

精神病床における認知症入院患者 の状況について

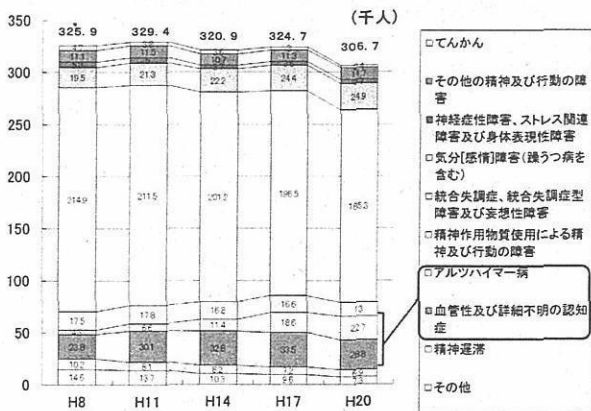
（第5回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

〔平成22年9月2日開催〕資料2）

精神病床における認知症入院患者の状況について

1

精神病床入院患者の疾病別内訳



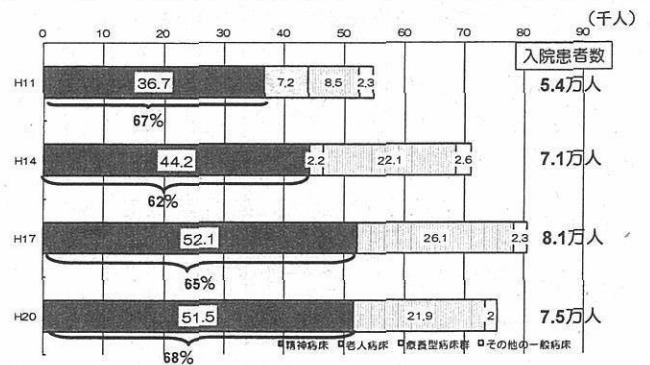
資料：患者調査

3

精神病床の状況について

2

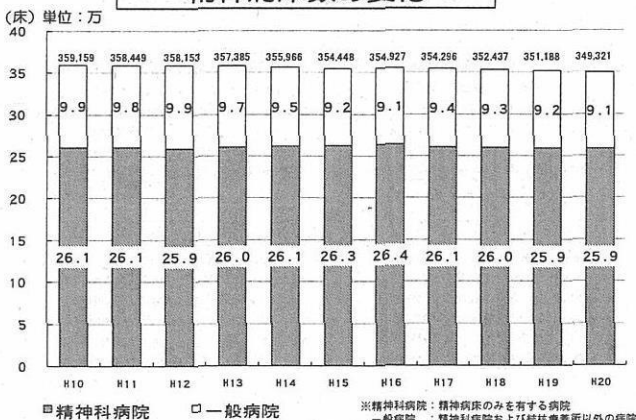
認知症を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



資料：患者調査 ※一般診療所を除く

4

精神病床数の変化

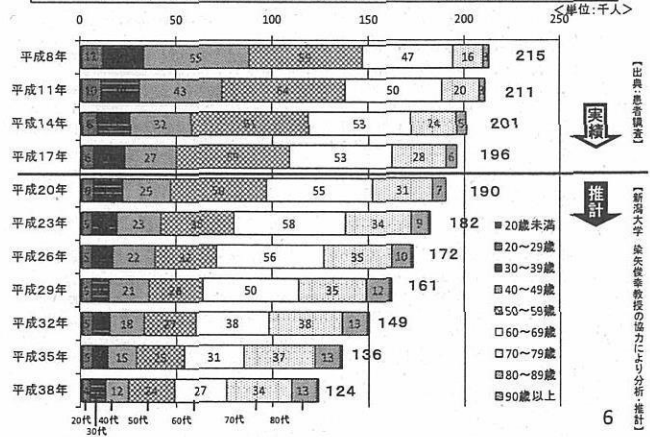


資料：医療施設調査(毎年10月1日時点)

5

精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が何歳のn歳においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計)

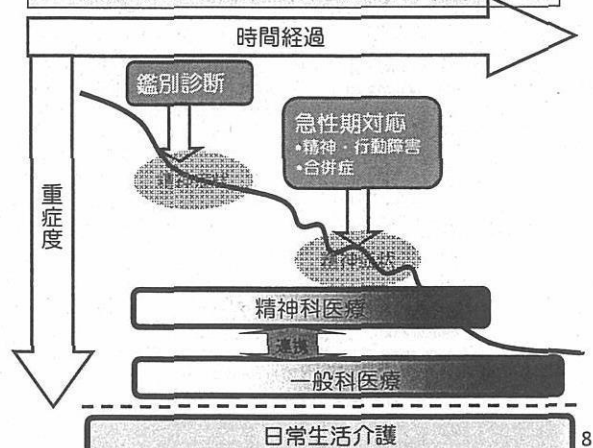


6

認知症患者の状況について

7

認知症の経過と医療の必要性



8

24

認知症への対応（平成22年診療報酬改定）

認知症に関わる精神医療の役割の強化
専門医療とかかりつけ医との連携の促進

認知症治療病棟入院料

【認知症病棟入院料から名称変更】

●入院早期に、より手厚い加算の設定

入院料1:	1330点	1180点	→	1450点	1180点
入院料2:	1070点	1020点		1070点	970点
	90日以内	91日以上		60日以内	61日以上

●認知症治療病棟退院調整加算（退院時1回）

- ・入院6か月以上の患者に退院支援計画に基づく指導を実施
- ・医療機関に専従のPSW又は臨床心理技術者を配置

認知症専門診断管理料

●認知症疾患医療センター等での認知症の鑑別診断

- ・療養方針の決定・患者・家族への詳細な説明

認知症患者地域連携加算

●かかりつけ医から専門医療機関への紹介時の診療情報提供料への加算

- ・症状の増悪や定期的な評価が必要な場合、月1回まで

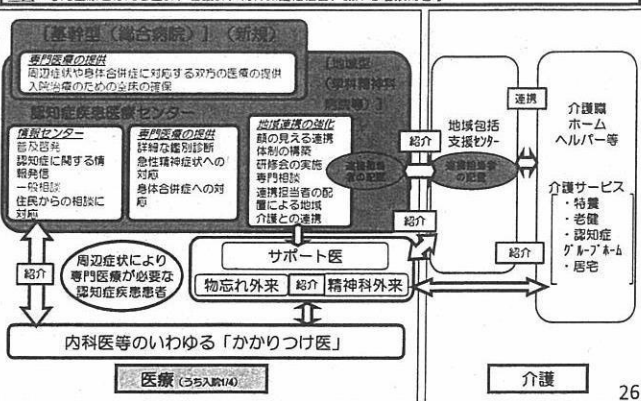
25

認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額 577,671千円

認知症疾患医療センター

設置場所：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置
設置数：全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定
人員：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



26

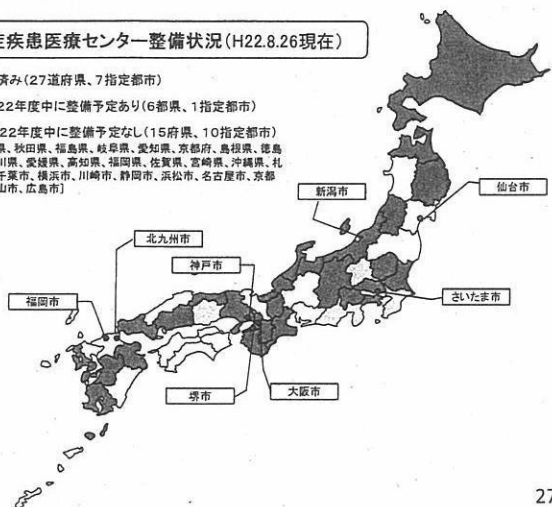
認知症疾患医療センター整備状況（H22.8.26現在）

■：整備済み（27道府県、7指定都市）

□：平成22年度中に整備予定あり（6都県、1指定都市）

□：平成22年度中に整備予定なし（15道府県、10指定都市）

【宮城県、秋田県、福島県、岐阜県、愛知県、京都府、鳥取県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、宮崎県、沖縄県、札幌市、千代田市、横濱市、川崎市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、岡山市、広島市】



