝たきり度と認知症の自立度)

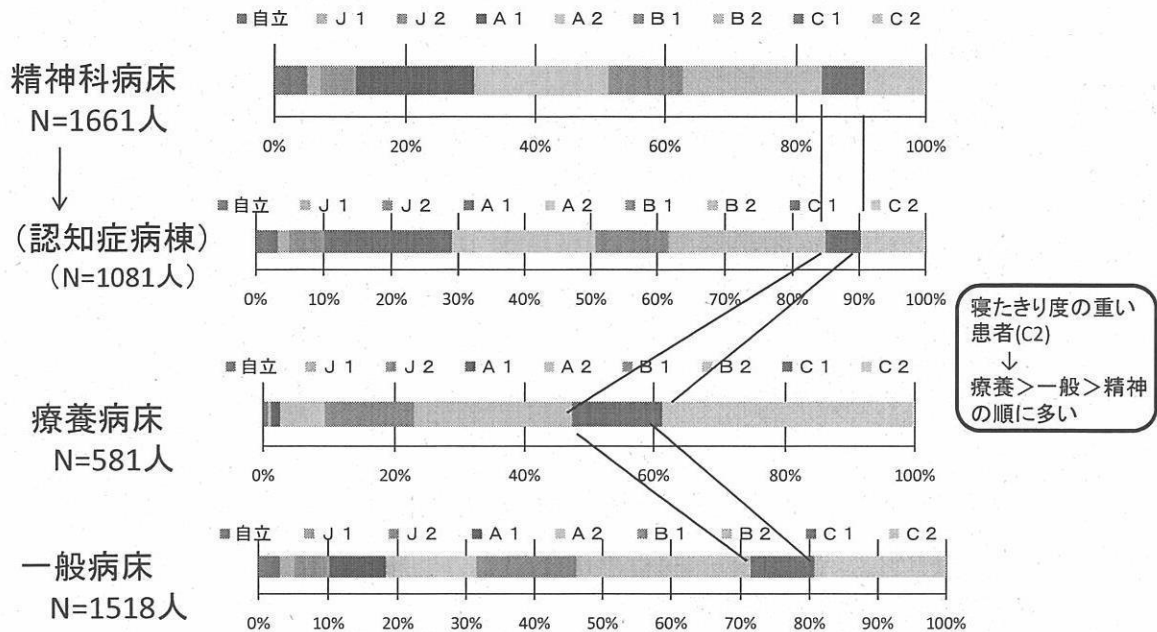
主治医意見書中の「日常生活の自立度」を数値化(順位尺度)し、寝たきり度(点数:1-9)と認知症の自立度(点数:1-8)を病院種別に平均値を算出した



