

三上構成員提出資料

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

平成22年9月16日(木)

日本医師会 常任理事
三上 裕司

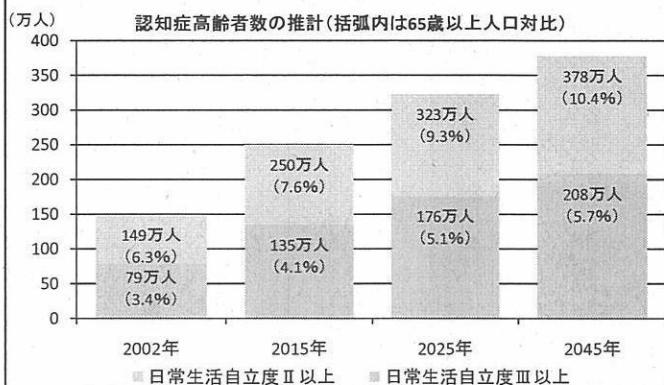
1

今後の介護保険を取り巻く状況について

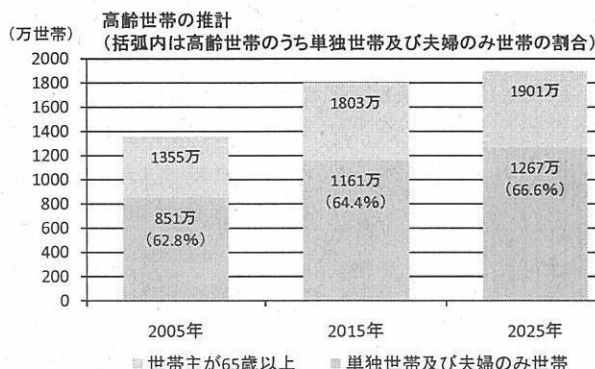
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



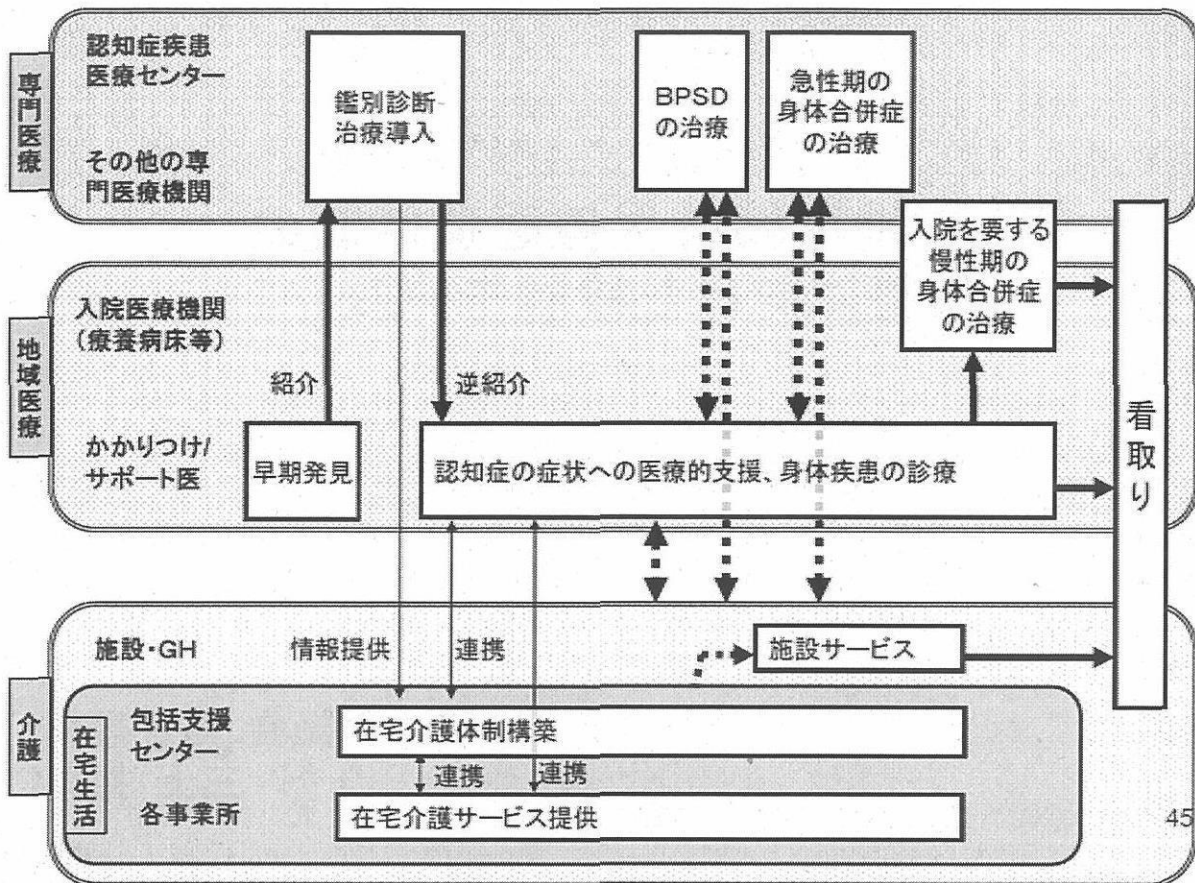
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

