

身体合併症対策

(認知症治療病棟を持つ299病院からの回答)

- 1) 74%は他科(内科医等)の常勤医がいる。
- 2) 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%)を行っていた。
- 3) 骨折等の整形外科領域を除けば転院は極めて少ない。
- 4) 治療の為に転院がスムーズに行われているところは20.7%に過ぎなかった。
(うまくいかない理由)
 - ① 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%
 - ② 精神科の病棟がないので精神症状の対応が出来ない…70.5%
- 5) 総合病院等の精神科の外来や病棟の閉鎖が多く見られる。受け入れは今後、ますます困難になる。
- 6) 精神科身体合併症管理加算については55.2%が疾患に偏りがあると答え、7日間での治療は困難(71.4%)と答えている。

認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について
平成20年度 老人保健健康増進等事業(日精協調べ)

高度認知症病棟(案)

<高度認知症病棟入院料(1日につき1,700点)について>

1. 高度認知症病棟入院料に関する施設基準
 - (1) 当該病棟に専任の医師が常勤していること。
 - (2) 当該保険医療機関内に専従する精神保健福祉士が1人以上勤務していること。
 - (3) 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
 - (4) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を参入しても差し支えない。
 - (5) 当該病棟の入院患者の概ね8割以上が高度の認知症患者であること(①～⑤の内の2つ以上を満たす者)
 - ① 障害者の日常生活自立度のランクB以上
 - ② 認知症の日常生活自立度がⅢ以上
 - ③ MMSE(Mini Mental State Examination) 12点以下
 - ④ CDR(Clinical Dementia Rating) が3(重度)と評定された者
 - ⑤ FAST(Functional Assessment Staging) Stage6以上
2. 高度認知症病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、高度認知症病棟入院料に含まれるが、退院日に、退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定出来る。

若年認知症対策

- ・65歳未満で発症
- ・老年期の認知症の場合とは異なり、医療・ケアや経済的な困難に直面している
- ・全国に約38,000人、精神科病院に約4,000人いるといわれている
- ・血管性認知症、アルツハイマー病、頭部外傷後遺症が多い
- ・若年認知症専用の支援体制はない
- ・介護保険による認知症デイサービスは地域密着型のデイサービスであり、隣町の人には通うことができない
- ・若年専用の施設やサービスが必要であり、そのサービスは個別ケアでなければならない(専用施設や若年認知症デイケア等)
- ・専門医をはじめ専門のコメディカルスタッフの育成が必要
- ・認知症疾患医療センターの大きな役割

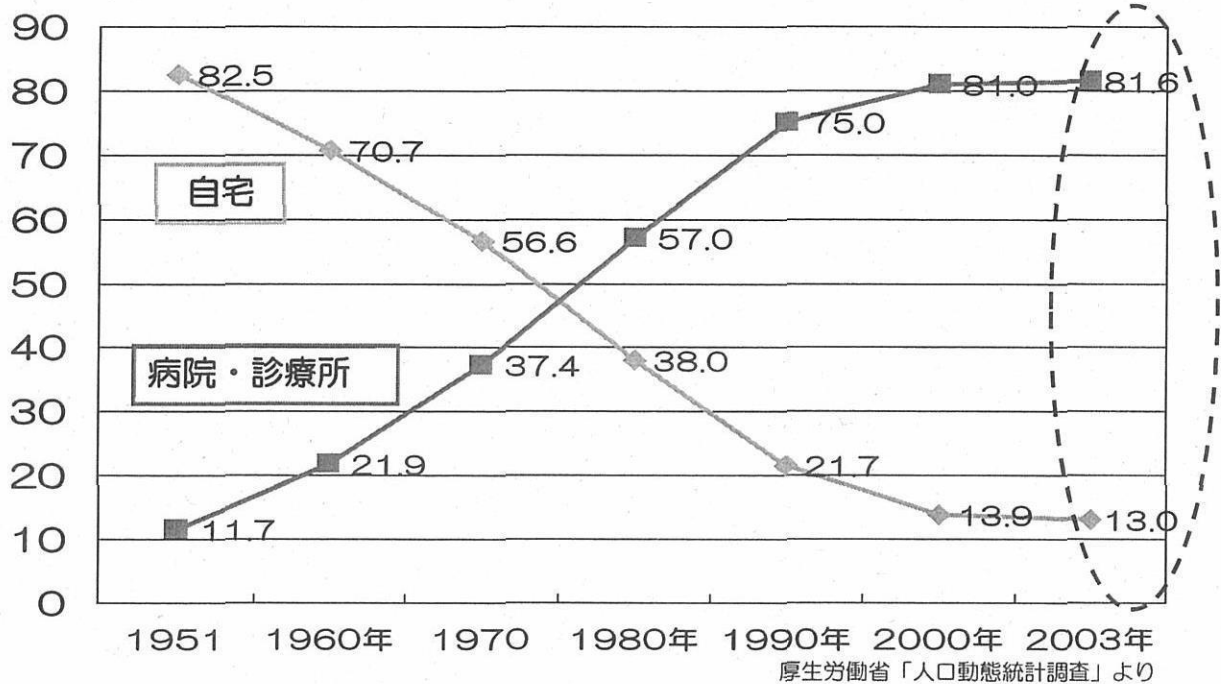
(平成21年度 老人健康増進等事業 日精協)