臨床個人票の回答から読み取る

19病院種別の患者特性

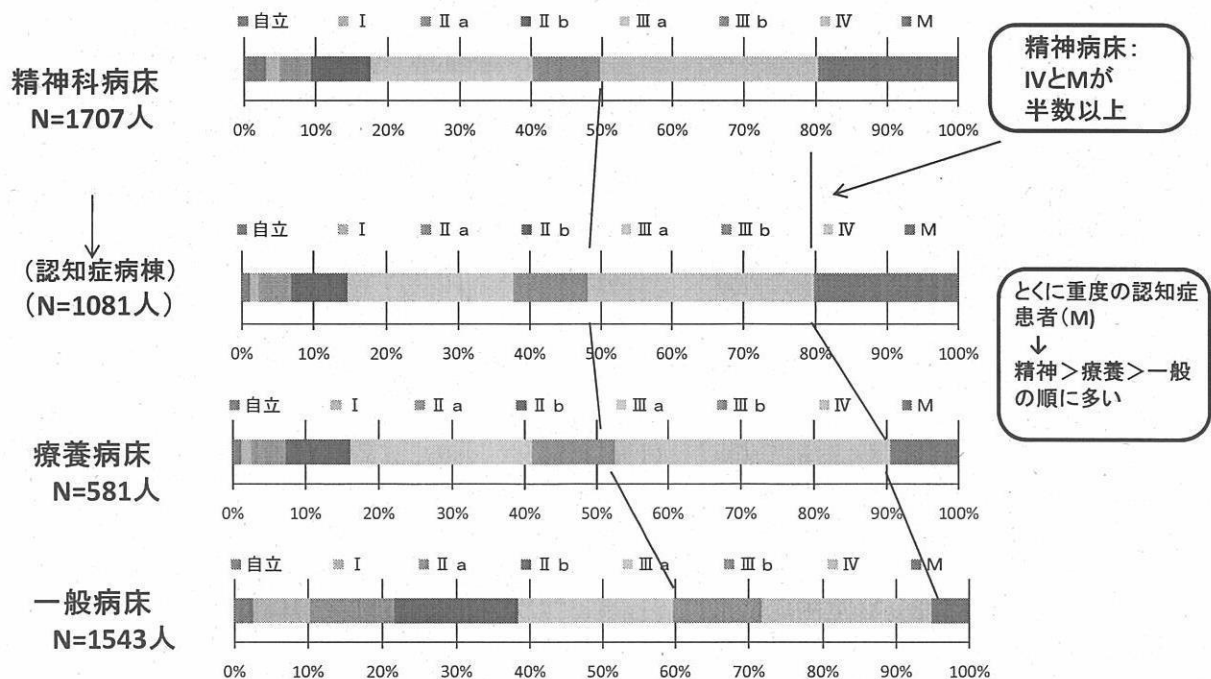
④ 日常生活自立度(寝たきり度)の詳細



臨床個人票の回答から読み取る

20病院種別の患者特性

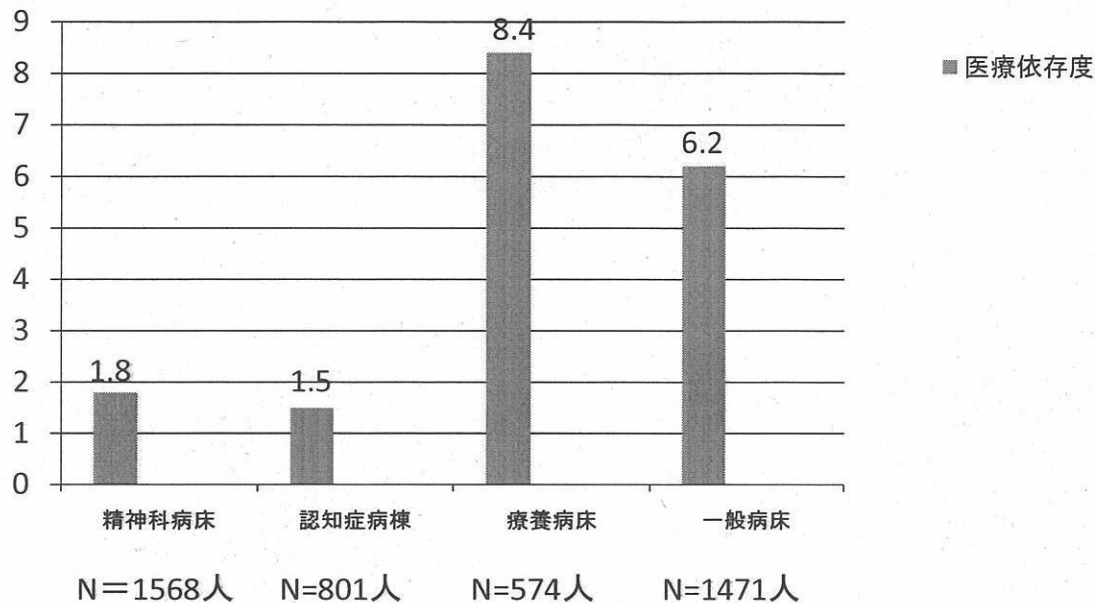
⑤ 日常生活自立度(認知症の自立度)



臨床個人票の回答から読み取る 21病院種別の患者特性

⑥ 医療依存度

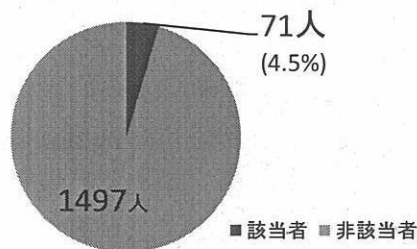
14日以内に受けた処置内容(主治医意見書中の設問:点滴の管理、中心静脈栄養、透析、レスピレーター、経管栄養等)を、診療報酬点数に基づき数値化し、病院種毎に平均値を算出した。



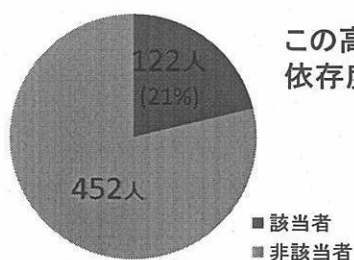
臨床個人票の回答から読み取る 22病院種別の患者特性

⑦ 経管栄養の患者数

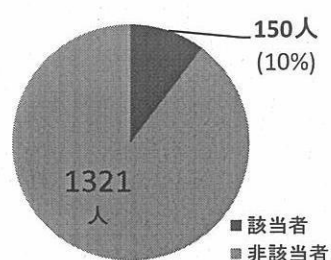
精神病床
(N=1568人)



療養病床
(N=574人)



一般病床
(N=1471人)

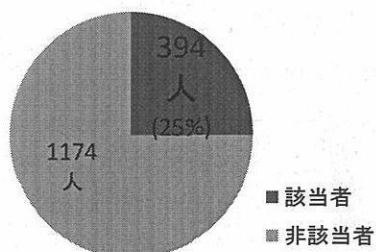


この高さが医療
依存度の背景？

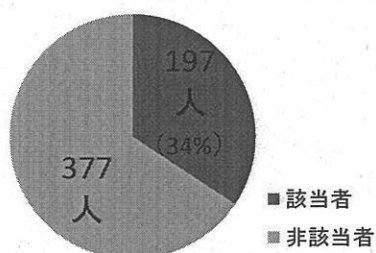
臨床個人票の回答から読み取る
23病院種別の患者特性

⑧ 摂食嚥下機能低下の状態にある患者数

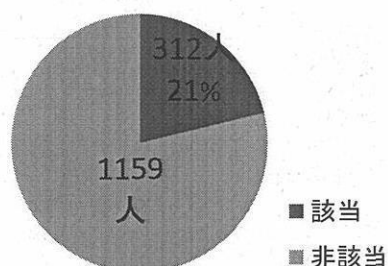
精神病床(N=1568人)



療養病床 (N=574人)



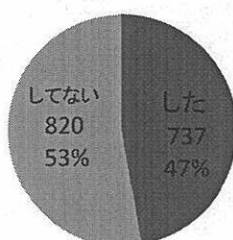
一般病床 (N=1471人)



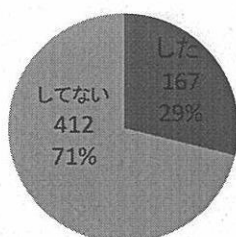
臨床個人票の回答から読み取る
24病院種別の退院支援状況

「特に力を入れた」退院支援の有無

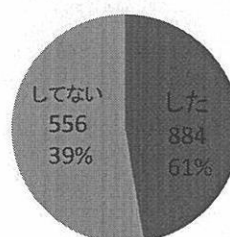
精神病床(N=1557人)



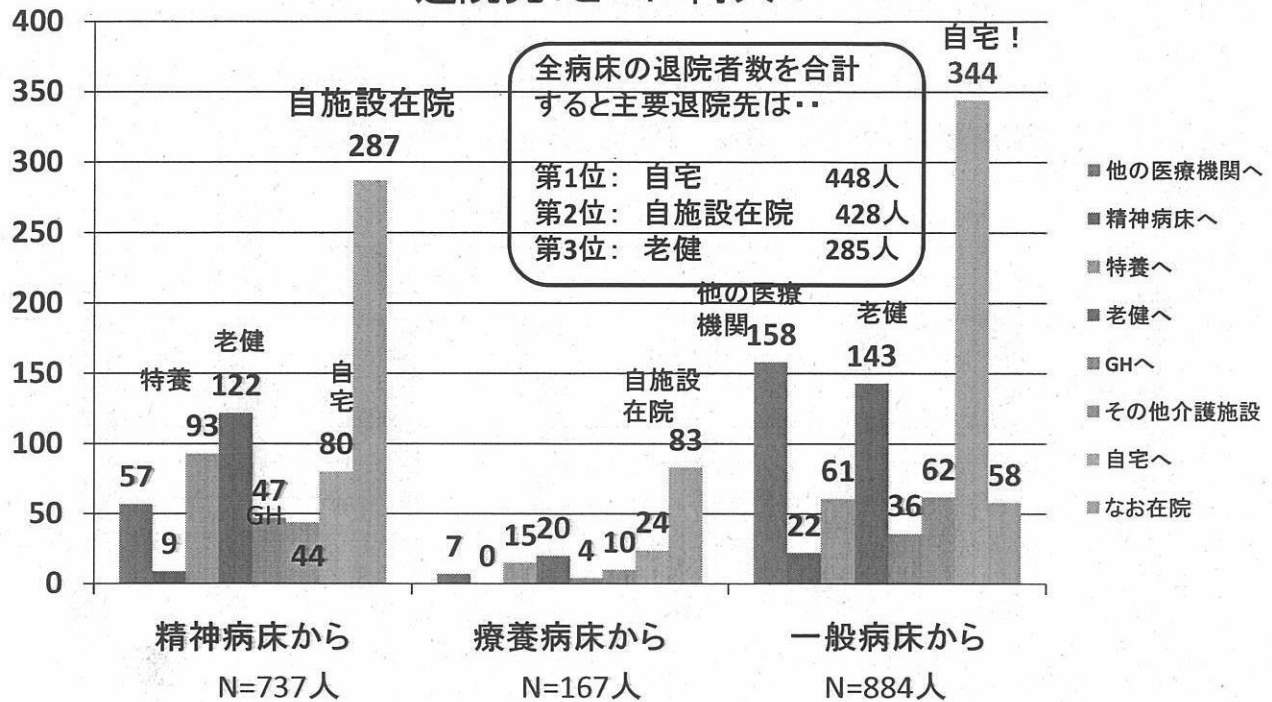
療養病床(N=579人)