27

認知症疾患医療センター運営事業実施状況

(1)設置数の年次推移

平成20年度 14ヶ所 (3道府県 3指定都市)	平成21年度 66ヶ所 (23道府県 7指定都市)	平成22年8月26日現在 82ヶ所 (27道府県 7指定都市)
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

(2)事業実績の年次推移

年度	外来	鑑別診断	入院	専門医療相談 (電話)	専門医療相談 (面談)
20	16,289	3,095	1,254	5,113	3,536
21	110,124	12,336	4,788	19,810	11,017

(精神・障害保健課調べ)

28

認知症疾患医療センターの整備状況

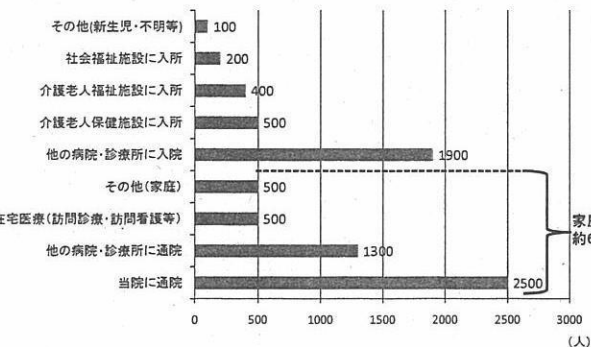
平成22年8月26日現在

都道府県 指定都市	医療機関名	都道府県 指定都市	医療機関名	都道府県 指定都市	医療機関名
1 北海道	道庁保健医療センター	28 山梨県	山梨県立総合医療センター	57 長崎県	長崎県立総合医療センター
2 北海道	道庁保健医療センター	29 山梨県	山梨県立総合医療センター	58 長崎県	長崎県立総合医療センター
3 北海道	道庁保健医療センター	30 山梨県	山梨県立総合医療センター	59 長崎県	長崎県立総合医療センター
4 北海道	道庁保健医療センター	31 山梨県	山梨県立総合医療センター	60 長崎県	長崎県立総合医療センター
5 北海道	道庁保健医療センター	32 山梨県	山梨県立総合医療センター	61 長崎県	長崎県立総合医療センター
6 北海道	道庁保健医療センター	33 山梨県	山梨県立総合医療センター	62 長崎県	長崎県立総合医療センター
7 北海道	道庁保健医療センター	34 山梨県	山梨県立総合医療センター	63 長崎県	長崎県立総合医療センター
8 北海道	道庁保健医療センター	35 山梨県	山梨県立総合医療センター	64 長崎県	長崎県立総合医療センター
9 北海道	道庁保健医療センター	36 山梨県	山梨県立総合医療センター	65 長崎県	長崎県立総合医療センター
10 北海道	道庁保健医療センター	37 山梨県	山梨県立総合医療センター	66 長崎県	長崎県立総合医療センター
11 北海道	道庁保健医療センター	38 山梨県	山梨県立総合医療センター	67 長崎県	長崎県立総合医療センター
12 北海道	道庁保健医療センター	39 山梨県	山梨県立総合医療センター	68 長崎県	長崎県立総合医療センター
13 北海道	道庁保健医療センター	40 山梨県	山梨県立総合医療センター	69 長崎県	長崎県立総合医療センター
14 北海道	道庁保健医療センター	41 山梨県	山梨県立総合医療センター	70 長崎県	長崎県立総合医療センター
15 北海道	道庁保健医療センター	42 山梨県	山梨県立総合医療センター	71 長崎県	長崎県立総合医療センター
16 北海道	道庁保健医療センター	43 山梨県	山梨県立総合医療センター	72 長崎県	長崎県立総合医療センター
17 北海道	道庁保健医療センター	44 山梨県	山梨県立総合医療センター	73 長崎県	長崎県立総合医療センター
18 北海道	道庁保健医療センター	45 山梨県	山梨県立総合医療センター	74 長崎県	長崎県立総合医療センター
19 北海道	道庁保健医療センター	46 山梨県	山梨県立総合医療センター	75 長崎県	長崎県立総合医療センター
20 北海道	道庁保健医療センター	47 山梨県	山梨県立総合医療センター	76 長崎県	長崎県立総合医療センター
21 北海道	道庁保健医療センター	48 山梨県	山梨県立総合医療センター	77 長崎県	長崎県立総合医療センター
22 北海道	道庁保健医療センター	49 山梨県	山梨県立総合医療センター	78 長崎県	長崎県立総合医療センター
23 北海道	道庁保健医療センター	50 山梨県	山梨県立総合医療センター	79 長崎県	長崎県立総合医療センター
24 北海道	道庁保健医療センター	51 山梨県	山梨県立総合医療センター	80 長崎県	長崎県立総合医療センター
25 北海道	道庁保健医療センター	52 山梨県	山梨県立総合医療センター	81 長崎県	長崎県立総合医療センター
26 北海道	道庁保健医療センター	53 山梨県	山梨県立総合医療センター	82 長崎県	長崎県立総合医療センター
27 北海道	道庁保健医療センター	54 山梨県	山梨県立総合医療センター		
		55 山梨県	山梨県立総合医療センター		
		56 山梨県	山梨県立総合医療センター		

29

認知症患者の入退院の状況について

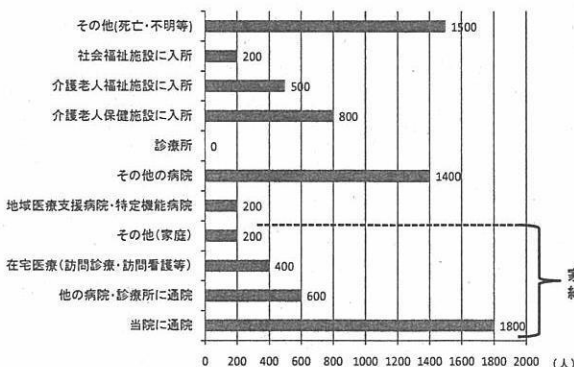
認知症の退院患者の入院前の場所



平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、
血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したものの(7,800人)の内訳。

31

認知症の退院患者の退院後の行き先

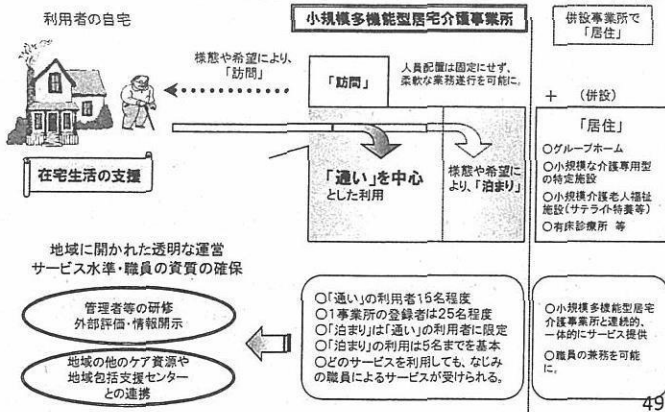


平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、
血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したものの(7,800人)の内訳。

32

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料) 48

基本的な考え方:「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。



49

介護保険部会検討スケジュール案

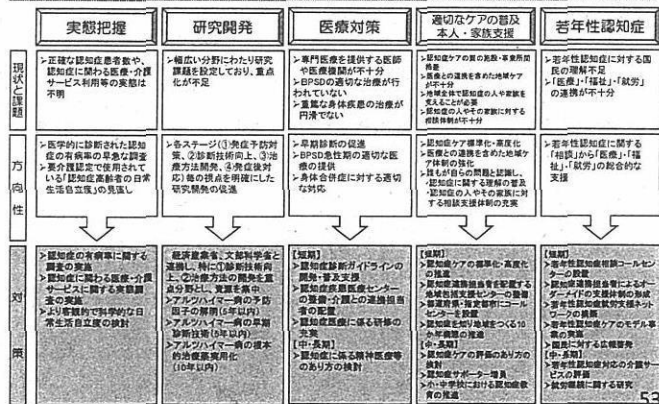
(第27回社会保障審議会介護保険部会資料より抜粋)

介護保険部会	検討事項	主な検討の概要	備考
第28回 (7月30日)	〇給付の在り方(施設、住まい) ①今後の介護保険施設の機能や在り方	(1)今後の介護保険施設の機能や在り方 【介護施設の整備方針について】 〇でも頻りに増えつつある地域で等々である。このため、現在進めている施設の整備に加えて、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する。 〇介護施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢ニーズを把握するうえ、自治体において地域の状況に応じてどのように進めていくべきか、 〇特に、高齢者の住まいについては、国勢調査に比べて不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか。 〇施設入所者が増加し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が発生する等、今後の施設入所者数をどのように確保するか。 (中略) 【施設整備の在り方について】 〇特設の入所者増加に伴い、老人保健施設における入所期間が長期化する中で、リハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。 〇現行制度では、介護保険施設類型によって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入所者の状態の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。 〇現在の施設類型について、今後の位置づけをどのようにすべきか。 (中略)	
第30回 (8月30日)	(5)認知症への支援の在り方 ②認知症への支援の在り方	(5)認知症への支援の在り方 〇増加する認知症への支援体制をどのように充実していくのか、 〇市町村におけるニーズ把握と計画的なサービスの確保 ・認知症に対するサービスの充実 ・認知症者の日常生活における支援の強化 ・権利擁護の推進(市民生活の推進) ・精神医療において長期入院している認知症者への対応 (中略)	

51

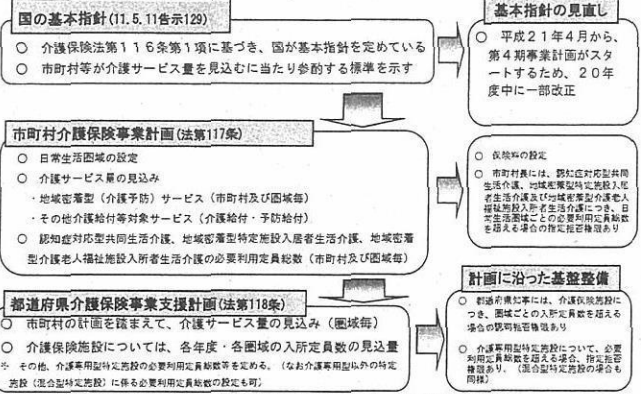
今後の認知症対策の全体像

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。



53

介護保険事業(支援)計画について



※ 第4期介護保険事業計画の期間は平成21～23年度の3年間

(第1期:平成12～16年度 5年間 第2期:平成15～19年度 5年間 第3期:平成18～20年度 3年間) 50

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

- ・認知症に関する研究開発の促進から、医療・介護現場での連携・支援に至るまで、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するため、厚生労働大臣の下に設置
- ・平成20年7月に報告書とりまとめ
- ・メンバー

厚生労働副大臣
岩田 成
東京大学教授(脳神経医学)
朝田 隆
筑波大学教授(精神神経科)
中島 健一
日本社会事業大学教授
永田 久美子
認知症介護研究・研修センター主幹
遠藤 英俊
国立長寿医療センター部長
技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長[事務局長]

52

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書抜粋

- Ⅱ今後の認知症対策の具体的な内容
- 3 早期診断の推進と適切な医療の提供
- (1) 現状・課題
- 〇認知症の対応を適切に行うためには、早期発見が重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速に認知症診断を行い、確定診断に基づき適切な医療や介護の方針を決定することが不可欠である。一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数が、認知症を専門としない医療機関における認知症の患者が十分であるという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ状況が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患や身体疾患などの診断に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。また、介護負担の大きな家族、徘徊等のBPSDの改善の適切な対応が行われていない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等が生じている。
- (2) 今後の方向性
- このような現状を踏まえ、今後は、
- 〇早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを構築すること。
- 〇BPSDの改善の適切な対応に対する適切な医療の提供を促進すること。
- 〇がん、難病疾患、大腸憩室炎等重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること
- といった対策を推進するものとする。
- そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携を強化する。また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切な医療が提供される体制を構築する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の促進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。
- (3) 短期的対策
- 認知症の早期診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のコミュニティ等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

54

(4) 中・長期的対策

- 認知症の適切な診断を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を模索し、適切な対策を講じる。BPSDの改善の適切な対応や身体合併症に対する適切な医療の提供を促進することが必要である。
- 具体的には以下の取り組みを行う。
- 〇前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。
- 〇その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、認知症医療(認知症診療科、認知症診療科)等、介護保険施設等の入居・入所施設の有効な活用について、総合的に検討する。さらに、この検討を踏まえ、入院施設を有する認知症に、係る専門医療を担うとする認知症診療科の設置のあり方について、引き続き検討する。
- 〇かかりつけ医や介護保険サービス(地域包括支援センター、施設・在宅サービス)との密な連携の進展も、急性期に対する入院治療後の患者の適切なケアや地域での生活への移行に資する施策を、総合的に検討する。

地域包括ケア研究会

- 地域包括ケアシステムのあり方や地域包括ケアシステムを支えるサービス等について具体的な検討を行うため、有識者をメンバーとする研究会を開催。
- 平成21年度老人保健健康増進等事業により実施され、(三菱UFJリサーチ&コンサルティング社)平成22年3月に報告書とりまとめ
- メンバー
(1)地域包括ケアに関する検討会
天本 弘 医療法人天翁会理事長
金井 利之 東京大学大学院法政学政治学専攻教授
桜井 敬子 学習院大学法学部教授
高橋 敏士 立教大学教授
田中 進(座長) 慶應義塾大学大学院教授
本間 昭 社会福祉法人済生会認知症介護研究・研修東京センター長
吉島 香澄 日本テレビ報道局経済部 解説委員
井川 浩一 日本社会事業大学教授
森田 文明 神戸市高齢福祉部長

- (2)地域包括ケアを支える人材に関する検討会
池田 省三 龍谷大学教授
佐村 正彦 東京大学大学院法政学政治学専攻教授
澤田 信子 神奈川県立保健福祉大学教授
藤井 孝子 国立保健医療科学専門学校サービスマネジメント室長
藤井 賢一郎 日本社会事業大学准教授
堀田 聡子 東京大学社会科学研究所特任准教授
前田 雅英(座長) 首都大学東京法科大学院教授

57

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年に実現を目指す地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を概観し、以下の(1)・(2)のとおりとする。

(1)地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

- 地域住民は住居の種類(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用し、必要に応じて在宅で生活し、必要に応じて地域での生活を継続することが可能になっている。

(2)医師との連携

(中略)

(参考)認知症のケース

認知症を有する者については、市町村によるスクリーニングが普及し早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、不安定な状態においては適切なケアと治療が提供され、症状で改善する。自衛施設等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神科院への長期入院の問題は解消されている。身体合併症に対しても一般病院における認知症への対応能力が向上し、必要十分な治療が受けられる。早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が図られ、高齢者の尊厳が保たれる。

(高齢者住宅の整備確保)

かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動(例えば、一般入院→入院→療養病棟に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→重度化して退所し特別養護老人ホーム等)に入所)を余儀なくされていたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備されその数々の高齢者の状態の変化に応じて必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、住まいだけでなく必要ケアが利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。を支える人材の在り方

(後略)

59

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 平成21年9月24日とりまとめより抜粋)

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築

(1)現状

①入院療養の現状

イ 認知症

- 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増加が予測される。
- 認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う機能、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADLの低下やADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- これらのうち、②の機能や、④のうち最悪なBPSDの急性期における医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。
- また、⑤については、BPSDが入院を要する程度にある場合において、BPSDに対する医療の提供とあわせて、
(7) いわゆる総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が急性期の重要な身体合併症への対応を担い、
(8) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められている。

○ 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できる体制の確保・普及を図ることが必要であるが、その一方で、認知症患者をはじめとする精神科病棟においては、専門的な医療機能を提供する上で、人員配置、身体合併症に対する機能等が十分でないという指摘がある。

○ 一方、認知症を主として精神科病棟に入退している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD等の症状の消滅後等にも、退院後の確保待ちやセルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要しない状態でも入院を継続している者が存在している。

○ このうち、医学的に精神科病棟への入院が必要な者は、現在の入院患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSDや身体合併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分有効に機能していないという課題がある。

○ 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の実現や、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。

61

5. 改革の目標値について

(1)今後の目標設定に関する考え方

- その認識の下で、以下のとおり、具体的な目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数を基として、施策の体系や、患者像(疾病、年齢等)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。
- 認知症については、平成22年度までのものと現在行われている計画等との間で、その結果等に基づき、精神科病棟(認知症病棟)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場となる介護サービス提供体制の整備の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。

(2)今後の目標値について

- 1 新たな目標値(後期5か年の重点施策群において追加するもの)

○ 認知症に関する目標値(例:入院患者数等)を、

平成22年度末に具体化する。

地域包括ケア研究会 報告書(抜粋)

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

(2)2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

③サービスの在り方

(中略)

(認知症支援体制)

(中略)

(医療体制)

○ 地域における認知症医療体制の整備については、認知症疾患医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われているが、いずれも量的不足が課題となっており、今後は認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかわる数値目標を設定のうえ、計画的な確保を図るべきではないか。また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門医の連携による効果的な連携を図ることや認知症医療に特化した地域住民への情報提供を進めるべきではないか。

○ 認知症を主として精神科病棟に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状(BPSD)等の症状が顕在化した場合の退院後の受け皿の整備を一層進めるべきではないか。

[地域における支援]

○ 認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である認知症サポーターは、平成21年12月末時点で147万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動が展開しているところもある。地域包括ケアを進めるうえで、こうした人的資源の効率的な活用を考慮する段階に達しているが、員数が少ないのではないかと指摘もある。2025年の認知症を有する高齢者数は323万人(65歳人口比9.3%)と推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数の増加を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと指摘がある。また、介護サービス基盤をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門ダイヤサービス及びグループホーム等の整備を更に促進すべきではないか。

(後略)

58

3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向(提言)

(中略)

(1)地域包括ケアシステムに関する検討会における提言

②地域包括ケアを支えるサービスの在り方

iv)認知症支援

○ 効率的に認知症を有する者の支援を実現するためには、早期の発見と治療が重要な意味を持つことから、より順次認知症を発見するための措置を開始するとともに、早期発見のメリットや受診の基準など、家族が適切に対応するためのガイドラインを作成して認知症の正しい理解の普及を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」(原疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール)を作成し、これを地域内の専門職が共有すべきではないか。

○ 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症疾患の中核となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生活圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。

○ 量的にも質的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関するすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な認知症が提供されるよう、一般病棟における医療職員の認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実施するための医療サービスの基盤整備も推進する。

○ 現在、重度の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の医療施設ではない精神科病棟に長期入院、入退院を繰り返している状況になっており、重度の認知症を有する者の適切な受け入れ機能の在り方について、見直しを検討すべきである。

○ BPSDを生じて入院した者、あるいは退院可能な状態となった者の適切な受け入れ環境を整え、小規模多機能型サービス等を活用し、必要に応じて退院後ケアを実施して退院後に受け入れられ、地域に貢献し、必要なサービスにシフトさせるなど、在宅生活に円滑に移行できるようケアの役割を充実して広く関係者に提供していくことも重要である。

○ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれず、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。

(後略)

60

- 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、療養病棟を有する医療機関や介護老人保健施設(介護療養型を有する)等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないという指摘がある。

(3)改革の具体像

①入院治療の再編・重点化

イ 認知症

○ 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏まえ、平成22年度までのものと現在行われている、認知症の有病率や認知症に関する介護サービスの実態等に関する調査を早急に始めるべきである。

○ その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神科病棟(認知症病棟)や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

○ 入院が必要な認知症の患者像を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を有する患者に対応できるよう、認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保するとともに、

①認知症療養等の体制の充実

②身体合併症に対する機能の確保

等を行うことが必要である。

○ その際、認知症高齢者の心身の状況に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を確保させるために、入院治療を要しない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の場となる確保と適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討すべきである。

○ なお、生活の場となる確保に当たっては、今後の認知症患者の層の増大に対応できる体制を確保する観点から、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという観点も必要と考えられる。

○ また、あわせて、精神科病棟の面で入院を要する程度にはないが、急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病棟及び療養病棟の認知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。

○ 認知症疾患医療センターについては、療養病棟や介護老人保健施設(介護療養型を有する)等において対応が図られているが、認知症疾患の身体合併症の頻度が高いことや、患者の転院が容易であることを踏まえ、精神科病棟の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一定の対応を行なうために必要な方策を検討すべきである。

○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の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ある。

62