認知症への医療体制(イメージ)

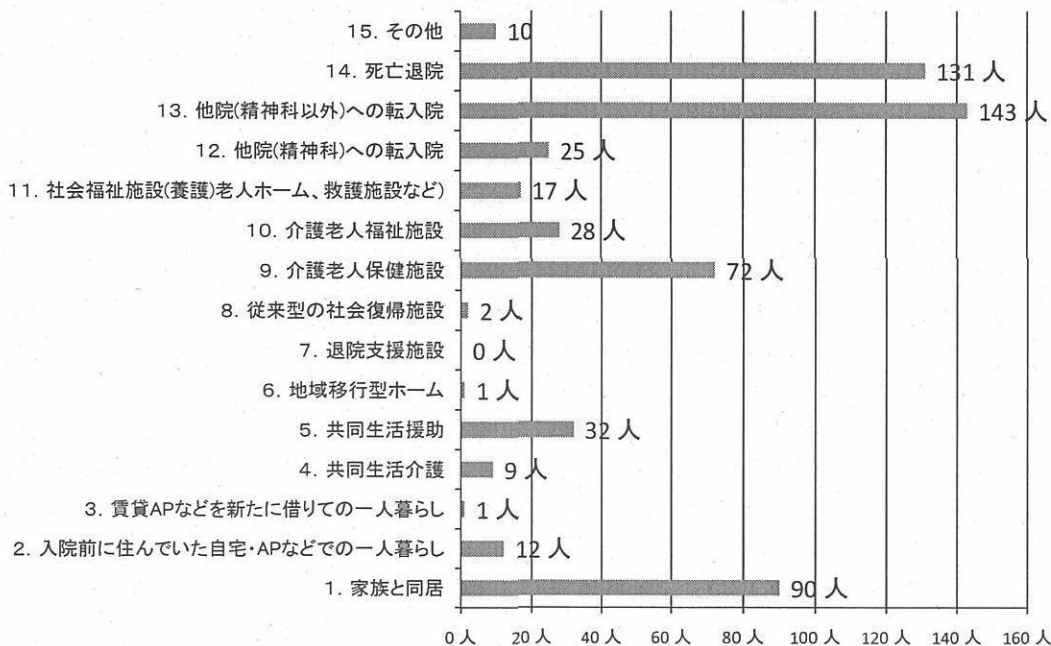


今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

精神病床から退院した認知症患者の退院後の行き先

A. 全報告者数	17,825人
B. Aの内、認知症疾患患者数(F00-03)	2,936人
C. Bの内、初回調査日から6ヶ月後までに退院した患者数	608人

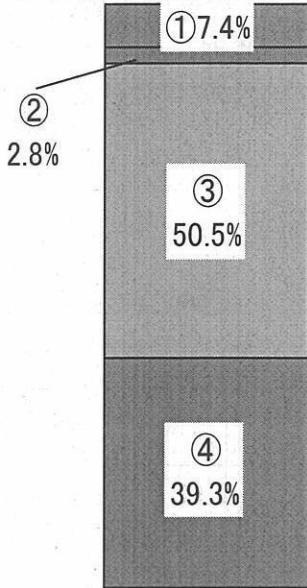
有効回答数573人



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由

居住先・支援が整った場合の退院可能性



(有効回答数 3,458人)

退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

- 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

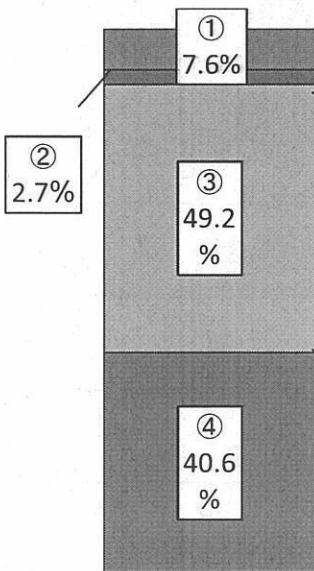
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

5

第5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より

認知症による精神病床入院患者の適切な居住の場

居住先・支援が整った
場合の退院可能性



有効回答数3,265人

退院できると仮定した場合、
適切と考えられる「居住の場」
(いずれか一つ選択)

1. 家族と同居	250	15.6%
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	31	1.9%
3. 賃貸アパート等を新たに借りてひとり暮らし	8	0.5%
4. ケアホーム	27	1.7%
5. グループホーム	137	8.5%
6. 地域移行型ホーム	2	0.1%
7. 退院支援施設	16	1.0%
8. 従来型の社会復帰施設	17	1.1%
9. 介護老人保健施設	514	32.0%
10. 介護老人福祉施設	415	25.9%
11. 社会福祉施設	127	7.9%
12. その他	32	2.0%
13. 将来の退院を想定できない	29	1.8%

(有効回答数 1,605人)

- 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

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

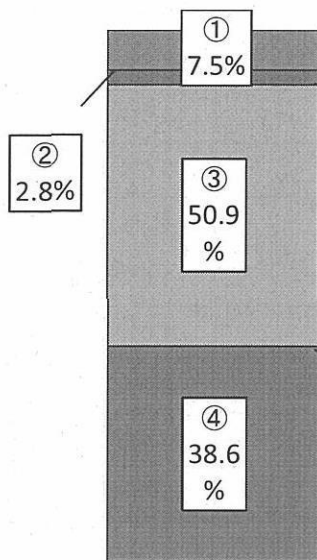
6

第5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より

退院できると仮定した場合の家族等からの支援

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

仮に退院できると仮定した場合に、
家族や友人などから得られる支援の程度
(いずれか一つ選択)



有効回答数3,388人

支援の程度	人数	割合
支援は得られない	526	30.5%
助言・精神的な支援(電話など、物理的にその場にはいない支援も含む)	712	41.3%
週数回のADL、IADLの支援	224	13.0%
ほぼ毎日のADL、IADLの支援	172	10.0%
必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り	91	5.3%

(有効回答数 1,725人)

- 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

7

第5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より

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で要介護度が重い申込者が6.7万人。要介護度3以下の申込者が24.3万人おり、在宅でない申込者も22.2万人いる。