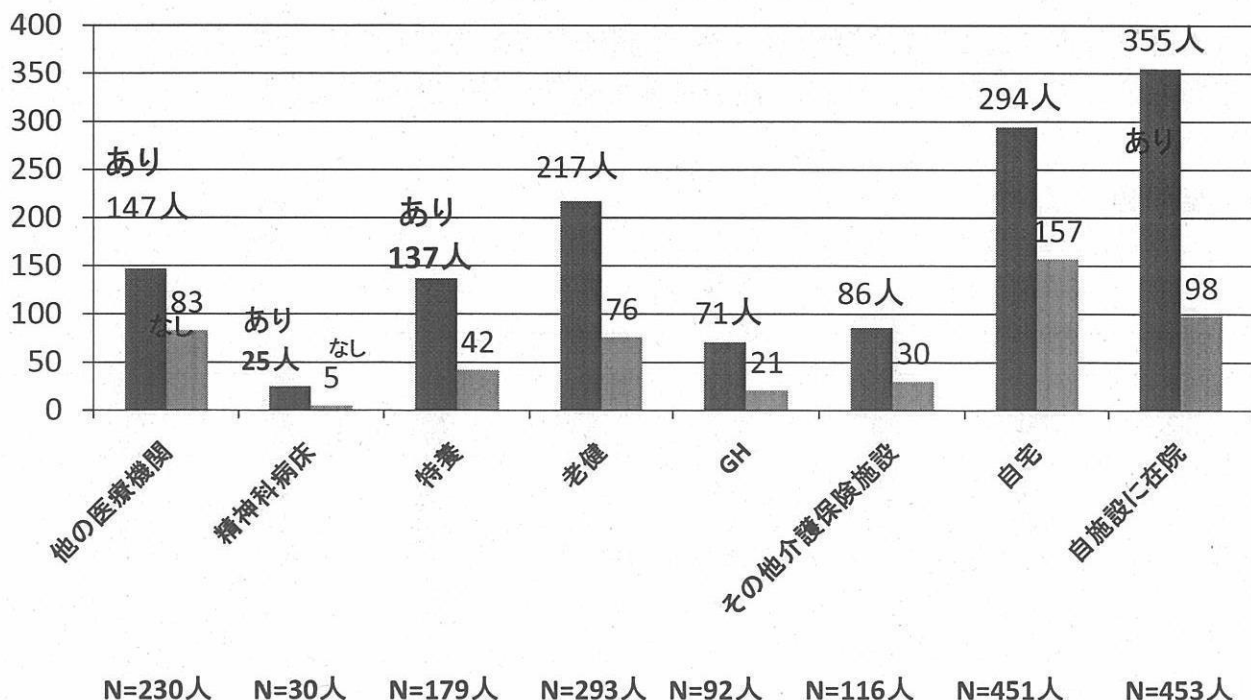
一般病床(N=1440人)



