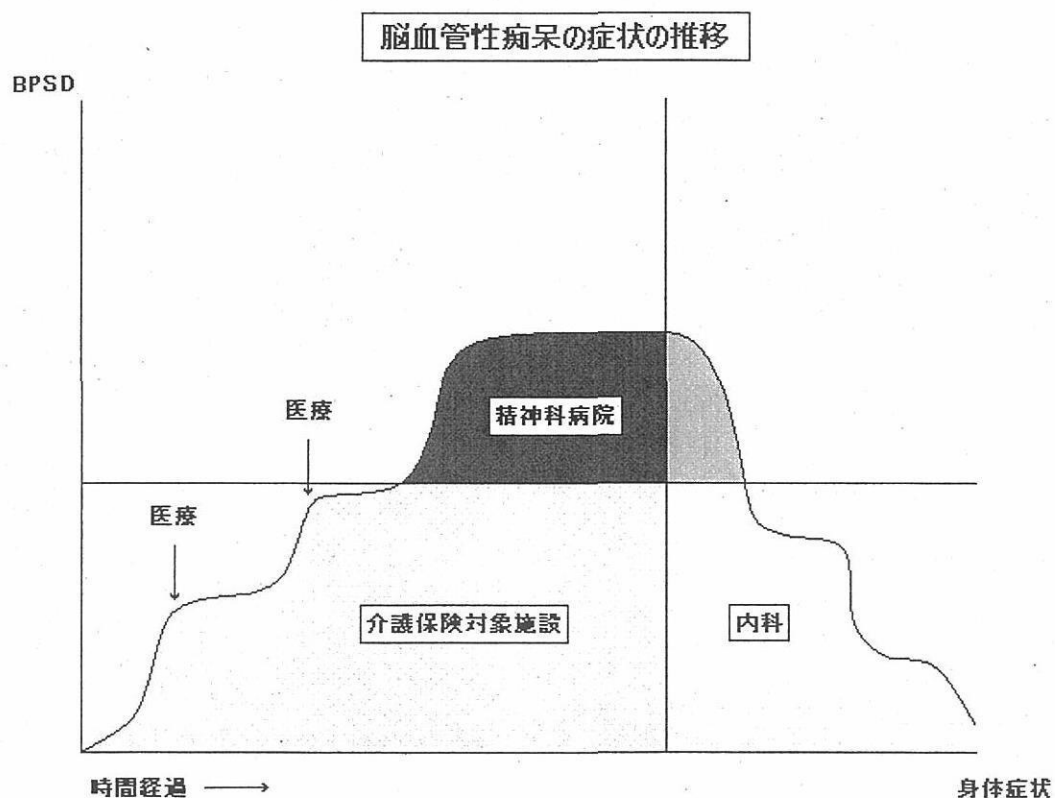


三根構成員提出資料

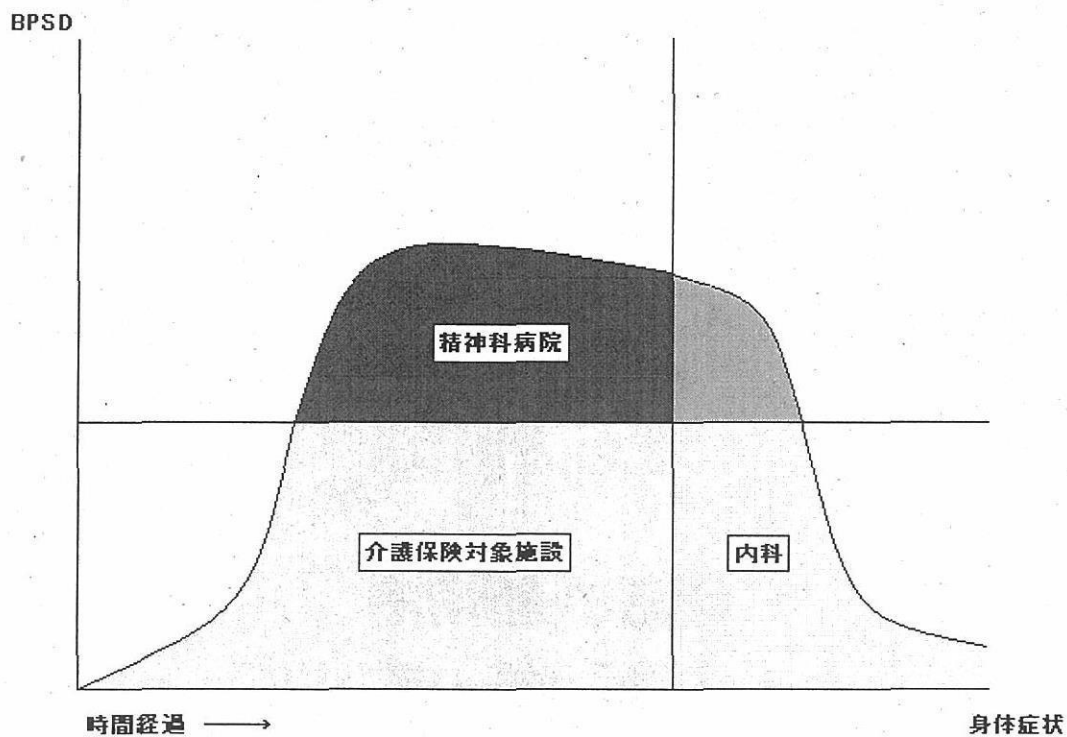
新たな地域精神保健医療体制 の構築に向けた検討チーム

新船小屋病院
三根 浩一郎

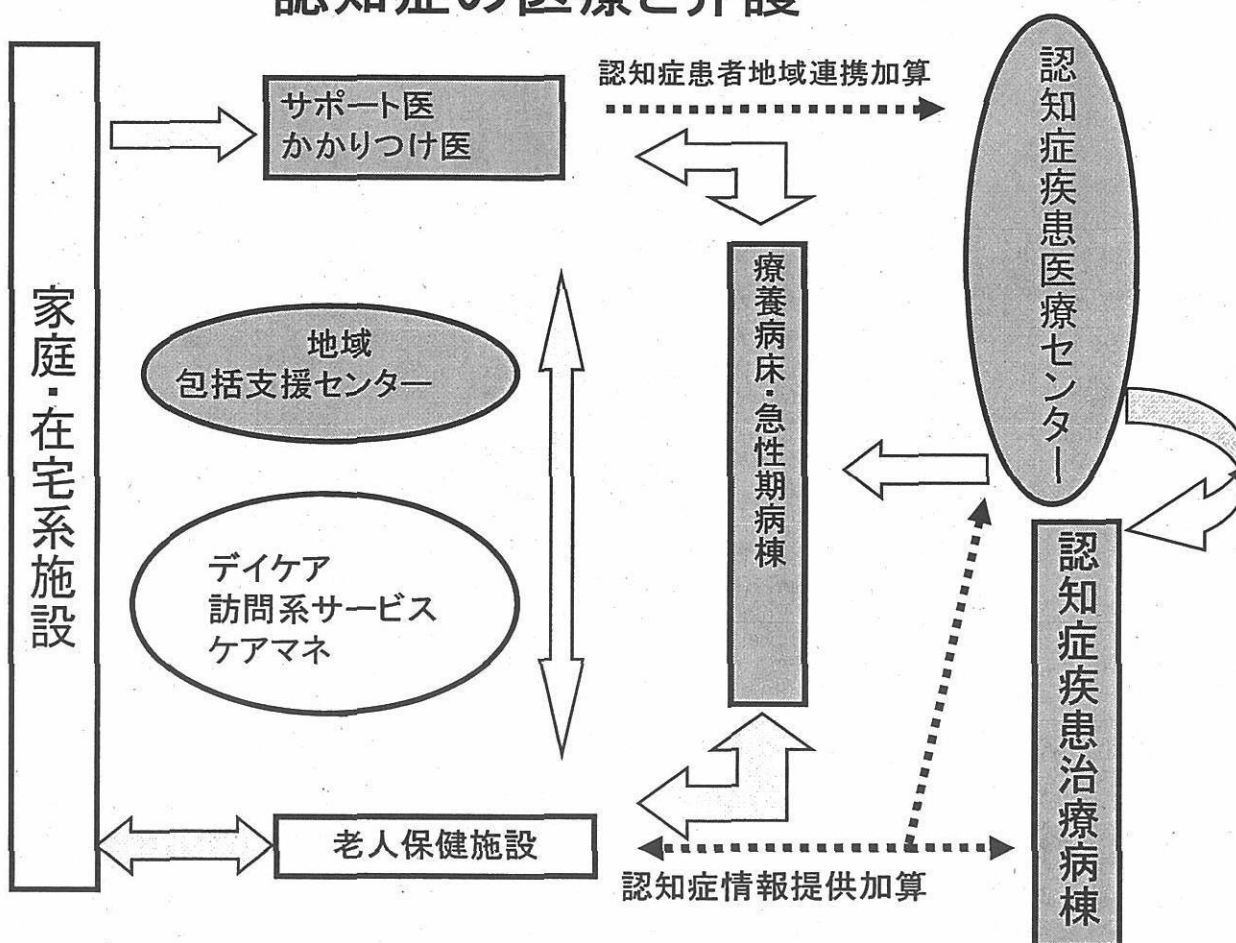
脳血管性認知症の症状の推移



アルツハイマー型認知症の症状の推移

