

参考資料

認知症

医療から介護への切れ目のないサービスを提供

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施

関係機関とのネットワーク(相談・支援体制)

(認知症疾患医療センターの設置市域)

認知症疾患医療センター

(全国150カ所)

- 認知症専門医療の提供
 - ・鑑別診断
 - ・周辺症状の急性期対応
 - ・身体合併症対応
 - ・かかりつけ医との連携
- 連携担当者(psw等)を配置
 - ・患者・家族への介護サービス情報の提供、相談への対応
 - ・医療情報の提供等、介護サービスとの連携

- ・専門医療へのつなぎ
- ・情報提供

- ・介護認定相談
- ・介護へのつなぎ
- ・情報提供(定期的(毎週))

地域包括支援センター

認知症連携担当者を配置

認知症介護指導者研修修了者等認知症の介護や医療における専門的知識を有する者
なお、顧問として認知症サポート医(嘱託)を配置
(全国150カ所(市域内におおむね1カ所))

【業務内容】

- ・認知症疾患医療センターとの相談・連絡
- ・権利擁護の専門家等との相談・連絡
- ・他の地域包括支援センターへの専門的な認知症ケア相談、定期的な巡回相談、具体的な援助等

- ・専門的アドバイス
- ・巡回相談
- ・専門医療の紹介等

- ・認知症ケア相談
- ・専門医療相談
- ・権利擁護相談等

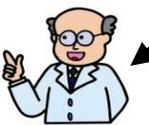
市内の他の地域包括支援センター

(連携)



認知症サポート医

(相談・援助)



かかりつけ医

(連携)

(連携)



本人・家族など

(利用)



介護サービス

(連携)



高齢者権利擁護虐待対応
専門職チームなど

(相談・援助)

(相談・援助)

認知症の医療・介護体制

【今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 H21. 9. 24】

必要な支援

専門医療

(精神科医療)

- ・早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定・見直し
- ・BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供

- ・身体疾患に対する医療の提供

一般医療

- ・かかりつけ医による認知症に対する外来医療

介護

- ・ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供

対象の明確化と必要量の把握

- ・認知症の有病率や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査の早急な実施
(H22年度まで)

- ・入院が必要な認知症の患者像の明確化

- ・精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等の明確化
(H23年度まで)

機能の強化

- ・専門医療機関の機能の重点化
- ・認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備、
→認知症病棟等の体制の充実
→身体合併症に対応する機能の確保
- ・精神科病院における、身体合併症への一定の対応

- ・一般病床及び療養病床の認知症対応力の強化

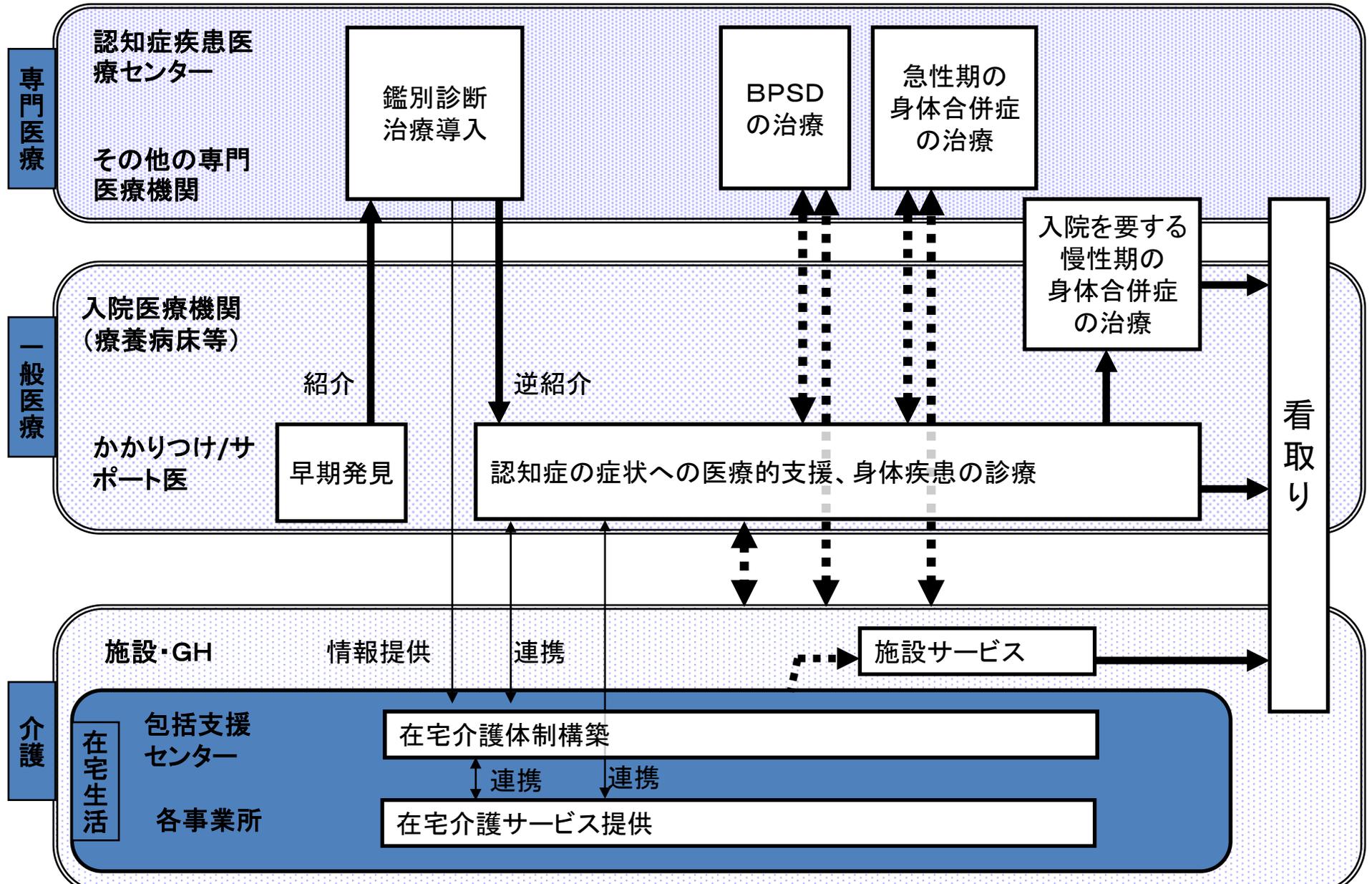
- ・認知症に対応した外来医療
- ・介護保険施設等における施設における適切な医療