臨床個人票の回答から読み取る
25病院種別の退院支援状況
「特に力を入れた」退院支援の結果
退院先：どこに何人？



臨床個人票の回答から読み取る
26「特に力を入れた」退院支援の結果
退院患者の周辺症状の有無
—退院先毎に差異はあるか？—

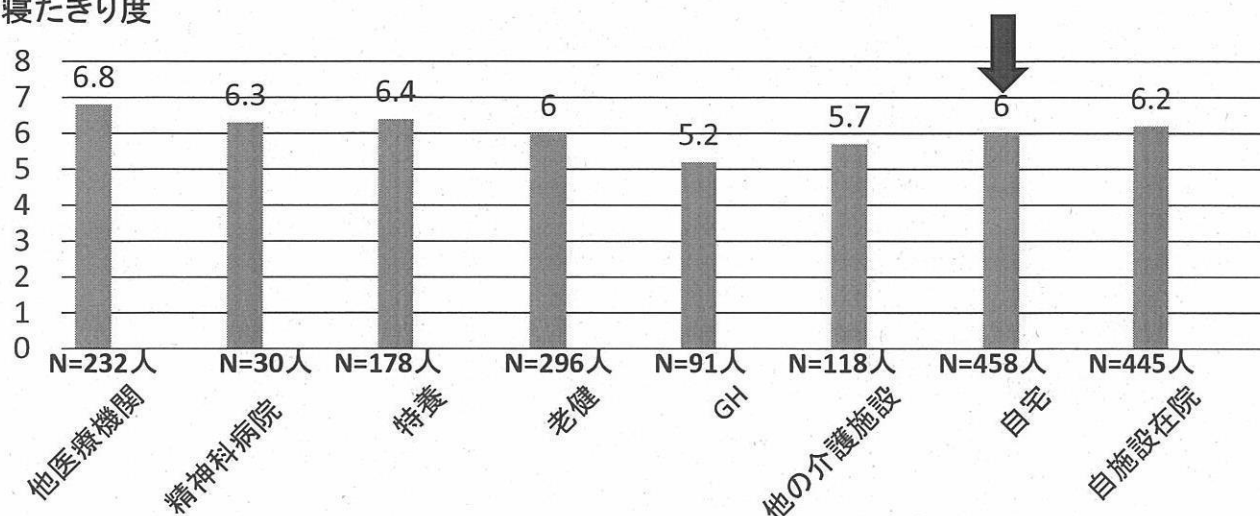


臨床個人票の回答から読み取る

27「特に力を入れた」退院支援の結果 退院先別の患者特性に差異があるか？ 日常生活の自立度(寝たきり度)

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の障害高齢者の日常生活自立度を数値化して寝たきり度(点数:1-9)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