単位:万人

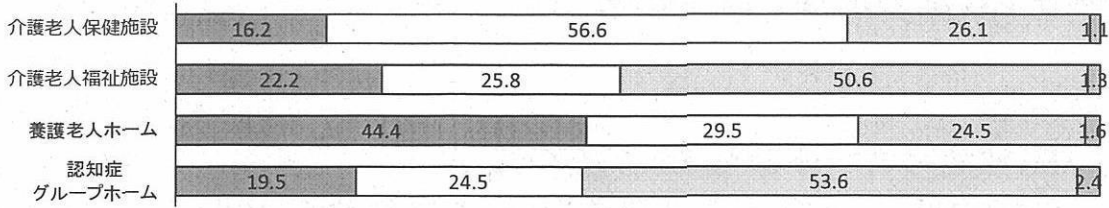
	要介護1~3	要介護4~5	計
全体	24.3 (57.6%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	13.1 (31.2%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	11.1 (26.4%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

出典: 社会保障審議会介護保険部会(第28回)資料

精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)

(%)

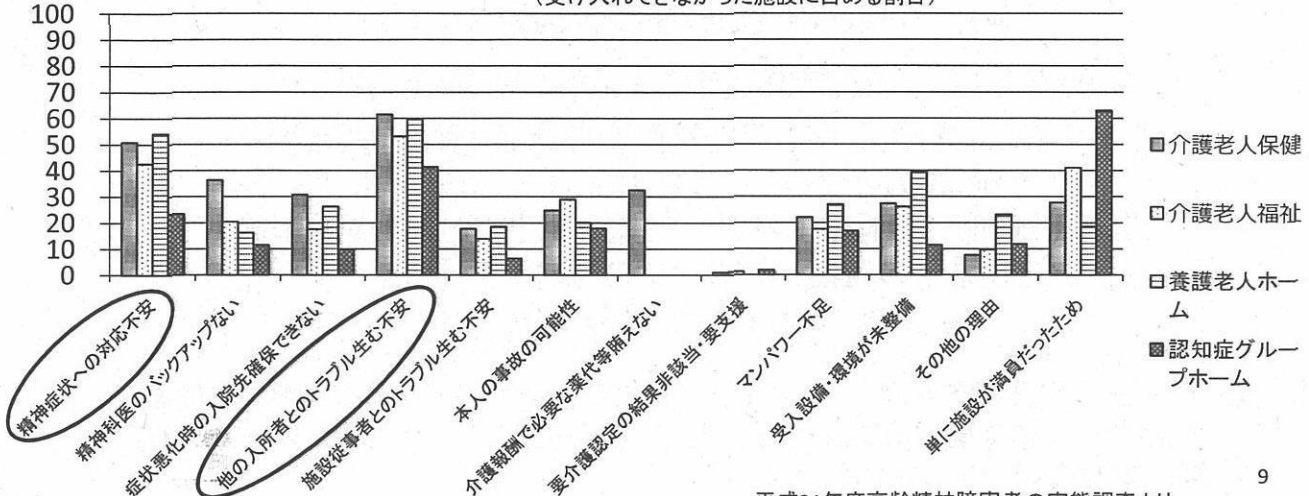


□ 全て応じることができた □ 受け入れできなかったことある □ 要請・照会なかった □ 無回答

受け入れできなかった施設における理由(複数回答)

(受け入れできなかった施設に占める割合)

(%)



平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

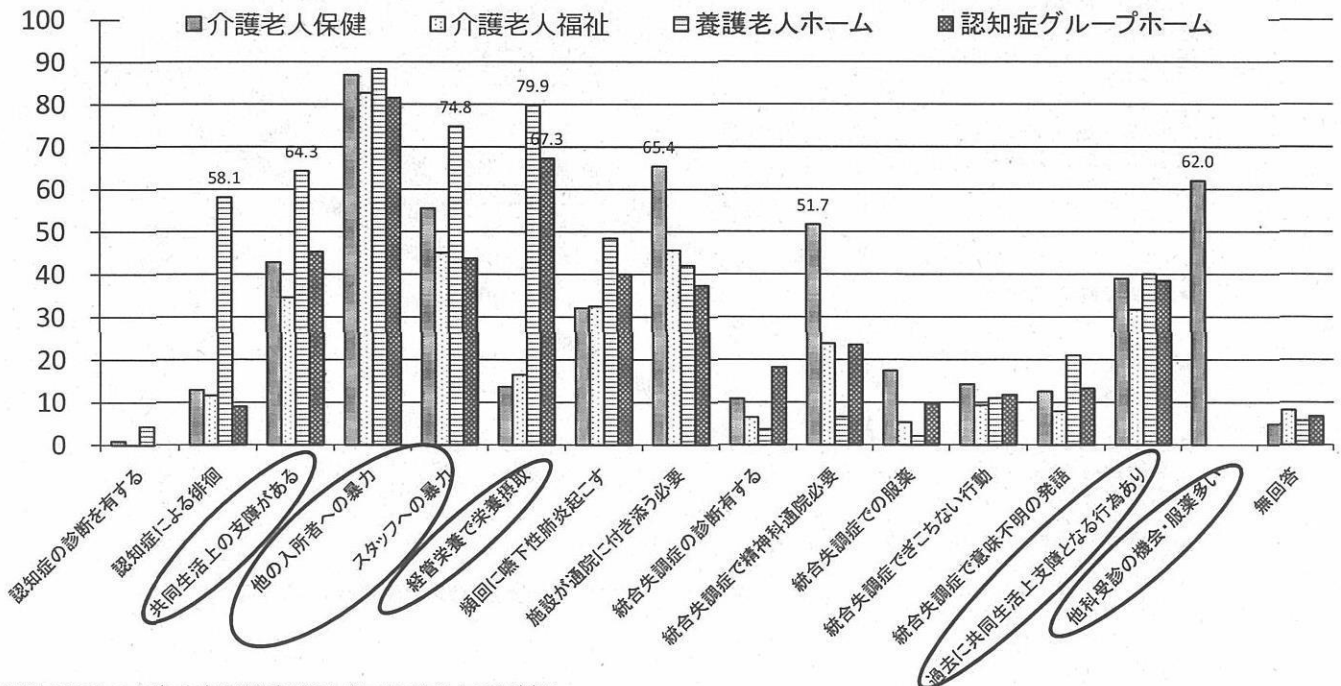
9

第5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より

施設への受け入れが難しい対象者像(複数回答)

(全施設に占める割合)

(%)



※共同生活上の支障: 大声や独語などのために共同生活上の支障あり
 ※頻回に嚥下性肺炎: 約2か月に1回以上嚥下性肺炎を起している
 ※施設が通院に付き添う必要: 毎週通院に付き添う必要がある

平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

第5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より 10

認知症地域医療支援事業

○実施主体：都道府県、指定都市

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

- ・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成

※国立長寿医療センターに委託して実施。

平成17-20年度で871名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

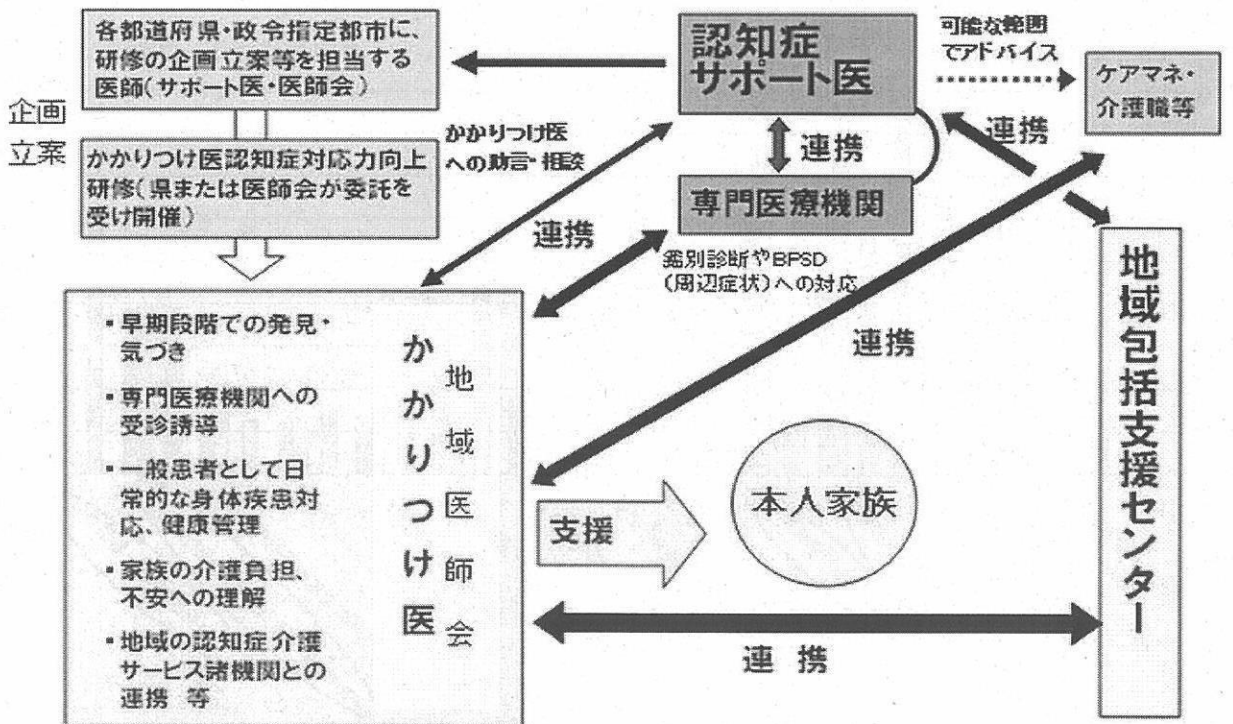
※平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人が研修を修了

41

※ 今年度より認知症サポート医養成研修修了者が中心となって地域におけるネットワークを構築することを目的として、「認知症サポート医フォローアップ研修事業」がスタートしている。

11

かかりつけ医・サポート医が参画した地域における認知症高齢者支援体制



A県医師会:

認知症については医療よりも介護の比重が大きく、家族の支援も含め多職種の連携がいかにか円滑になされるかが最大のポイントであろう。事例検討会などを医師会主催で行い、かかりつけ医がより積極的に連携していく姿勢が望まれる。

B県医師会:

認知症サポート医の養成、かかりつけ医の認知症対応力向上の為の研修会を行っているが、それ以上は進んでいない。高齢者の認知症は急増しているが、専門医療機関での診察の予約期間は長く、サポート医の活用も少ないのが現状である。

C県医師会:

国は認知症については、医療から介護への切れ目のないサービスを提供するため認知症疾患医療センター等を介したネットワークの整備を進めているが、当県ではまだ整備は図られていない。地域の医師には「認知症サポート医研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」がなされているが、関心度はまだ低いように思われる。

精神病床の認知症入院患者(病棟種類別)

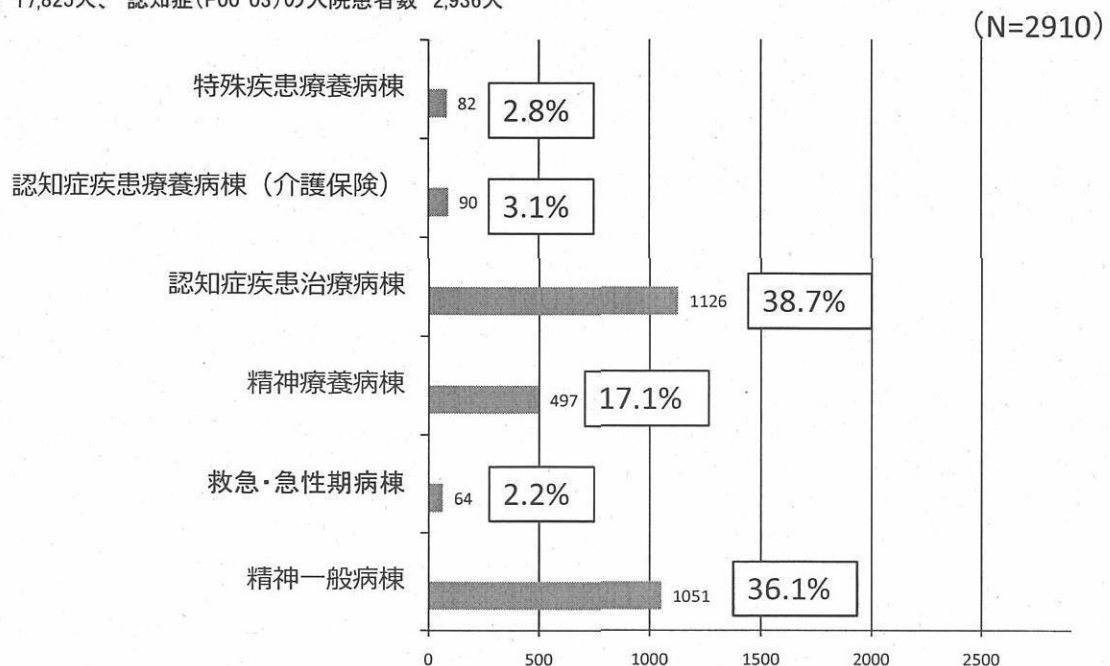
「精神病床の利用状況に関する調査」

(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

調査対象: 全国の精神病床を保有する病院 1,542病院中 997病院が回答。

1か月の入院患者のうち10%を無作為抽出した調査にて、

回答総数 17,825人、認知症(F00~03)の入院患者数 2,936人



要介護(要支援)認定者(第1号被保険者) における認知症高齢者の将来推計

単位:万人

西暦	2005	2010	2015	2020	2025	2030
自立度Ⅱ以上認知症 高齢者数(万人)	169	208	250	289	323	353
カッコ内は65歳以上 人口比(%)	(6.7)	(7.2)	(7.6)	(8.4)	(9.3)	(10.2)

参考:厚生労働省 2015年の高齢者介護

15

認知症患者に提供すべき医療 30項目:

1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断
5	上記1)~4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症、うつ病、せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)	
7	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治医意見書の記載
15	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬

4. 往診・訪問診療機能	
17	往診・訪問診療による身体疾患の治療
18	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)
19	施設(グループホーム、介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療
20	往診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
24	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

認知症による精神病床への入院患者の 身体合併症、ADL障害の状況

GAF 51以上

合併症 ADL	特別な管理(※3)	日常的な管理(※4)	なし	計
直接介助要(※1)	19.5	25.2	17.6	62.3
準備・観察(※2)	2.7	6.7	5.5	14.9
自立	2.8	9.0	11.1	22.9
計	25.0	40.9	34.2	100.0

(n=3,356) (%)

- ※1: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のいずれかについて、直接の(ボディタッチを含む)援助が必要
- ※2: 「直接介助要」には該当しないが、4項目のいずれかについて、準備・観察が必要
- ※3: 入院治療が適当な程度
- ※4: 外来通院が適当な程度

合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	9.8	15.7	8.6	34.1
準備・観察	3.9	7.8	6.4	18.1
自立	5.6	20.8	21.4	47.8
計	19.3	44.3	36.4	100.0

(n=499) (%)

GAF 50以下

合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

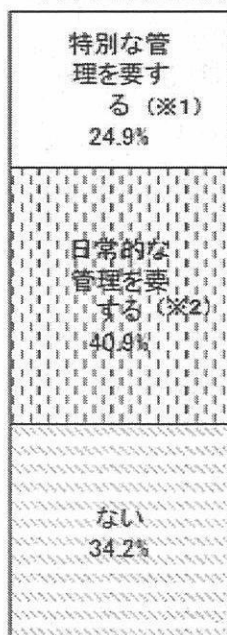
(n=2,857) (%)