- ・介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の場の更なる確保
- ・介護保険サービスの機能の充実

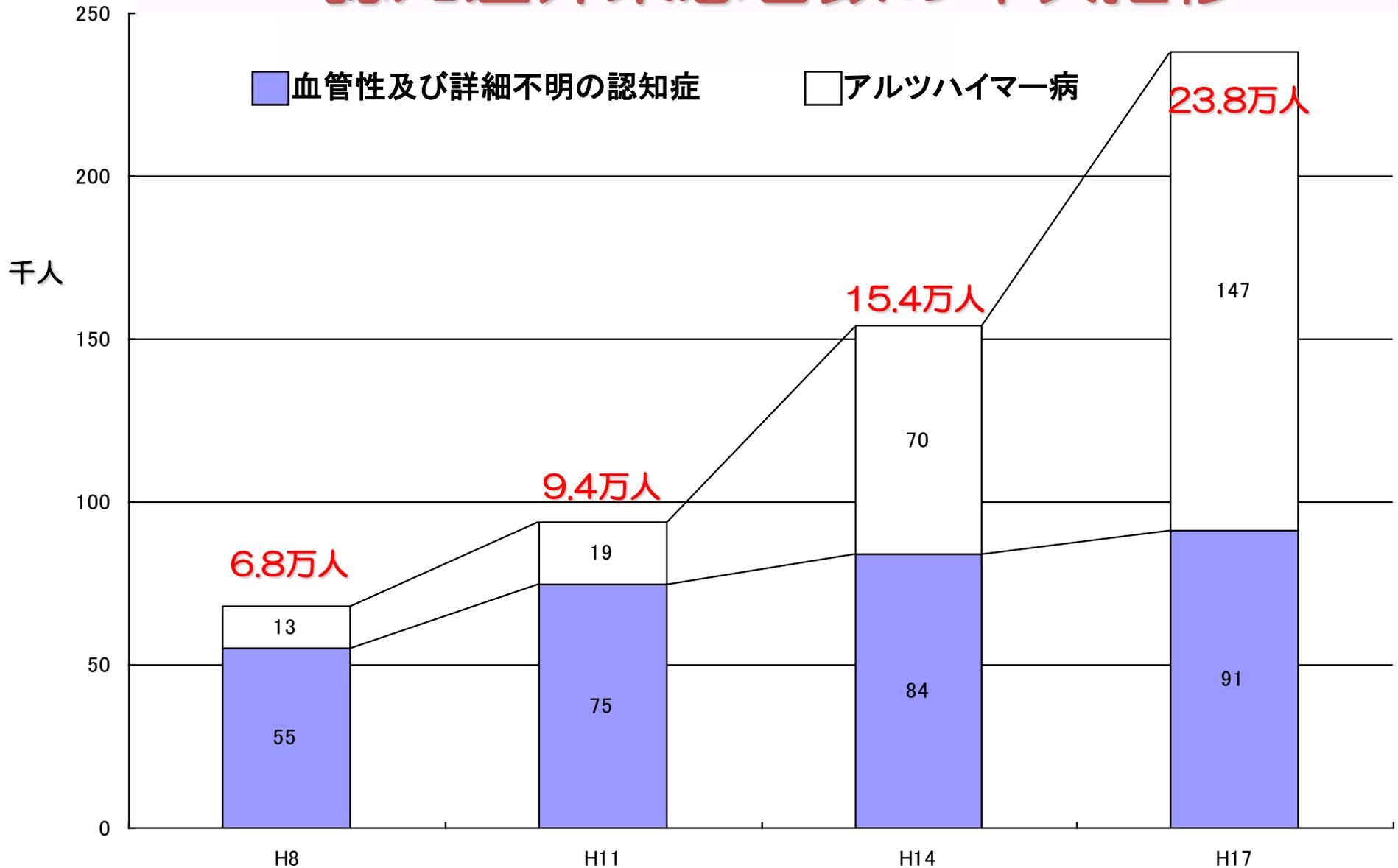
連携の強化

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

認知症の医療体制（イメージ）



認知症外来患者数の年次推移



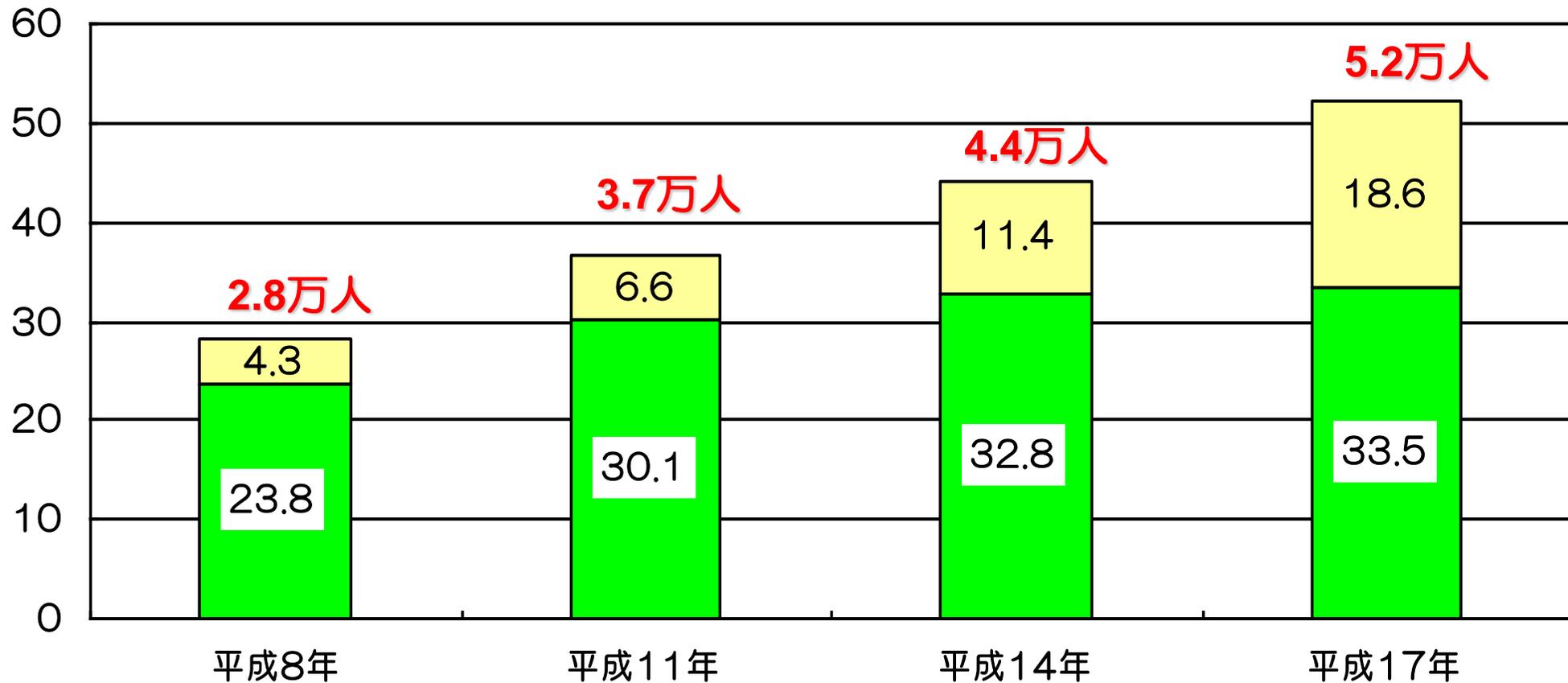
【出典】 患者調査

精神病床における認知症疾患入院患者数の年次推移

(千人)

■ 血管性及び詳細不明の認知症

□ アルツハイマー病



認知症の中核症状と周辺症状

周辺症状

行動障害 精神症状
徘徊 幻覚
失禁 妄想
自傷・他害 作話

感情障害 意欲の障害
うつ 意欲低下
不安 意欲亢進
焦燥

中核症状

記憶障害
見当識障害
判断の障害
実行機能の障害

特徴

- ・一部の患者に、経過中にみられることがある
- ・出現する症状やその重症度は様々

対応

- ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- ・適切な治療により、多くは1～3ヶ月で改善可能

- ・すべての患者で病期を通じてみられる
- ・徐々に進行し、改善は見込めない

- ・ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- 暴力
- 暴言
- 徘徊
- 拒絶
- 不潔行為 等

【心理症状】

- 抑うつ
- 不安
- 幻覚
- 妄想
- 睡眠障害 等

※せん妄

- 急激かつ一過性に意識水準が変化した状態で、1日の中でも状態は変動する
- 意識障害、認知機能障害に加え、BPSDに類似の症状が出現する
- 認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との鑑別が困難となることも多い