寝たきり度

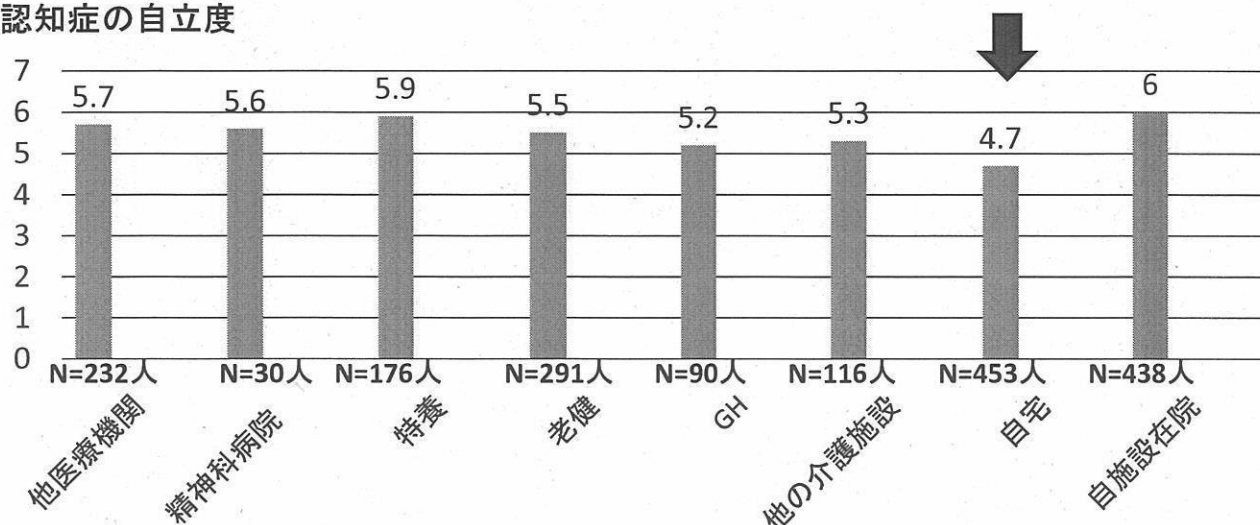


臨床個人票の回答から読み取る

28「特に力を入れた」退院支援の結果 退院先別の患者特性に差異があるか？ 認知症の自立度

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の認知症高齢者の日常生活自立度を数値化して認知症の自立度(点数:1-8)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

認知症の自立度



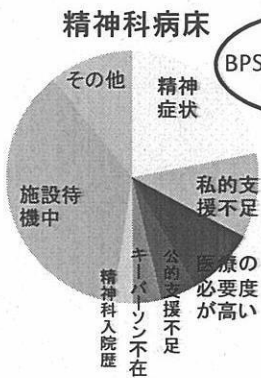
臨床個人票の回答から読み取る

29病院種別の退院支援状況

「特に力を入れた」退院支援にもかかわらず、なお在院の理由
(複数回答)



	感染症	精神症状 行動異常	精神科 入院歴	医療の必 要 度が高い	キーパー ソン不在	公的支援 不足	私的支援 不足	施設入所 待機中	その他
精神科病床	0人	95人	11人	38人	20人	16人	47人	159人	47人
(認知症病棟)	0人	59人	39人	27人	15人	8人	7人	98人	31人
一般病床	1人	3人	0人	24人	4人	2人	18人	17人	11人
療養病床	0人	5人	0人	16人	2人	6人	22人	40人	7人



施設入所待機中を除くと...

	1位	2位	3位
精神	BPSPD	私的支援不足	医療の必要性
療養	私的支援不足	医療の必要性	公的支援不足
一般	医療の必要性	私的支援不足	キーパーソン不在

30まとめと考察(入退院の経路)

- 精神病床への入院患者:「自宅から」が最多 (42%)

推測される背景: 症状が重くなって在宅介護が限界に達した末、入院にいたるケースが多い

- 精神病床からの退院患者:「他の医療機関へ」が最多 (36%)

- 介護施設から精神病床への(からの)入退院者:

老健が最多 (老健→精神 9% 精神→老健 14%)

推測される背景: 老健: 初期の通院治療を経ずに、症状が重くなってから入院するケースが多い

- 老健は終身ではないため、特養に比べ、入所が容易
- 老健入所後に特養待ち、老健めぐり(老健→老健)などが発生?

- 療養病床では、入院者の約半数程度が、自施設在院者と死亡退院者であると推測される

31まとめと考察（地域毎の差異）

平均在院日数、入退院の流れ、患者特性
→各病院による差異が大きい

仮説： 地域毎の差異が大きい？

地域の高齢化率、医療・介護施設介護サービスの整備・稼働状況、家族構成、コミュニティの力 などに左右される可能性があるのではないかと？

32まとめと考察（患者特性）

◆ 病院種別に明確な患者特性がみられた

精神病床： 約半数が、認知症自立度（1から8まで）の7と8（IVとM）
BPSDの重い患者が多い

（認知症病棟との差異： 入退院の流れはほぼ精神病床全体と同じ。認知症のレベルはやや高め。自由回答で、作業療法、レクリエーション、非薬物療法等の実施、徘徊できる廊下など認知症に特化した工夫についての記載がみられた。家族とのコミュニケーションや院内デイケアなど在宅復帰に向けた取り組みがみられた。

急性期の精神科では、認知症患者に特化できず、苦慮しているとの記載が複数みられた。合併症治療には、受け入れ病院がなく、苦労している。）

- ・寝たきり度
療養病床＞一般病床＞精神病床
- ・認知症自立度
精神病床＞療養病床＞一般病床
- ・医療依存度
療養病床＞一般病床＞精神病床

33 自由回答より抜粋

認知症ケアは「人」が必要です。

「人」が関わることで症状が改善することがよくあります。

34 自由回答より抜粋－提言－

認知症は経過とともに進行する。

**認知症に特化し、フルステージに対応できる
医療施設を作る。**

**終末期の延命治療について、社会全体での
議論し、老いや死を受け入れる。**