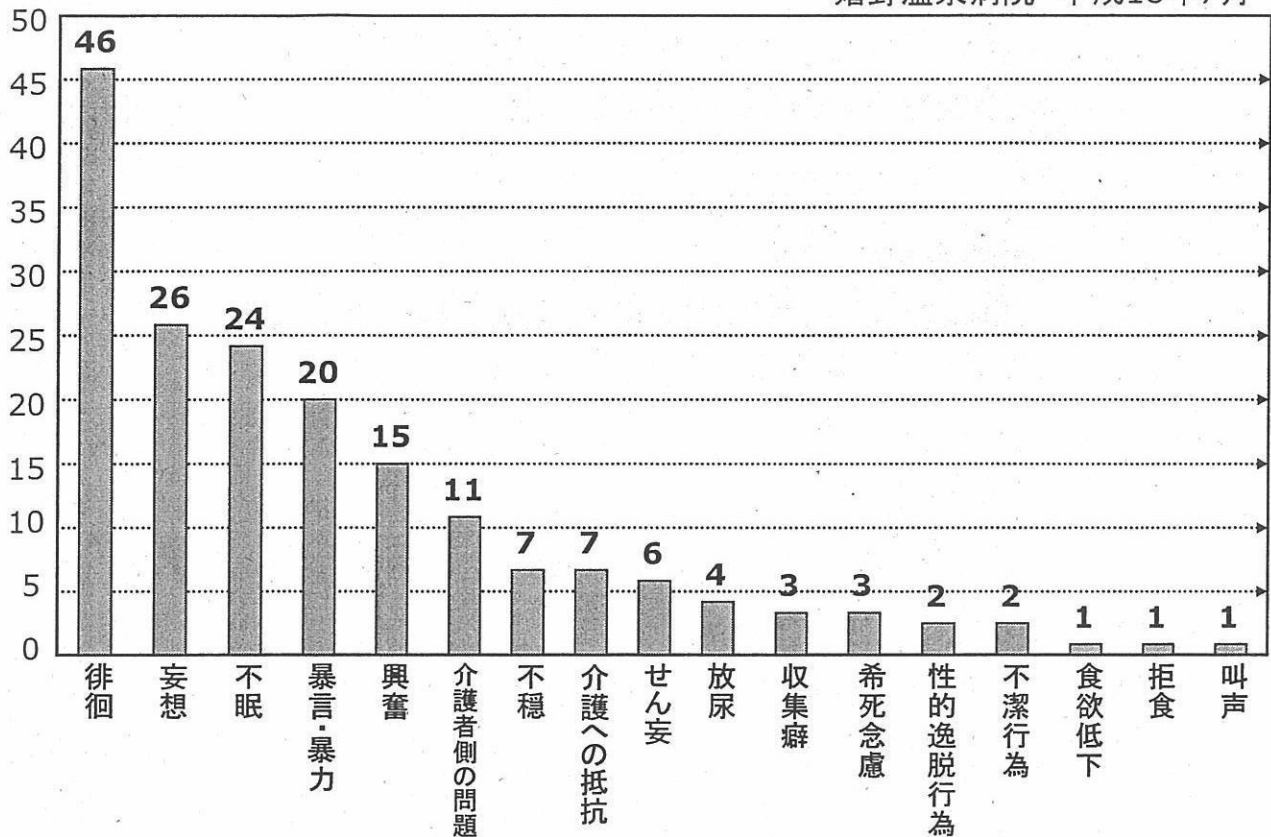


認知症の医療と介護



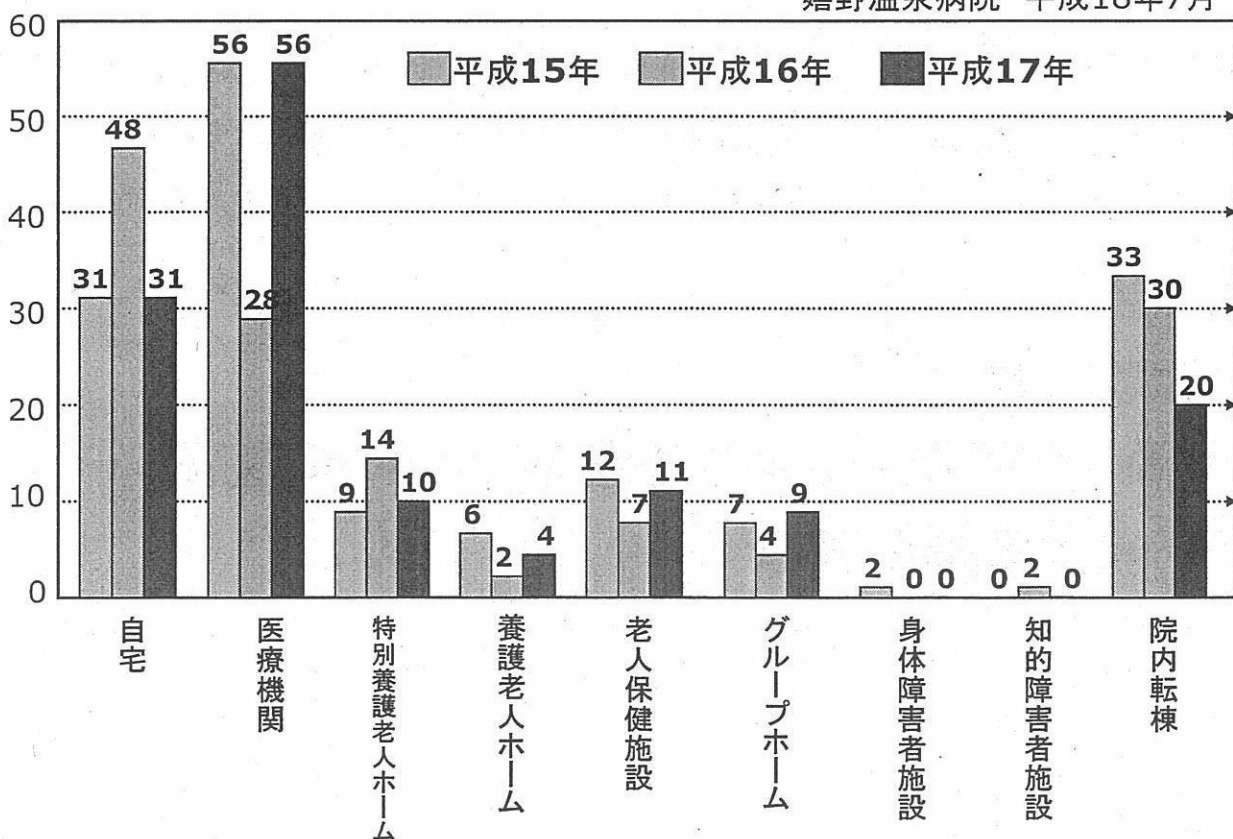
認知症治療病棟への入院理由

嬉野温泉病院 平成18年7月

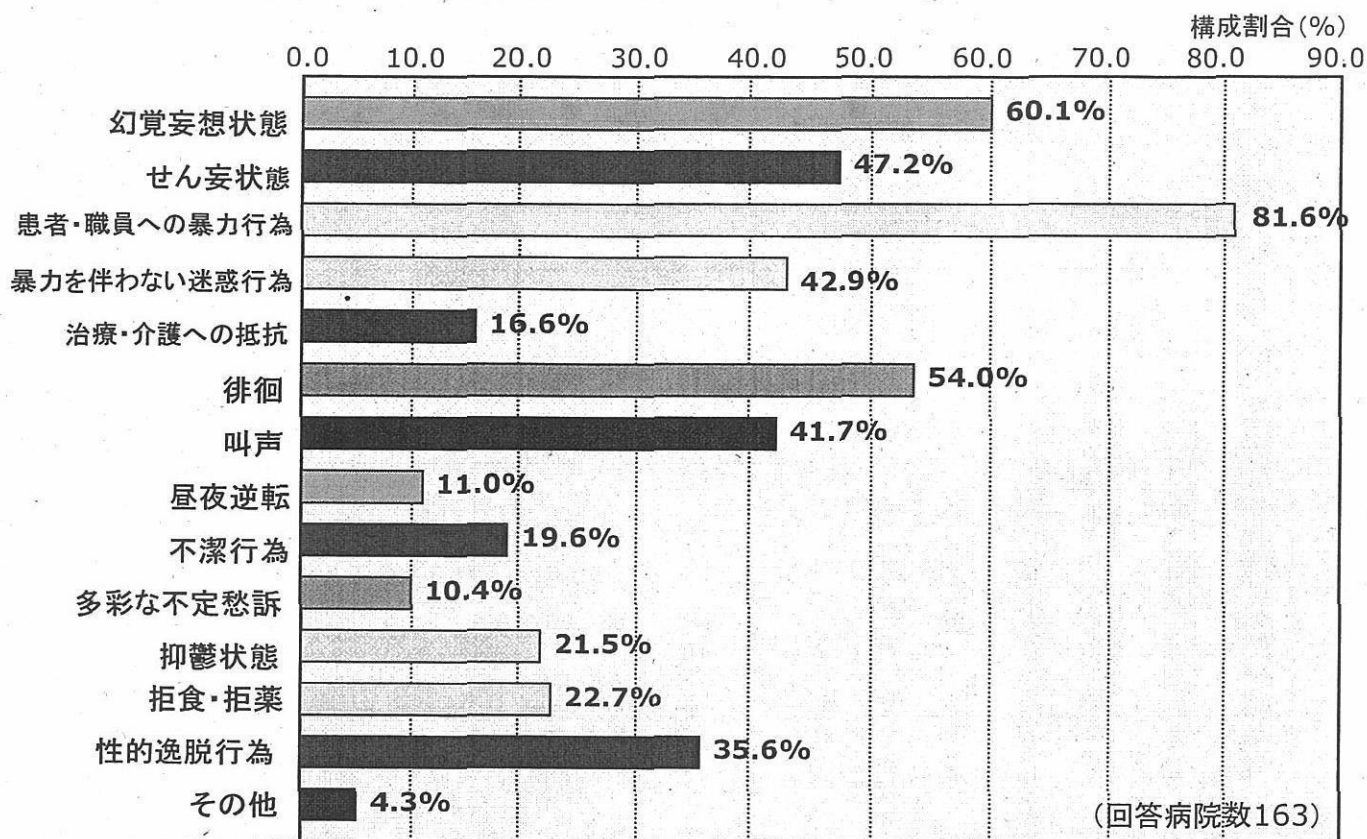


認知症治療病棟の入院経路

嬉野温泉病院 平成18年7月

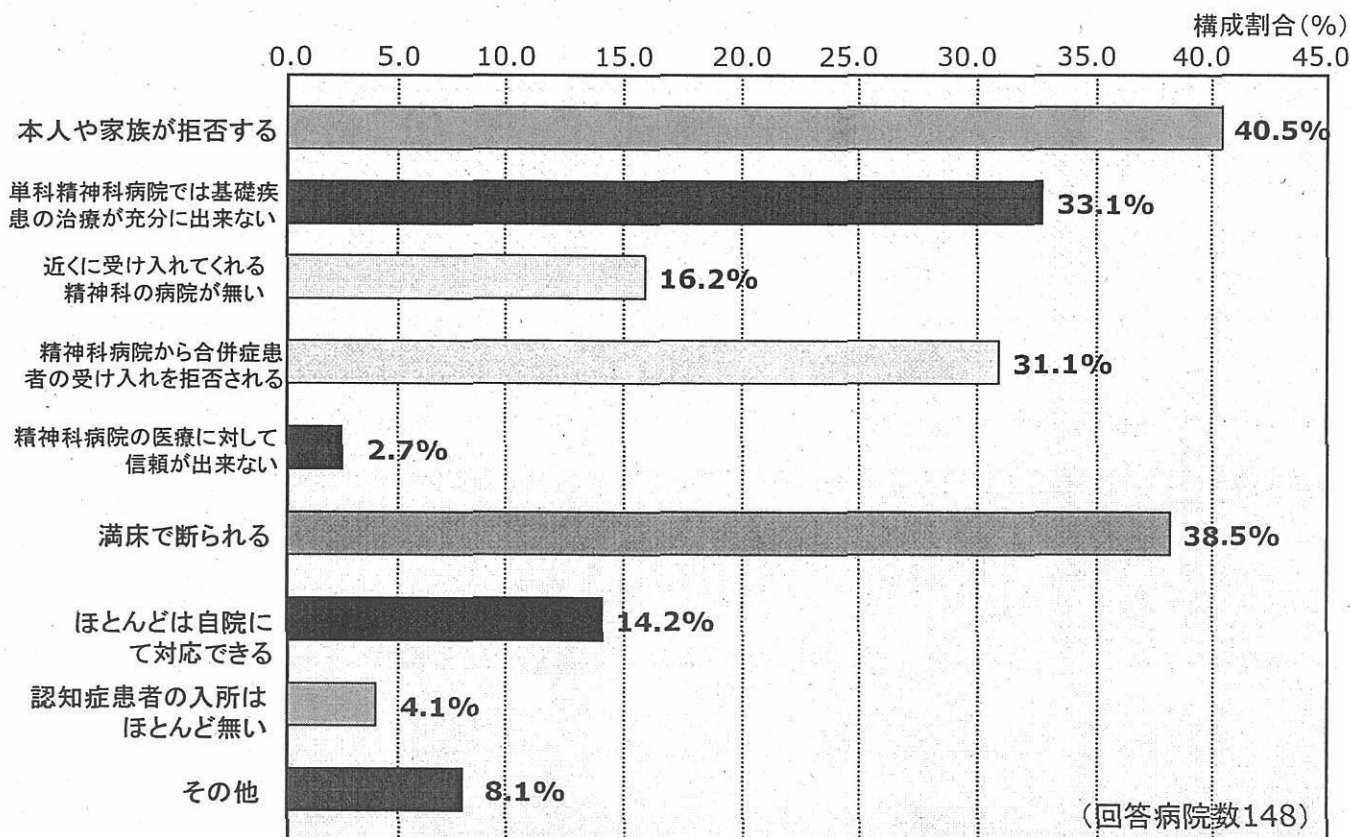


認知症を合併した患者を精神科病院へ転院させる状態（一般病院）



平成15年度 日精協研究事業

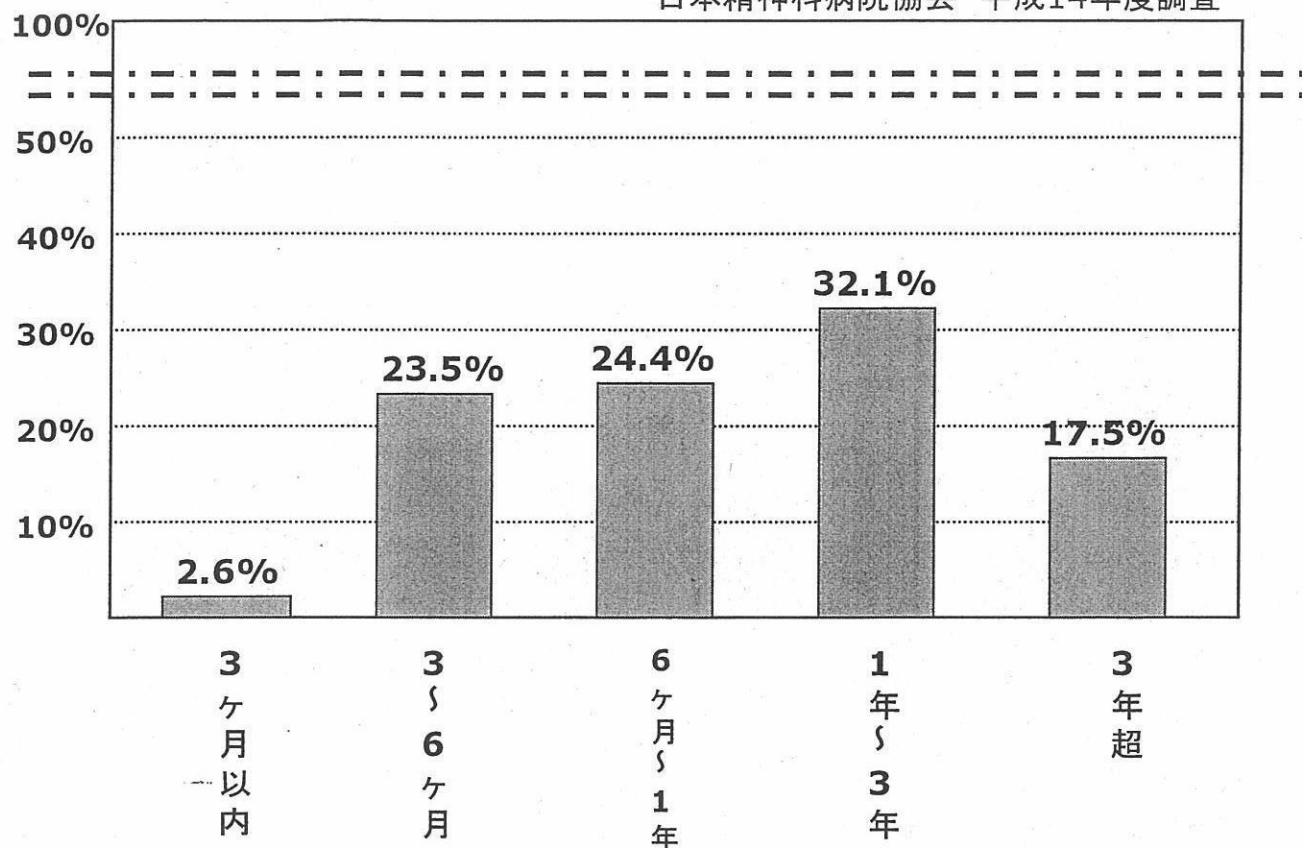
認知症高齢者を精神科病院に転院させられない主な理由（一般病院）



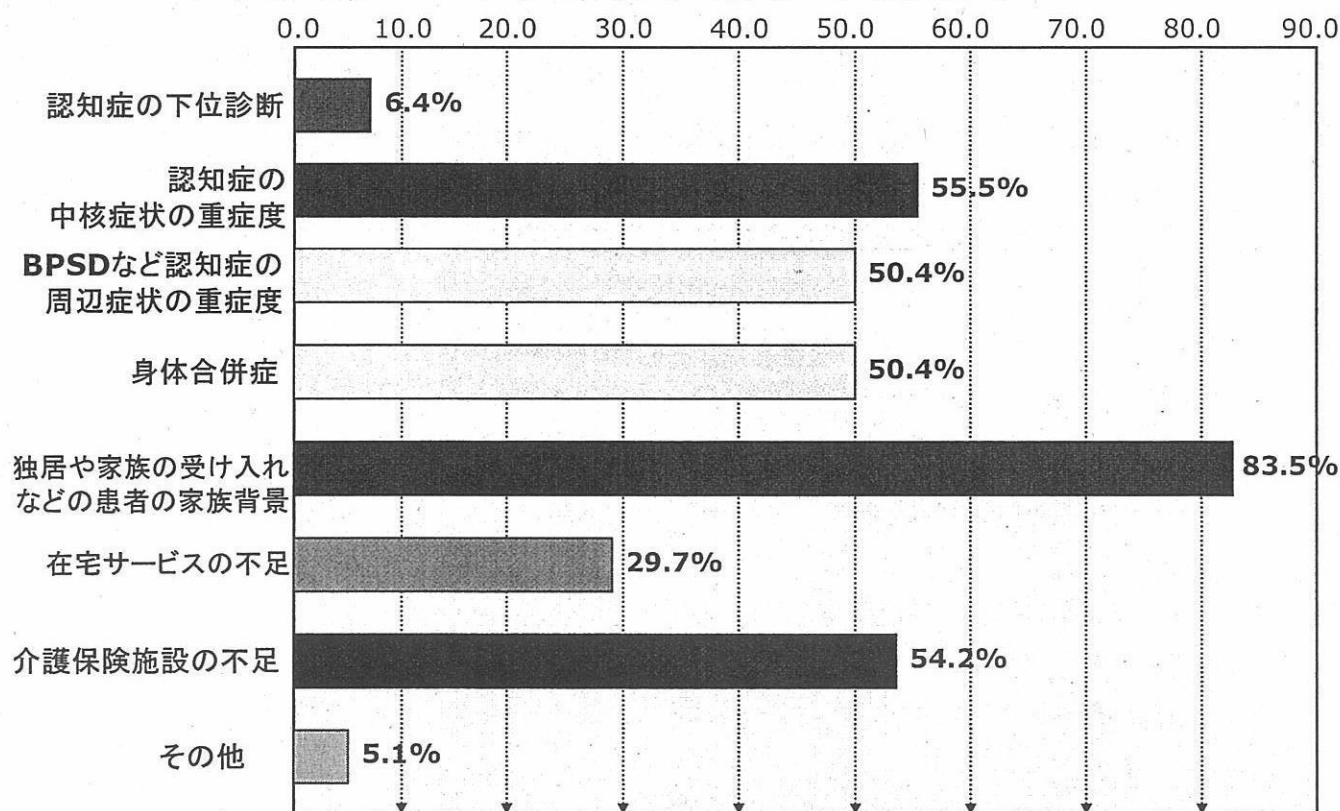
平成15年度 日精協研究事業