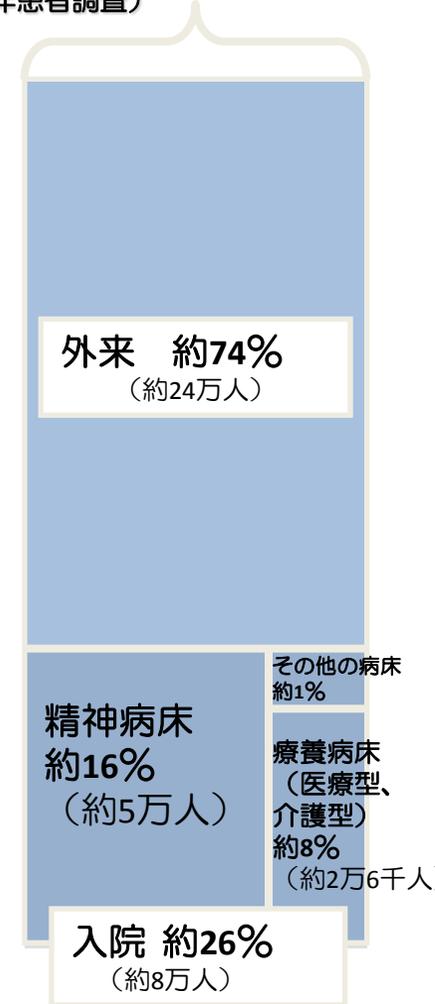
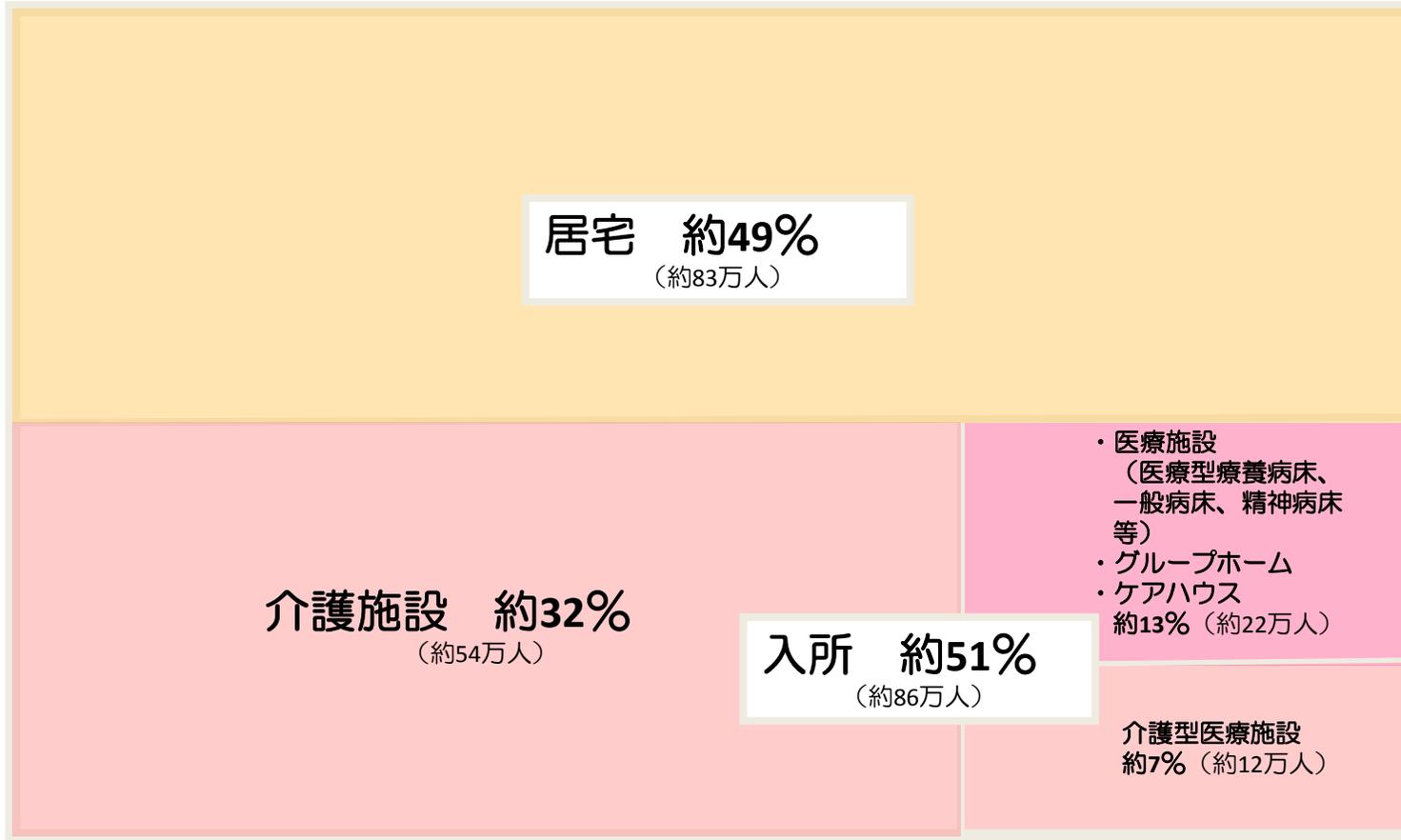
認知症疾患患者の所在

(老健局)
(平成17年における推計値)
(平成14年9月のデータを基準にしたもの)

介護
自立度Ⅱ以上の認知症高齢者
169万人

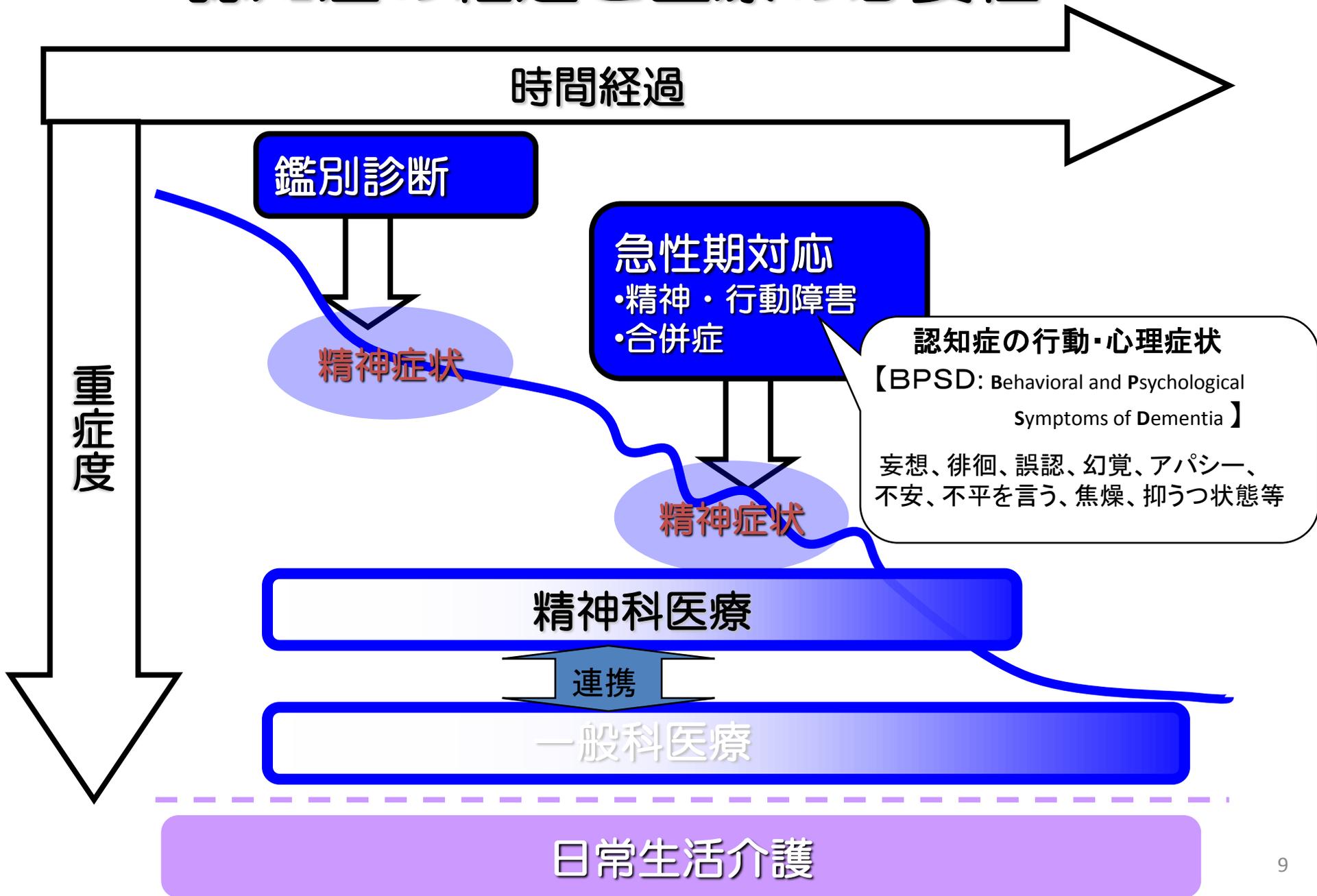
医療
血管性認知症
及び詳細不明の痴呆
アルツハイマー病
32万人

(平成17年患者調査)



※医療施設 (医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床)、居宅と外来は介護と医療で重複がある。