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)の 入院患者における身体合併症の有無

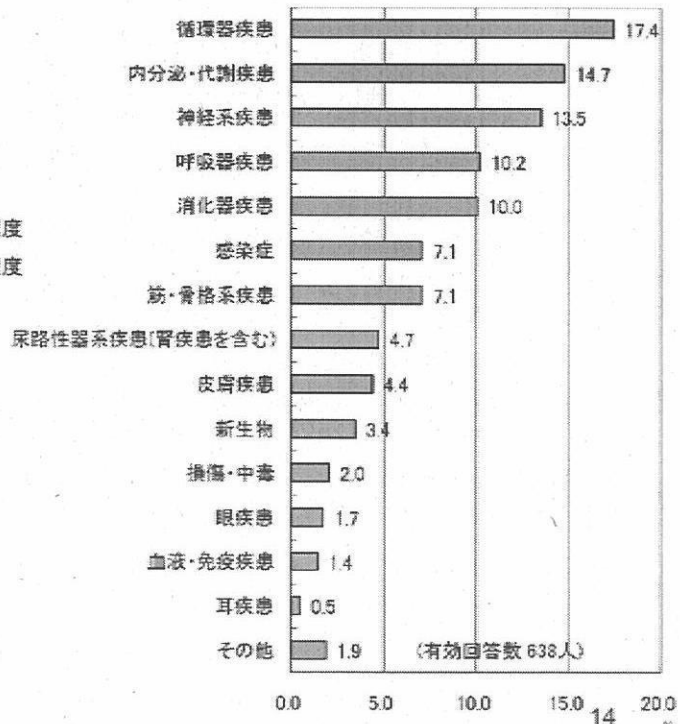
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 3,376人)

- ※1: 入院治療が適当な程度
- ※2: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

平成20年度診療報酬改定

身体合併症に対応した取組に係る評価

(1) 身体合併症に対する手厚い医療への評価

- ① 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の7日間における加算を創設

⇒ 精神科身体合併症管理加算

- 1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合：300点(1日につき)(新設)
- 2) 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している患者の場合：200点(1日につき)(新設)

19

平成22年度診療報酬改定

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改 定 後
<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している患者の場合 200点</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点</p> <p>[算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10対1、13対1、15対1)又は特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している病棟であること。</p>

139

20

(1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。

新 精神科病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

〔施設基準〕

- ① 新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ② 身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③ 平均在院日数が80日以内であること。

21

認知症についての課題と検討の方向

①求められる医療機能

現状と課題

- ・高齢化の進行に従い、今後認知症患者が増加することが予測されている。
- ・認知症に対する専門医療については、次のような機能が求められる。
 - ①かかりつけ医からの紹介等を受け、早期に鑑別診断・確定診断を行うとともに、地域の諸機関と連携して適切な医療や介護サービスに結びつける
 - ②BPSDに対する適切な医療を提供する
 - ③特に急性期の重篤な身体合併症に対する適切な対応を行う
- ・認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。
- ・認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、医療機関等において対応するための機能が十分でない。

認知症についての課題と検討の方向

①求められる医療機能

検討

- ・鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。
- ・このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進すべきではないか。
- ・認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきではないか。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より 23

認知症についての課題と検討の方向

②入院・入所の場合

現状と課題

- ・現在、認知症患者の有病率やBPSDの発生頻度等について調査が進められている。
- ・認知症病棟をはじめとする精神病床において、認知症に対する専門的な医療機能を発揮するには、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- ・認知症患者の入院は、BPSD等の症状の消退後等の、専門的な医療を必要としない状態でも継続しているなど、長期化している。その結果、真に専門医療の必要な者の専門医療へのアクセスが阻害されている。
- ・慢性期の身体合併症の患者については、病状に応じて、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応するものと考えられるが、そのための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より 24

認知症についての課題と検討の方向

②入院・入所の場

検討

- ・認知症の有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。
- ・認知症患者の入院適応を明確化したうえ、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を確保し、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要ではないか。
- ・専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携を進めるべきではないか。
- ・慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。
- ・認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より 25

参考

GAF(機能の全体的評定)尺度

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。

GAF(機能の全体的評定)尺度

50-41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいらない、仕事が続かない)。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床に横たっている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたい)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分