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

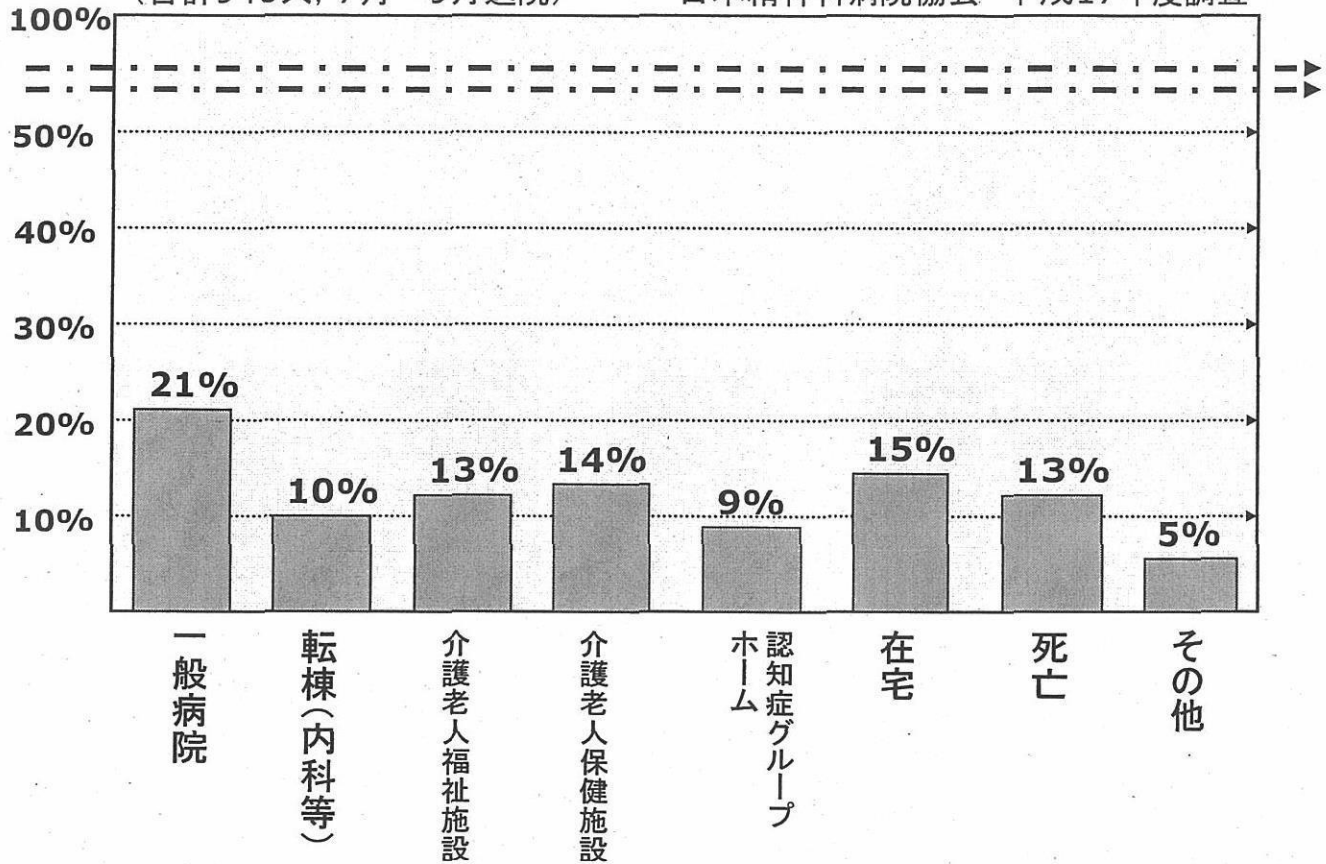


日本精神科病院協会 平成17年度調査

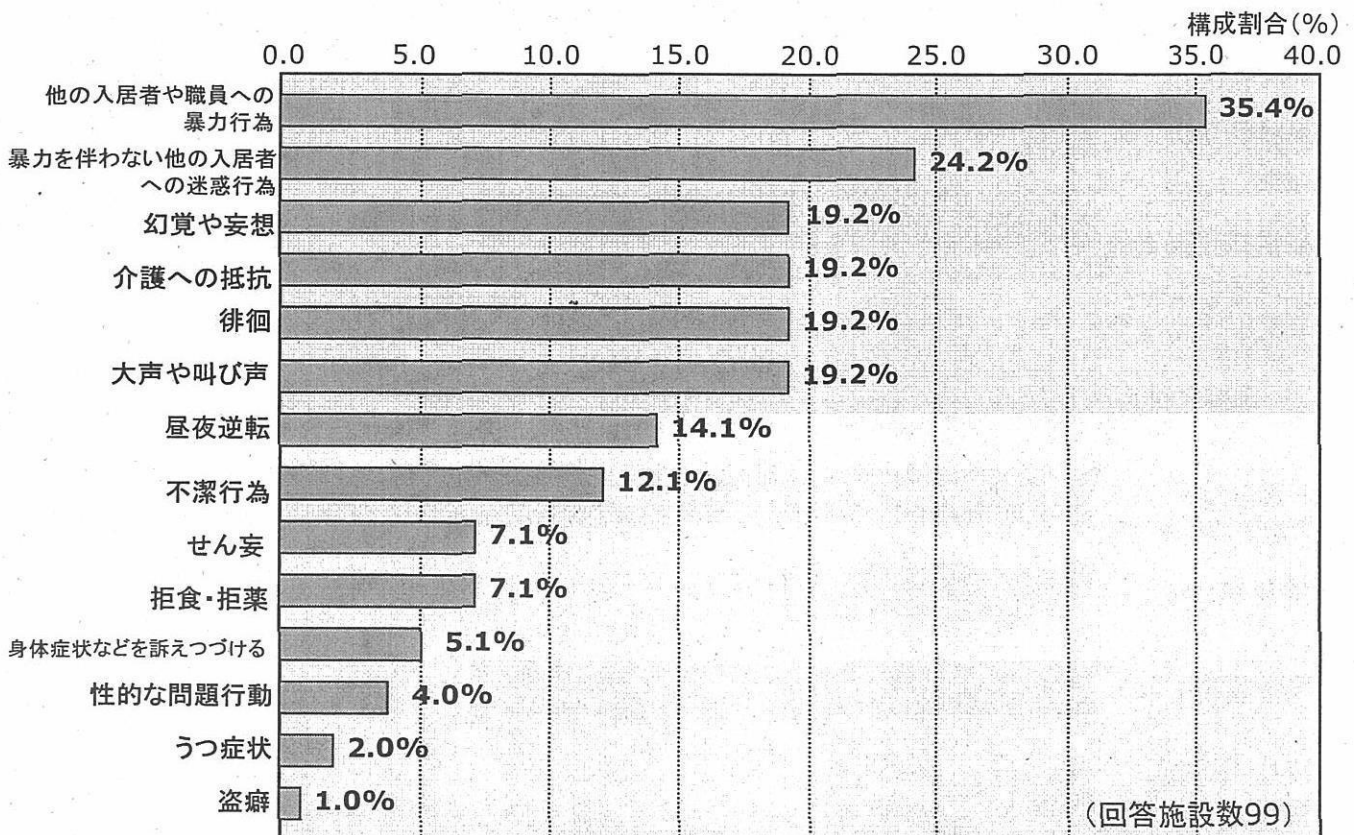
退院後の行き先について

(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

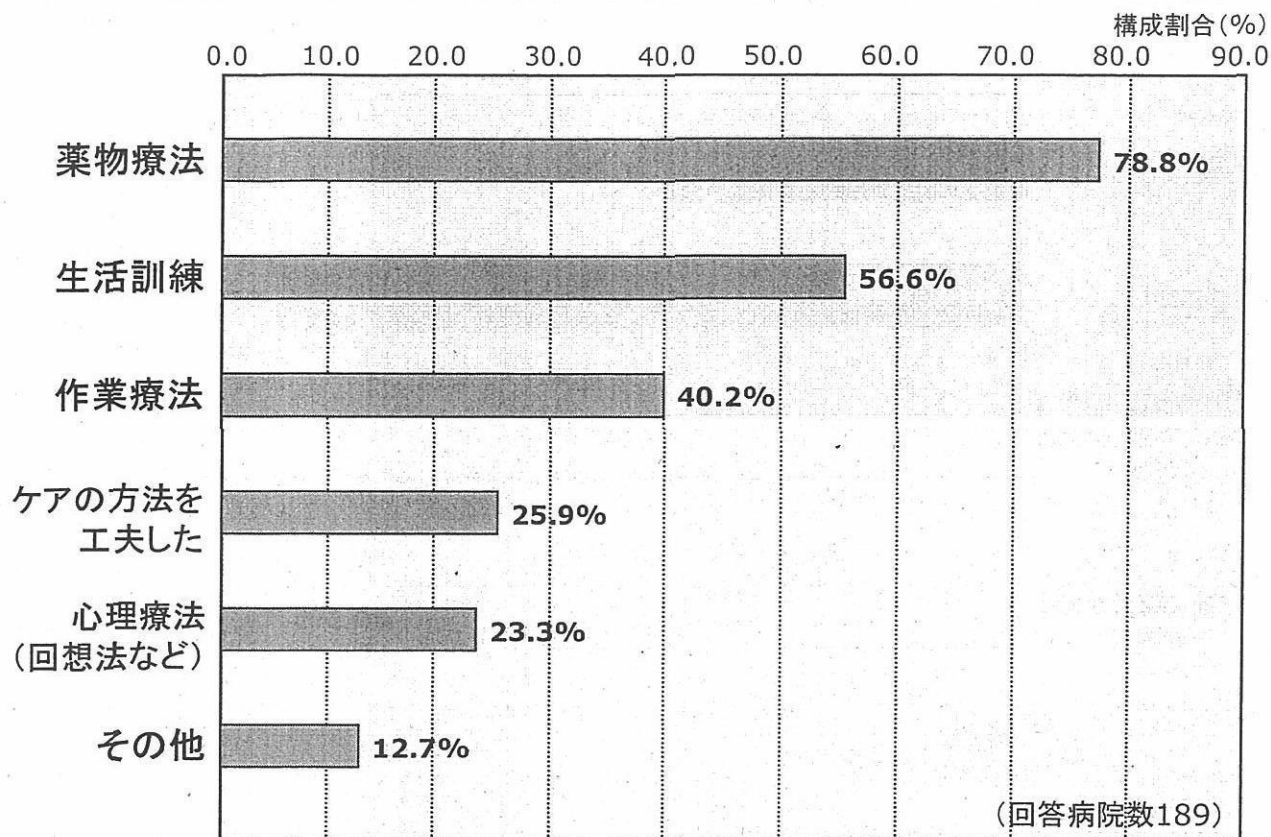


認知症対応型共同生活介護で入居継続が困難な理由



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

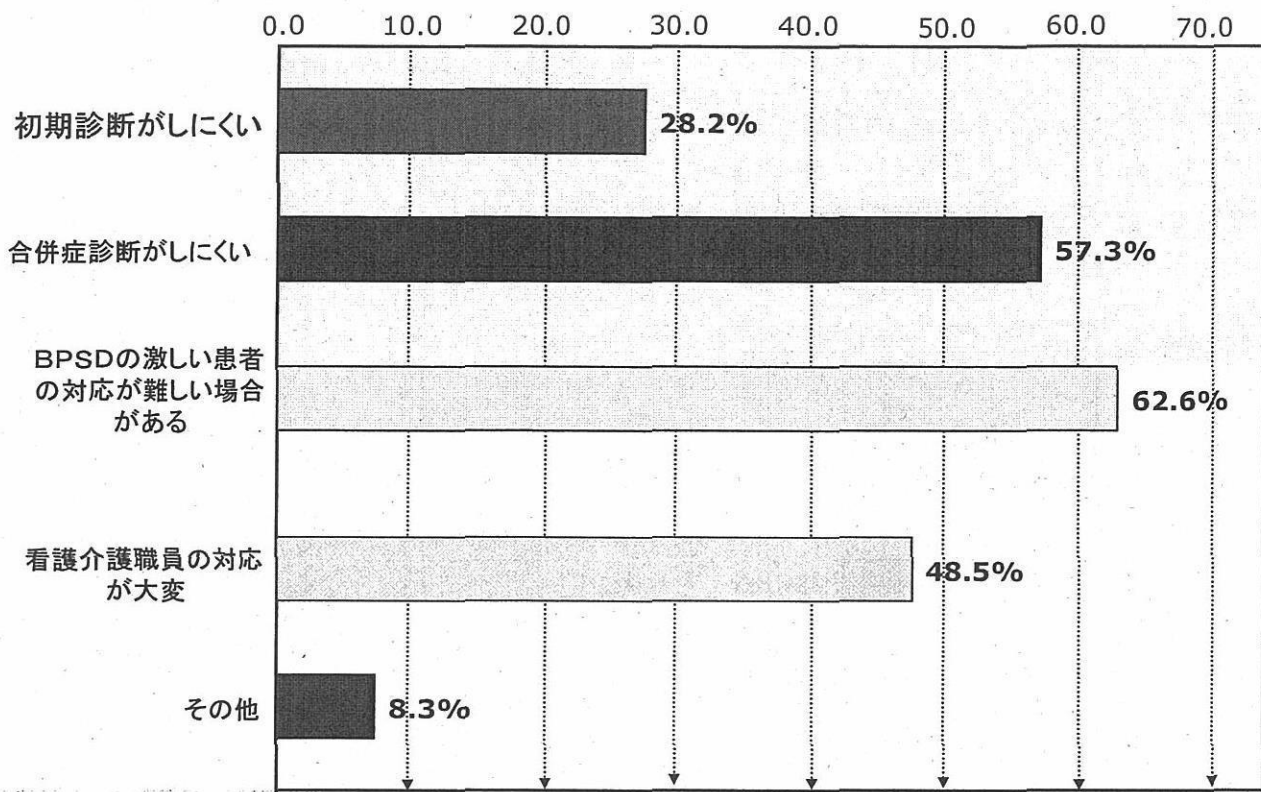


平成15年度 日精協研究事業

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)

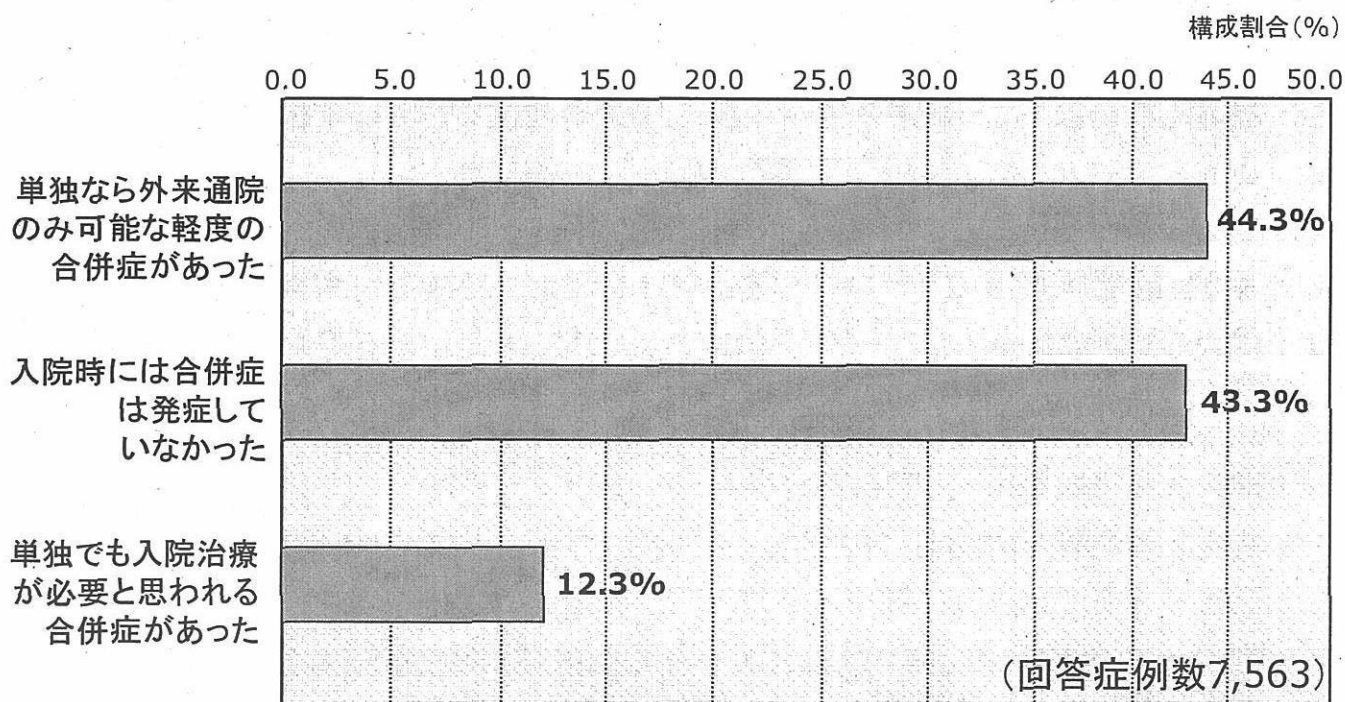
1. 徘徊しないように、車椅子や、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、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



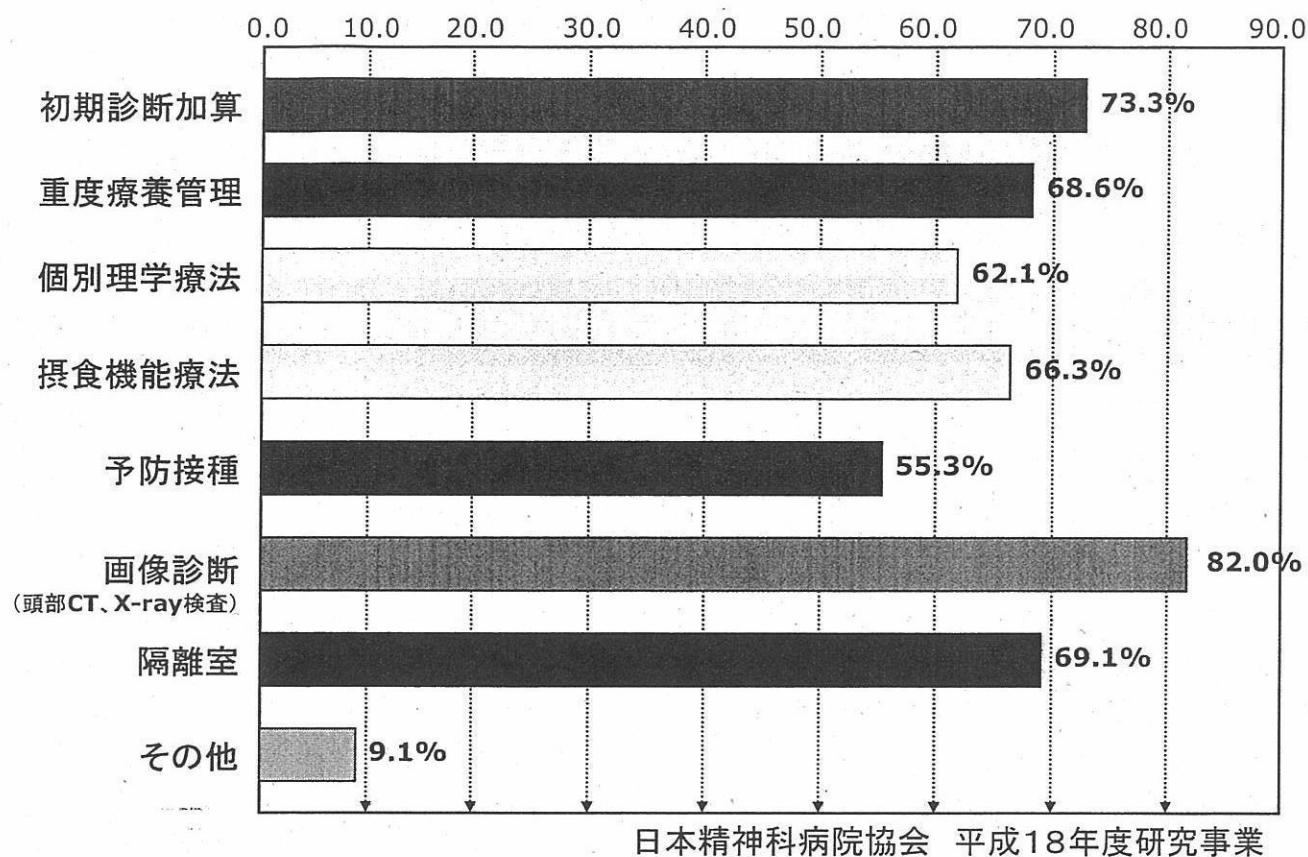
日本精神科病院協会 平成18年度研究事業

合併症について

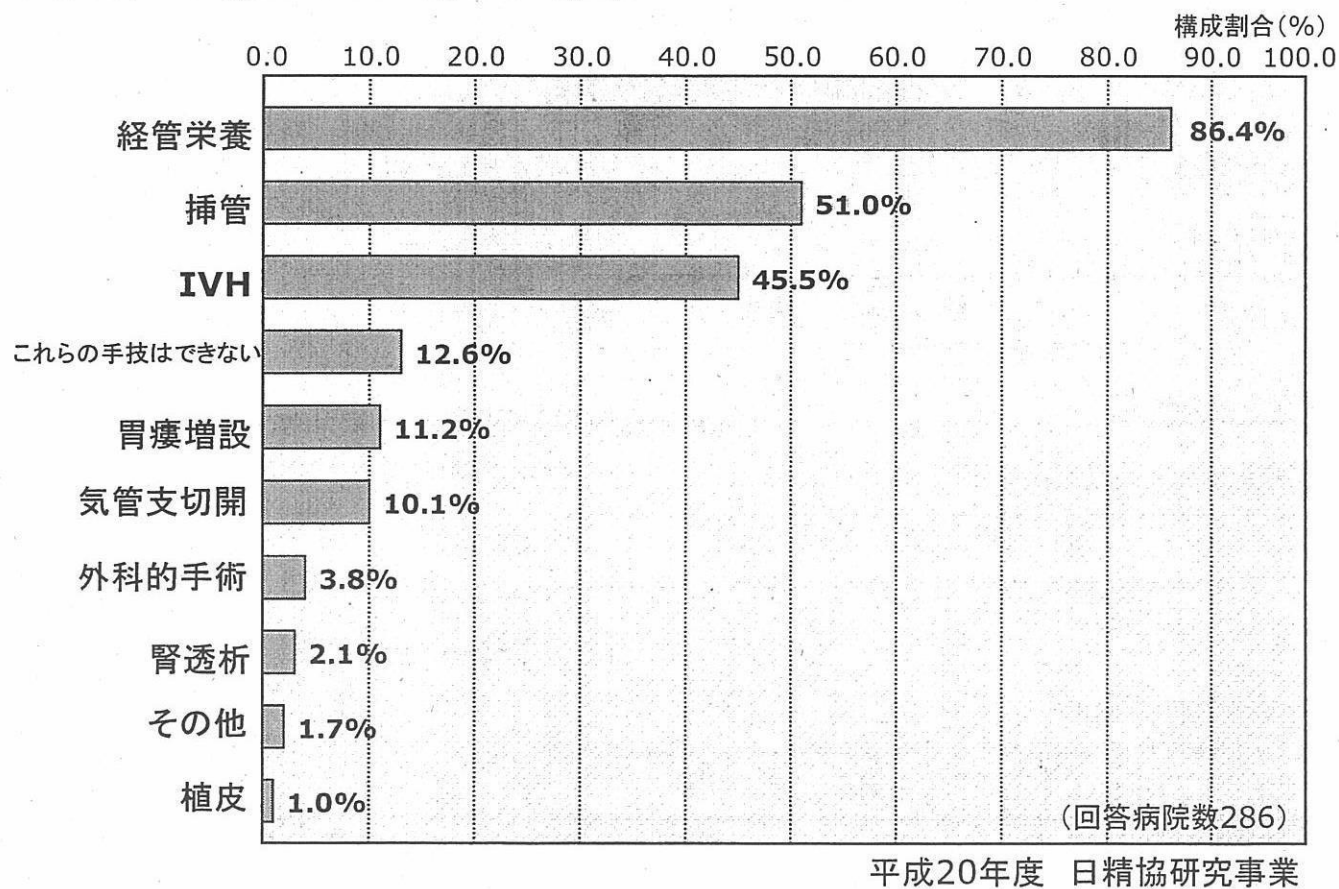


平成20年度 日精協研究事業

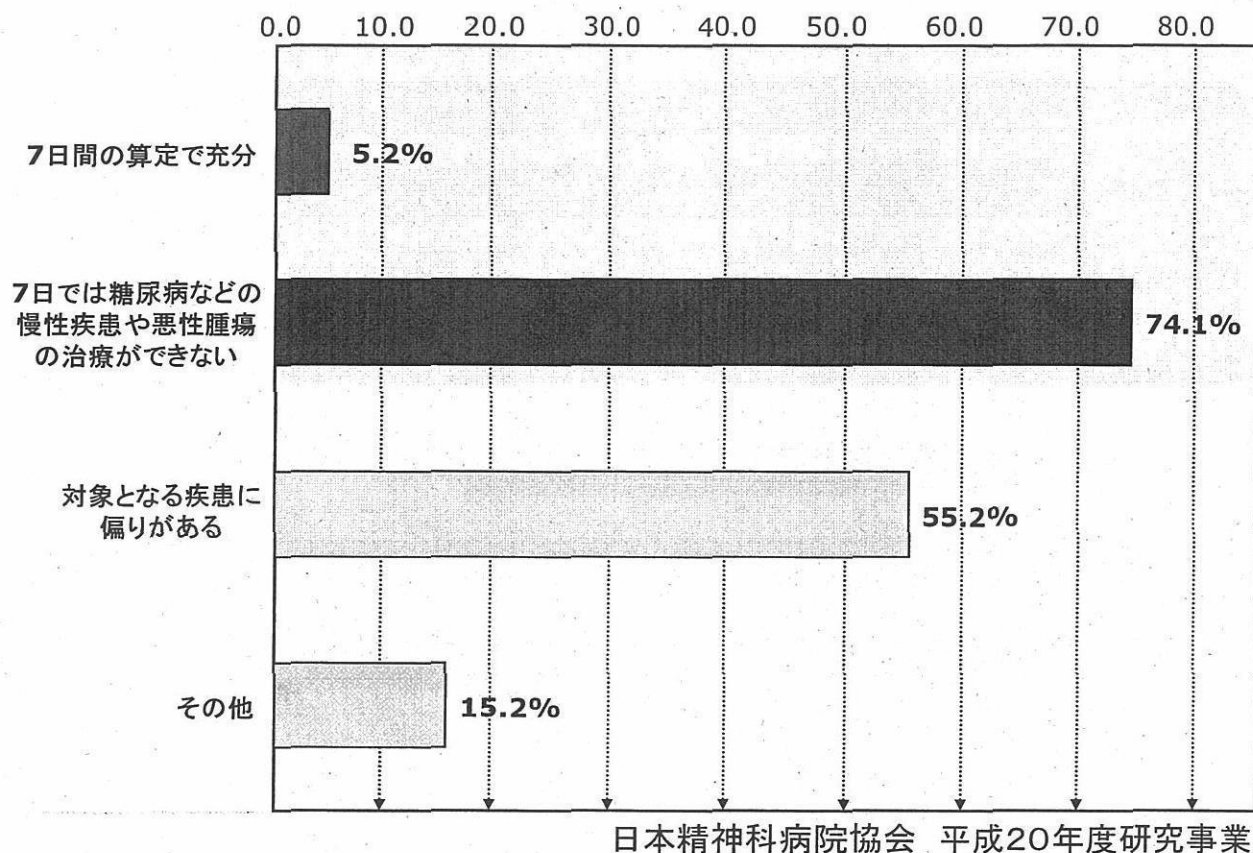
老人性認知症疾患治療病棟において必要と考える医療行為



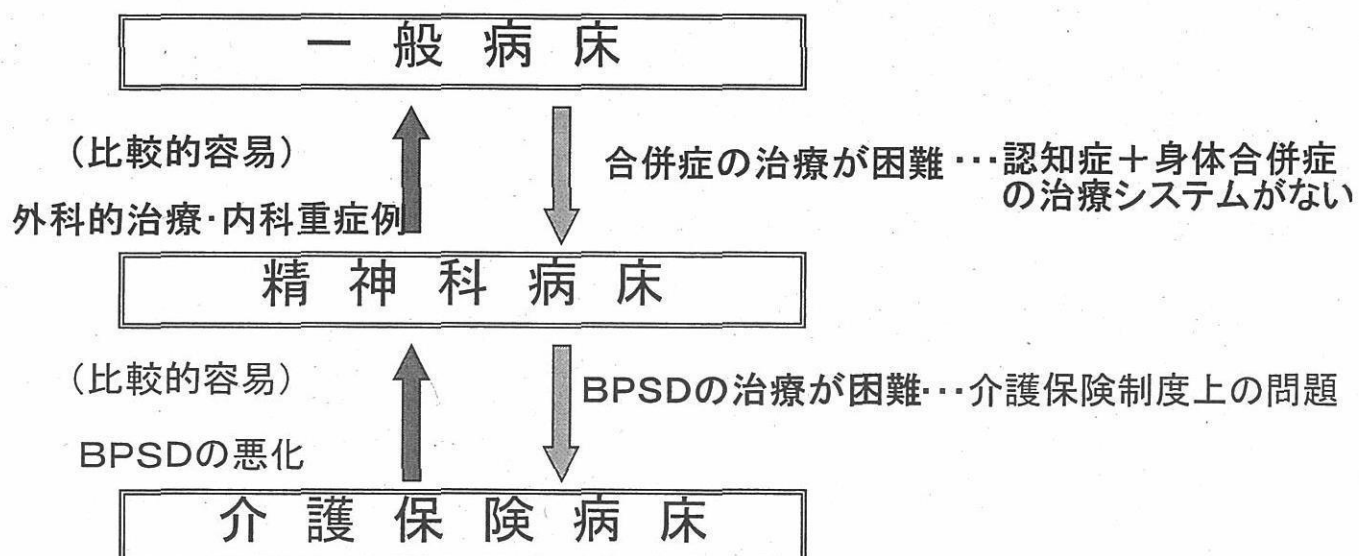
対応可能な治療手技について



新設された精神科身体合併症管理加算



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

中核症状
記憶・意欲の障害
情動の障害

周辺症状(BPSD)

生活機能障害

身体的合併症の適切な対応
高齢者としての様々な疾患に
加え転倒・骨折や嚥下機能の
低下という認知症固有のリスク

早期診断・認知症進行予防

精神科医療・身体的医療

地域ネットワークの構築
早期診断と在宅支援
訪問・通所サービスの充実

周辺症状の沈静化・生活機能の再構築
少人数処遇とサービスメニューの豊富化
総合的医療の提供

- 認知症進行予防への通所・入所リハビリテーション・重度認知症デイケアの評価
- 認知症への精神科的医療・身体的合併症治療の評価
- 認知症処遇における「質の高い医療・介護」の評価
(人員加配やサービスメニュー)

認知症治療病棟施設基準(50床)

- ※ 精神科医師 1名(医療機関内)
- ※ 作業療法士 1名(病棟に専従)
- ※ 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)
- ※ 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
- ※ 看護補助者 25:1
⇒10名

- ※ 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。
- ※ 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。

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 ➡ 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

➡ 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

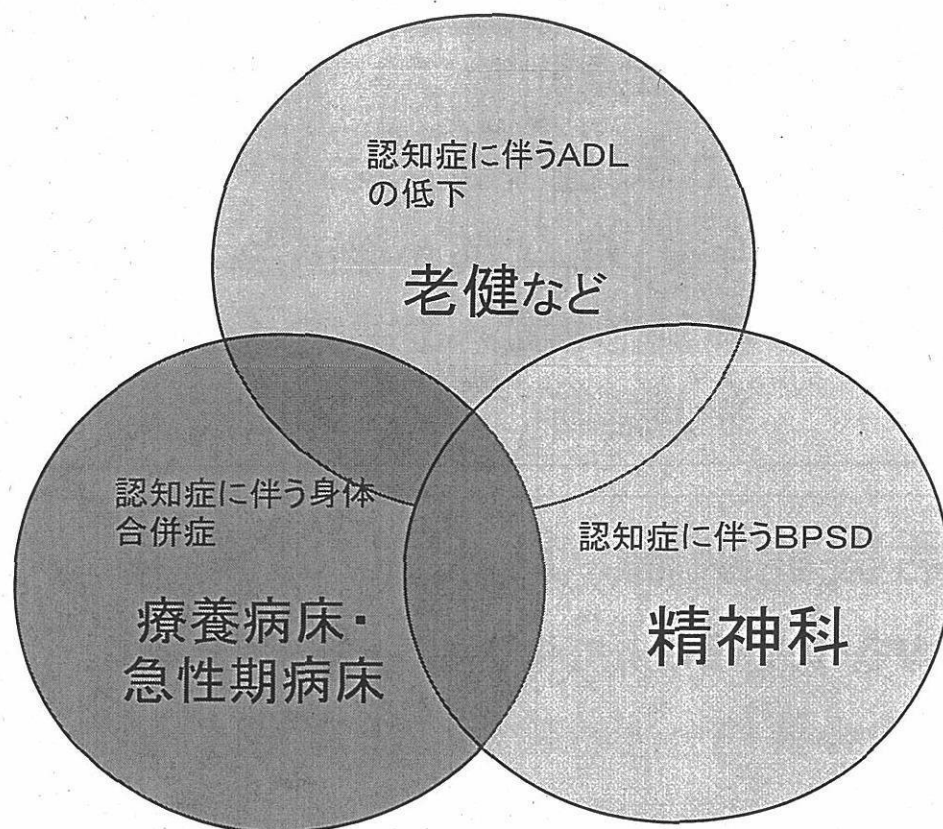
OT、PSW各1人/50人では対応困難
個別リハの必要性・・・リハスタッフの充実は必須
認知症性老人入院精神療法(回想法)は平成18年に廃止

認知症治療病棟の課題4

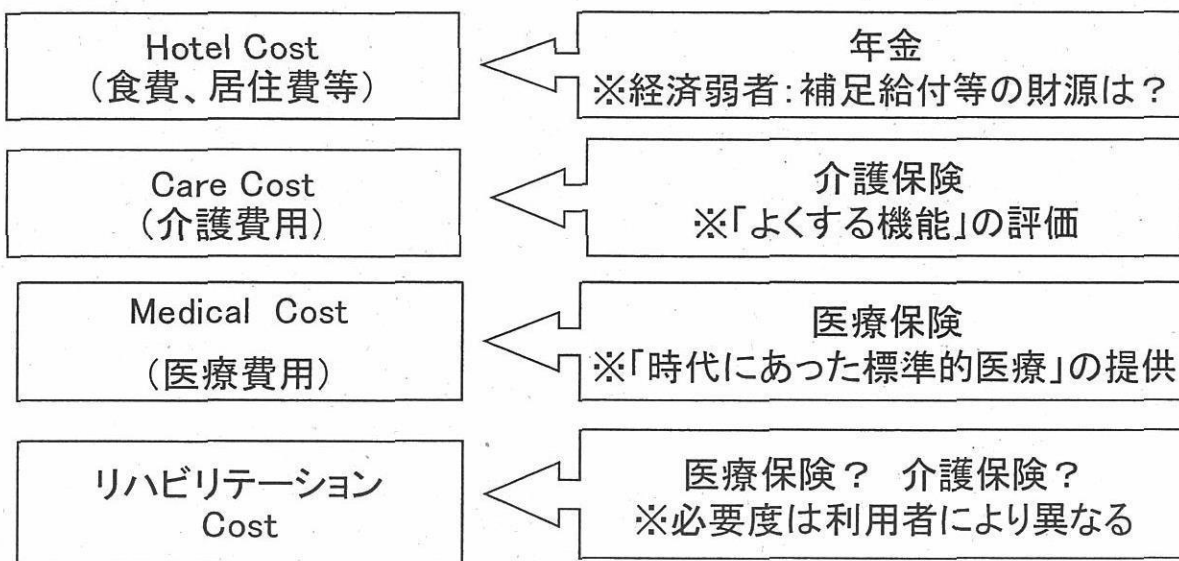
進まない認知症医療センターの整備
整備を望むならば地方財源の確保が必要

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 +a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