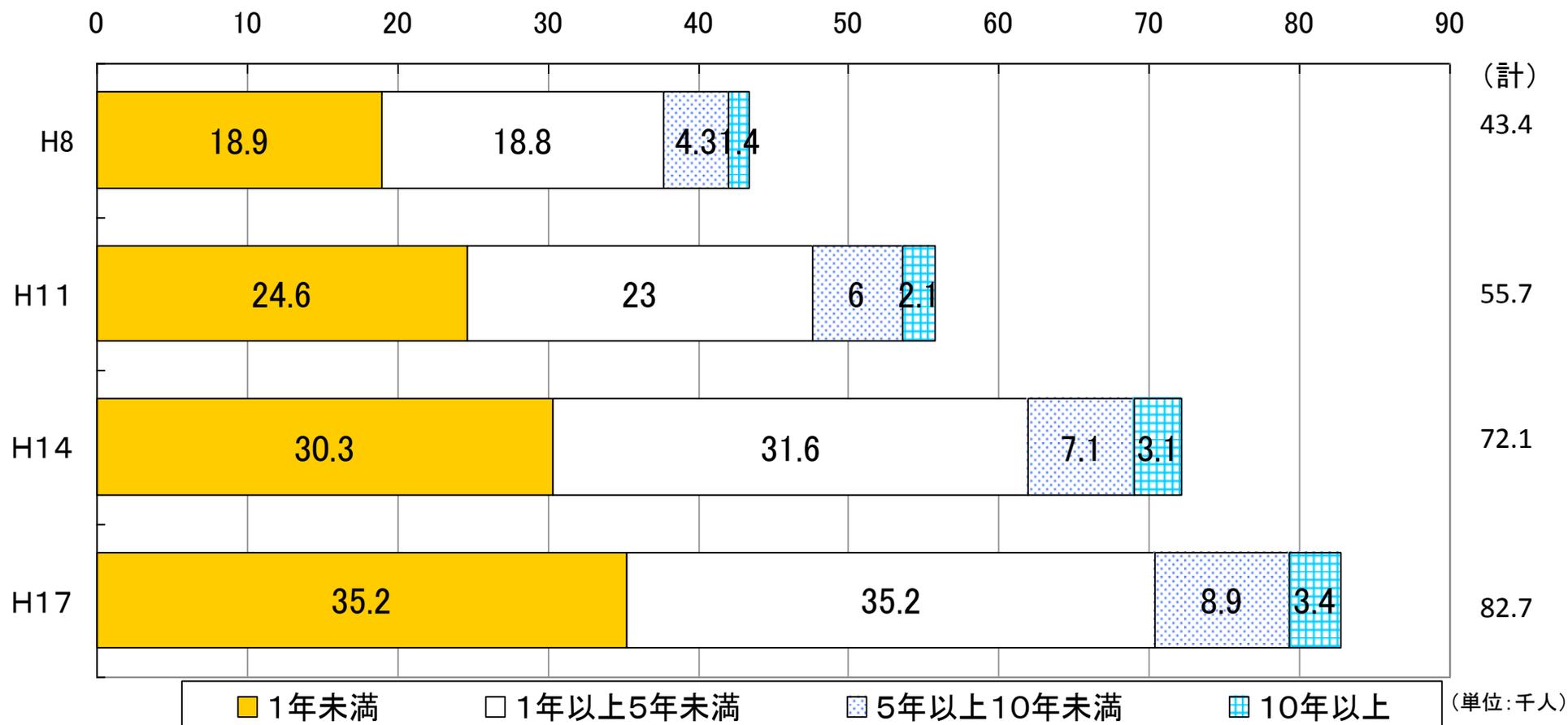
認知症の経過と医療の必要性



認知症疾患の入院患者の推移(入院期間に着目して)

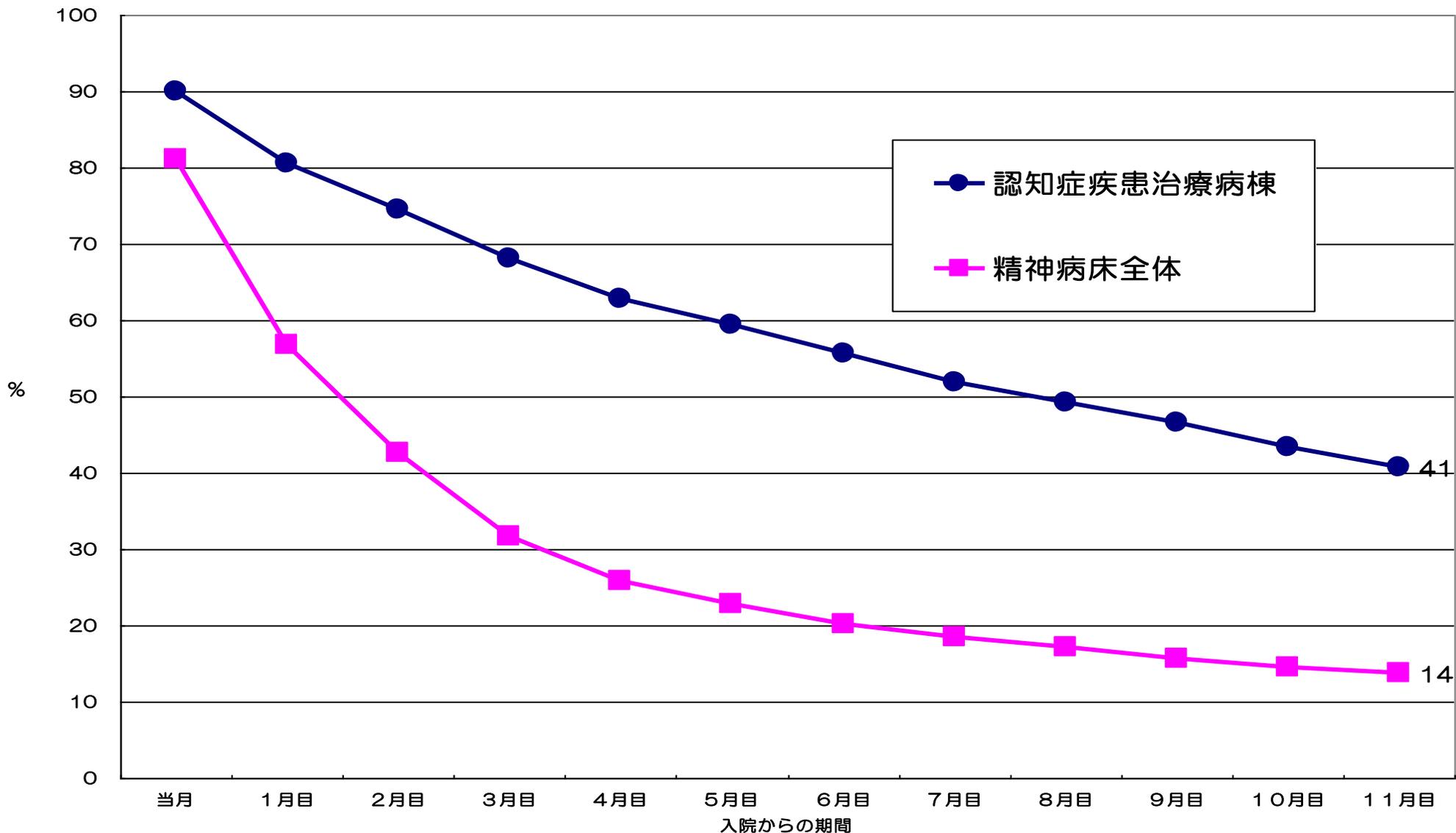
(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