精神科医療における認知症への支援

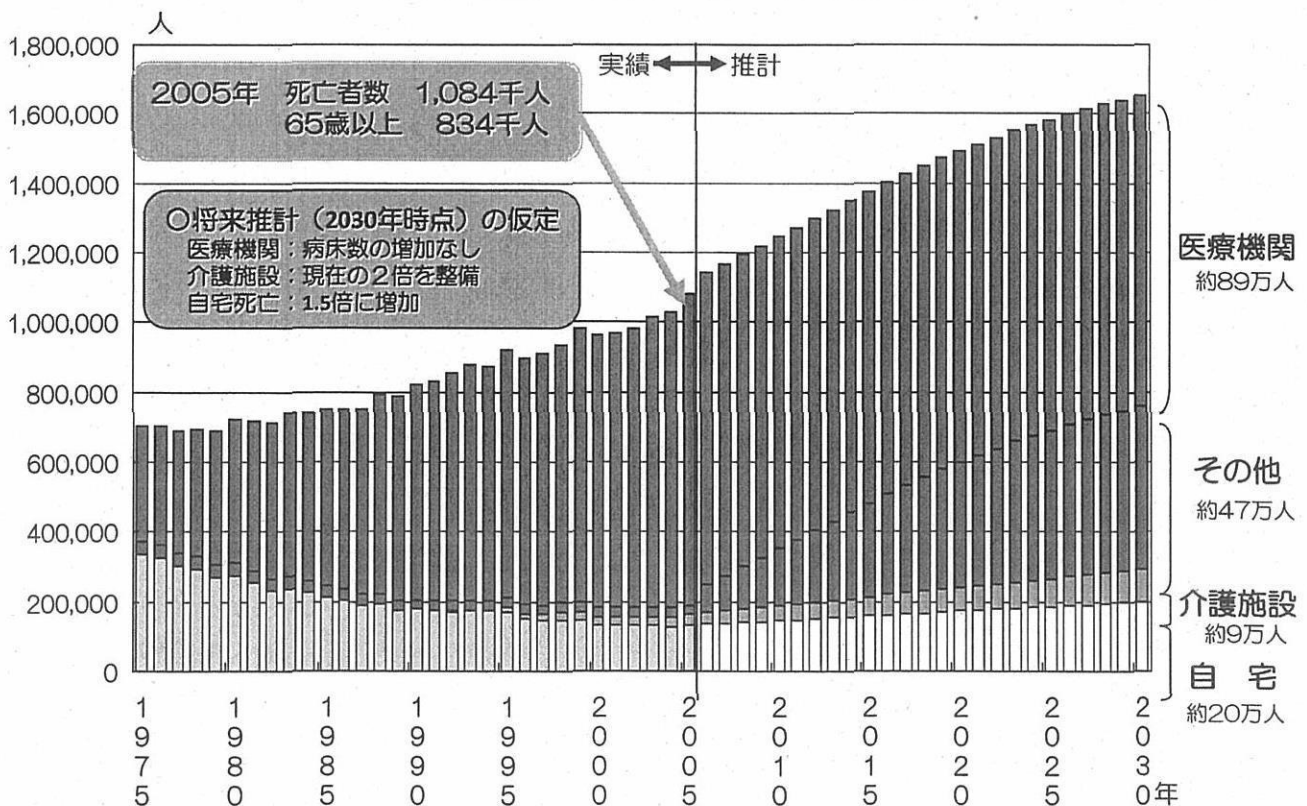
- 1) 専門医による早期診断、鑑別診断、終末期までの継続治療
- 2) 経済的支援
 - 通院医療費公費負担申請
 - 成年後見制度の診断書作成
 - 障害年金の受給、生命保険の高度障害認定の診断書作成
 - 介護保険の利用
- 3) 家族に対する介護負担の軽減とメンタル面でのケア
- 4) 病名告知と心理教育
- 5) 地域包括支援センターや医療機関からの要請に対し、PSW等の訪問システムをつくる

死亡の場所の推移

- 居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。



今後の看取りの場は？



【資料】
2005年(平成17年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2006年(平成18年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム