

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に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)

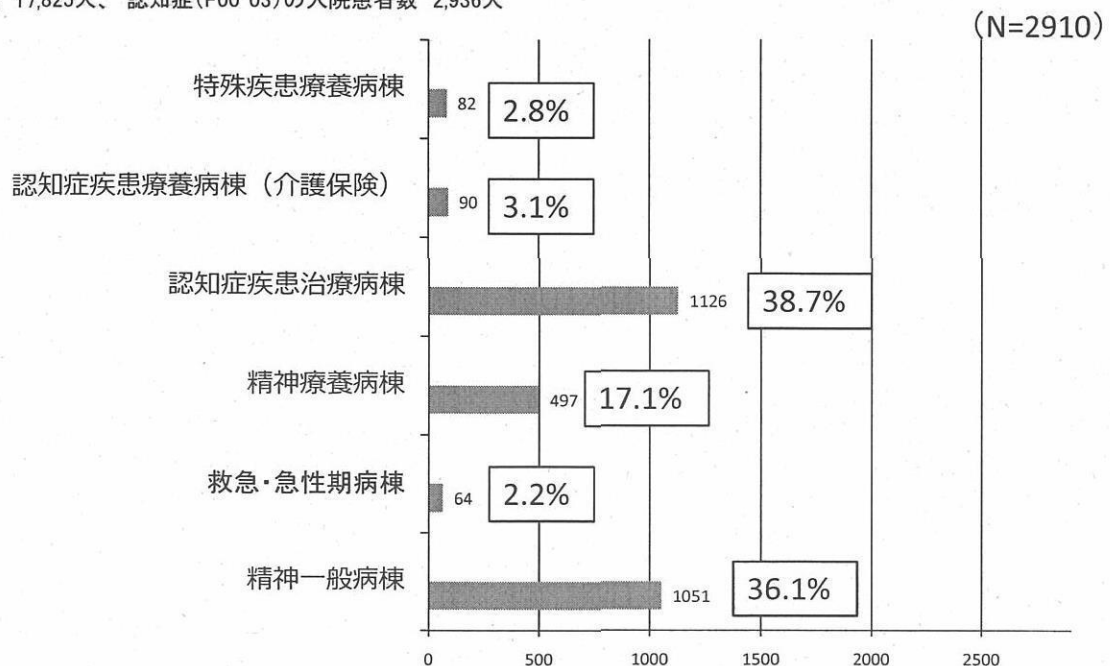
「精神病床の利用状況に関する調査」

(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 |

GAF 50以下

(n=499) (%)

| 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 |

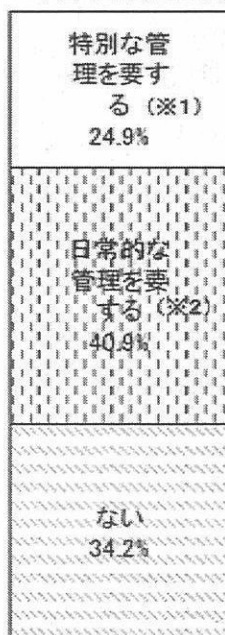
(n=2,857) (%)

「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

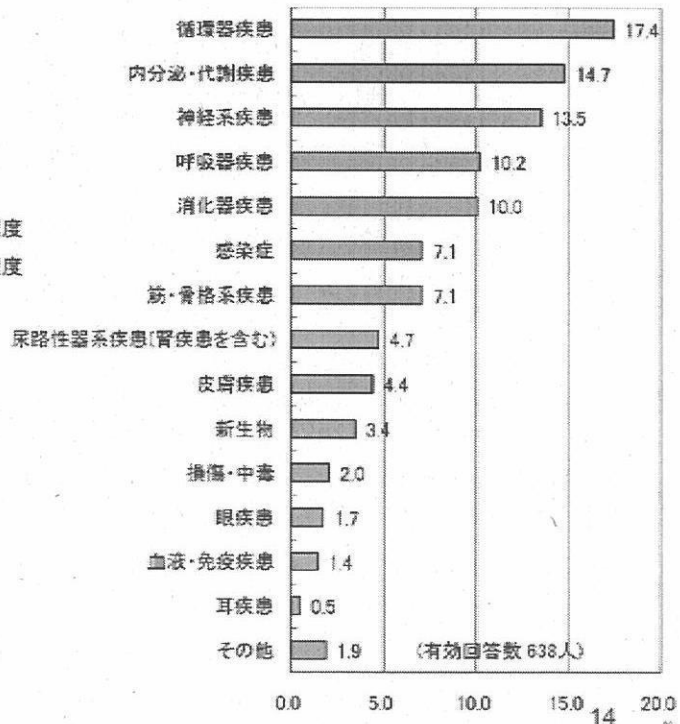
身体合併症を持つ人の割合



(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



「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