(単位:千人)

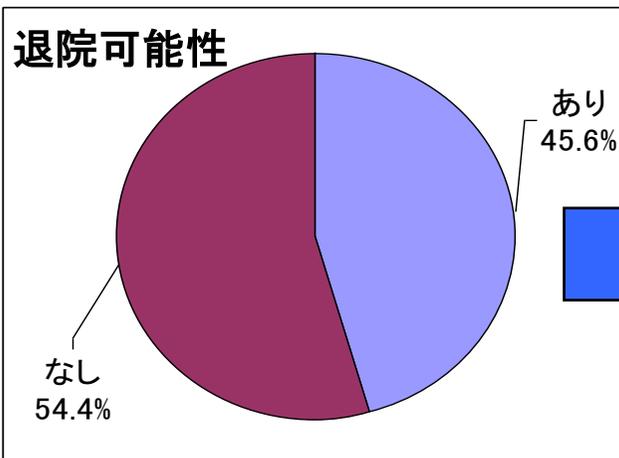


【出典】 患者調査

認知症疾患専門病棟入院患者の残存曲線

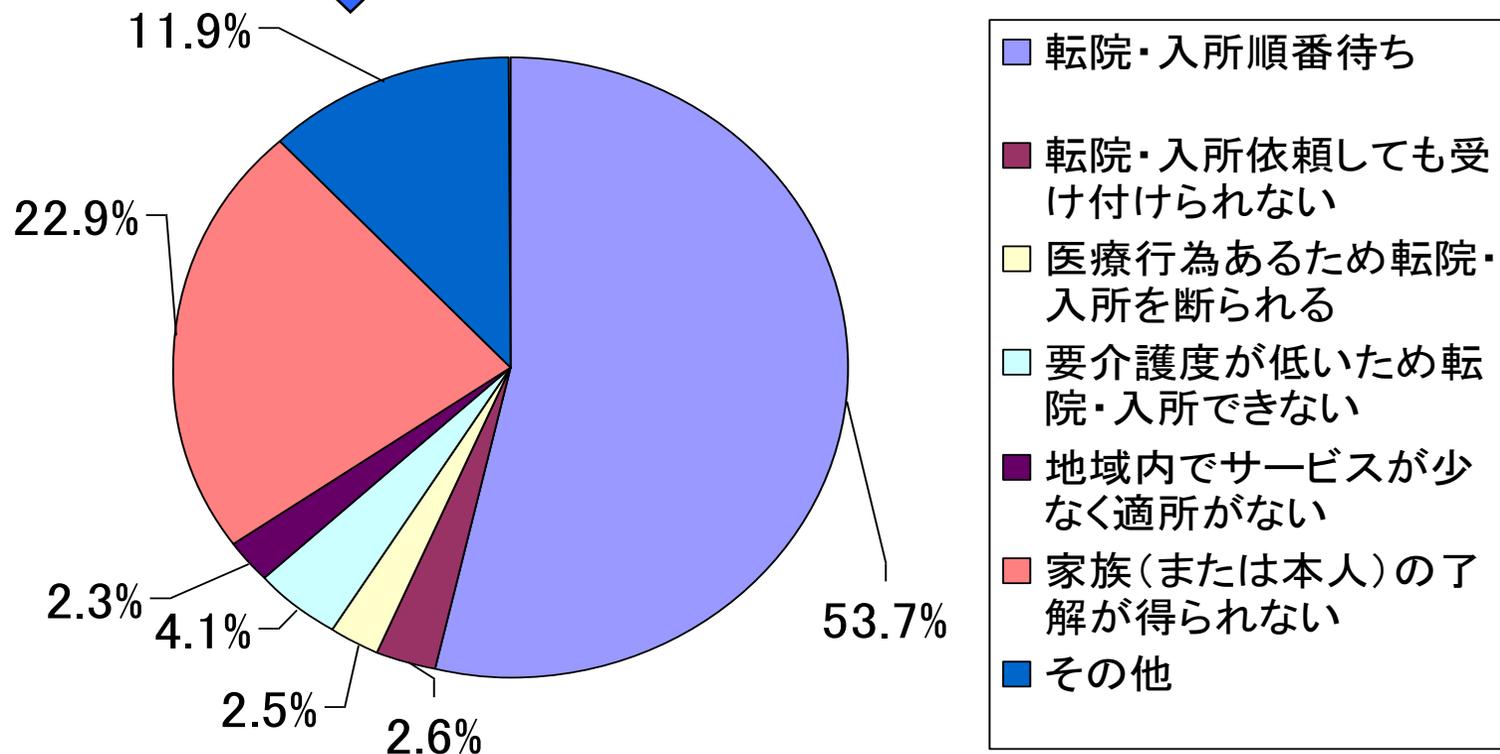


認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



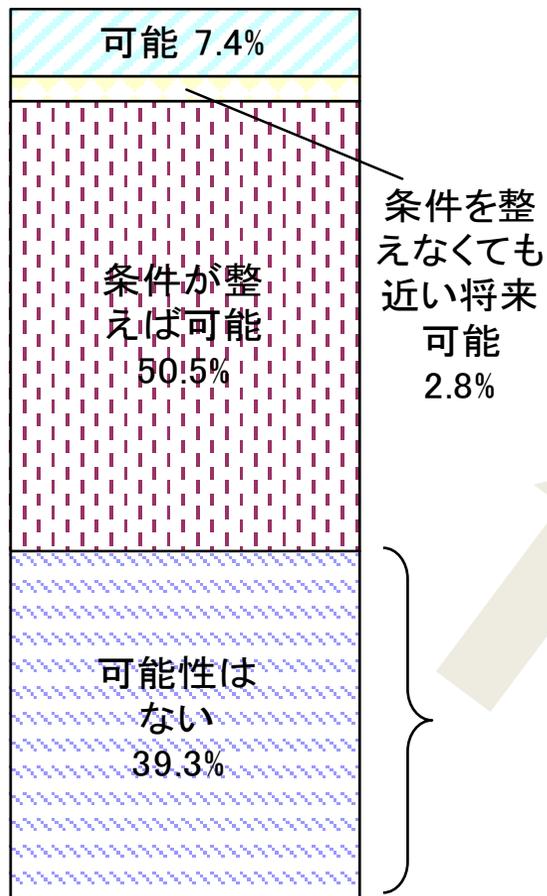
調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が 退院に結び付かない理由 (n=834)



症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)による 精神病床入院患者の退院可能性と要因

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)

認知症地域医療支援事業

○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

※実施主体は都道府県及び指定都市。

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。

※実施主体は都道府県及び指定都市

平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人が研修を修了

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書における目標

I 新たな目標値

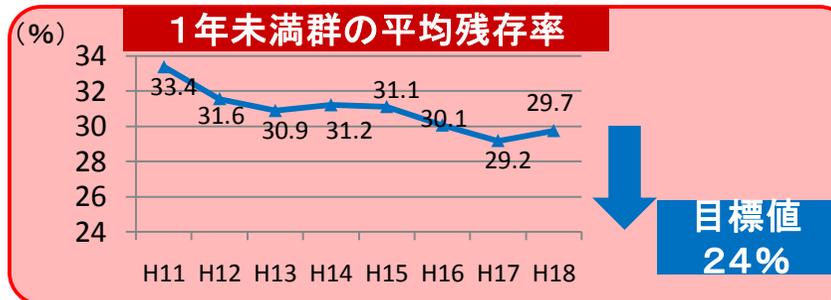
- 統合失調症による入院患者数: **約15万人**
(平成17年患者調査時点:19.6万人)
- 認知症に関する目標値:
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、**約7万床相当の減少が促進される**

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在:31.3万床 平成27年(試算):28.2万床
※現在の病床数との差:6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例:認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

療養病床における医療区分

	対象となる患者	診療報酬
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法、胸腹腔洗浄 ・気管切開、気管内挿管が行われており、かつ発熱を伴う場合 ・酸素療法 ・隔離室における感染症の管理 	1709点
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・傷病等によりリハビリテーションが必要(発症から30日以内) ・発熱を伴う脱水 ・発熱を伴う頻回の嘔吐 ・反復継続する体内からの出血 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・せん妄 ・うつ症状 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開、気管内挿管が行われている ・頻回の血糖チェック ・創傷、皮膚潰瘍等に対する治療 	1198～ 1320点
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	750～ 885点

ADL区分

0	自立	手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1	準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回
4	広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計
各項目について

項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24