

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第2R (認知症と精神科医療)

6月28日 資料

1

平成22年12月22日 中間とりまとめ 抜粋 BPSDを有する患者への精神科医療

① BPSDへの適切な治療

BPSDに対しては、患者の生活歴や生活状況などを考慮し環境調整を行った上で、精神科医療が必要なものであるかどうか判断し、必要最小限の適切な薬物治療を行えるようにすべきである。

また、認知症患者への治療に習熟した精神科医や精神科医療スタッフ等の人材養成を推進すべきである。

③ 認知症患者に必要な入院医療

BPSDへの対応のための入院では、短期間でBPSDの症状の軽減をはかり退院につなげる質の高い入院医療を提供できるよう、例えば、看護・介護職員の充実、作業療法士、精神保健福祉士等の病棟への配置、退院支援のためのソーシャルワーカー等の病院への配置等マンパワーの充実やそのための方策について検討すべきである。また、患者の症状や入院目的に応じて適切に受け入れられるよう、機能に応じた適切な職員配置や療養環境の要件について検討すべきである。

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

重度のBPSDを有する認知症患者の状態像を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟のマンパワーの配置やそのための方策について検討すべきである。

加えて、重度のBPSDを有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるような診療体制の確保や地域の医療機関との連携確保等のための方策について検討すべきである。

2

平成22年12月22日 中間とりまとめ 抜粋 身体疾患を合併する認知症患者への入院医療

①合併症の状態像に応じた精神病床の受入先(総合病院精神科と精神科病院の役割分担)

身体疾患を合併している認知症患者については、合併症の状態像に応じて対応可能な受入先の確保が重要である。骨折等の急性疾患の治療には、他の専門診療科とリエゾン可能な総合病院精神科などの受入先の確保が必要であり、このための支援策の検討や、基幹型認知症疾患医療センター運営事業の活用等により、急性疾患を合併している認知症患者の受け入れができる体制を確保すべきである。

②慢性疾患を合併している認知症患者への対応

慢性疾患を合併している認知症患者が、入院治療が必要となった場合には、精神科病院での円滑な入院加療が可能となるよう、慢性疾患を合併している認知症患者の受け入れに対する評価や、地域型認知症疾患医療センター運営事業について、慢性疾患を合併している認知症患者への対応も考慮した内容に見直す等の対応を検討すべきである。

③精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

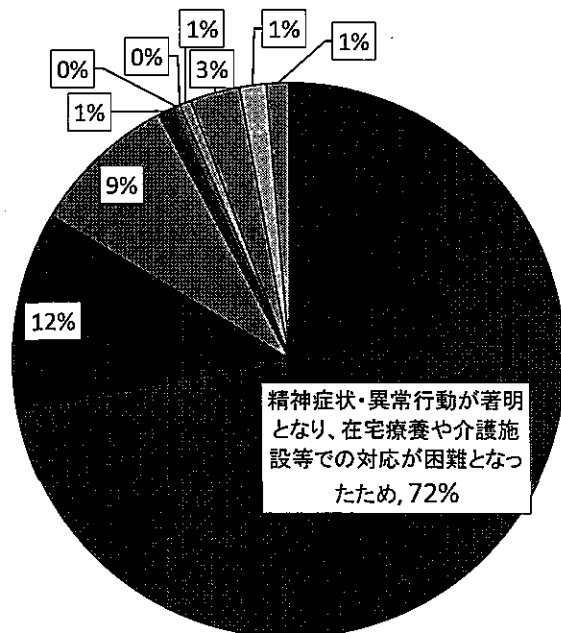
認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科との連携が容易な精神科を有する医療機関がその受け皿となると考えられるが、他の専門診療科を有しない精神科医療機関が多い。また、精神科を有しない医療機関において、入院後に生じたBPSDやせん妄状態のために身体疾患の治療に支障をきたす場合も多く存在している。

このため、地域の医療資源も考慮し、必要に応じ、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携を円滑に行えるような取組について、検討すべきである。

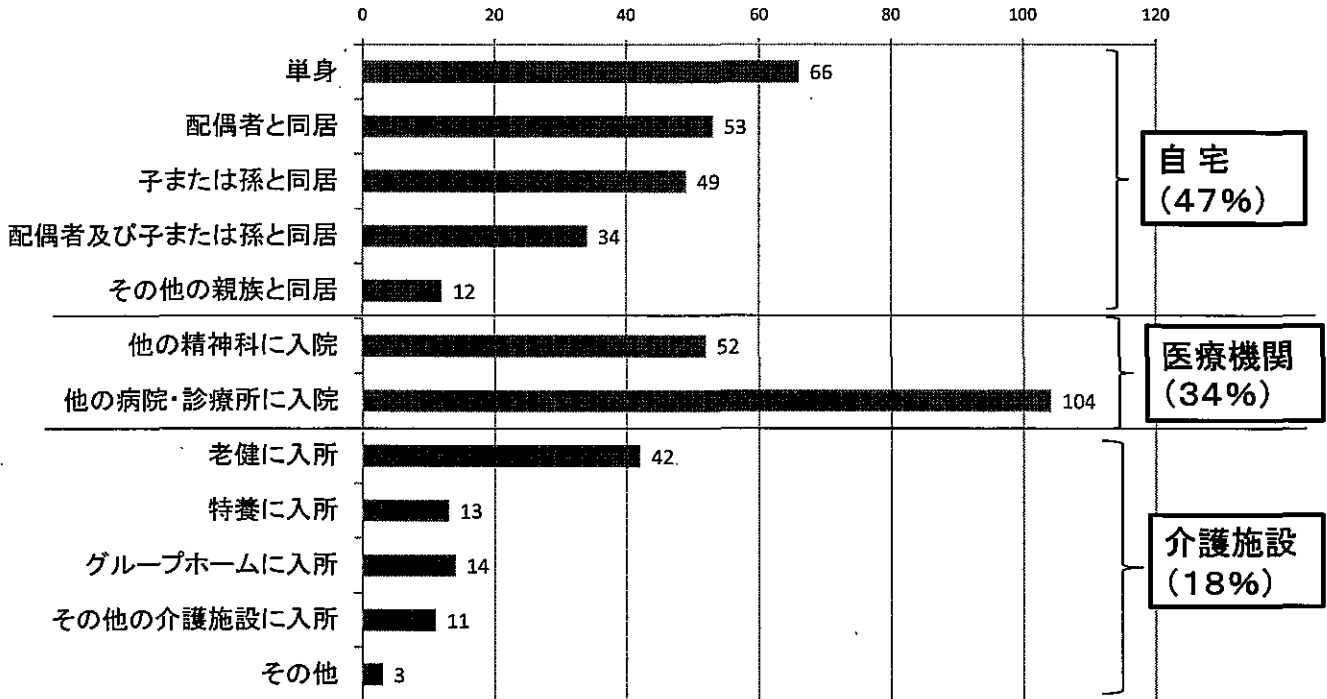
3

問19 入院の理由

(N=453)



- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他



平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

認知症患者の入院状況

総合病院型認知症疾患センター(大学病院除く)8施設を対象に、平成19年11月1ヶ月に新規入院した65歳以上の認知症高齢者21人についてのアンケート調査。

○入院理由

95%がBPSD対応困難が理由で、14%が身体症状悪化である。

※43%は即日入院が求められ、そのうち89%が即日入院。

※中等症以上の認知症が80%以上を占める。

○入院経路

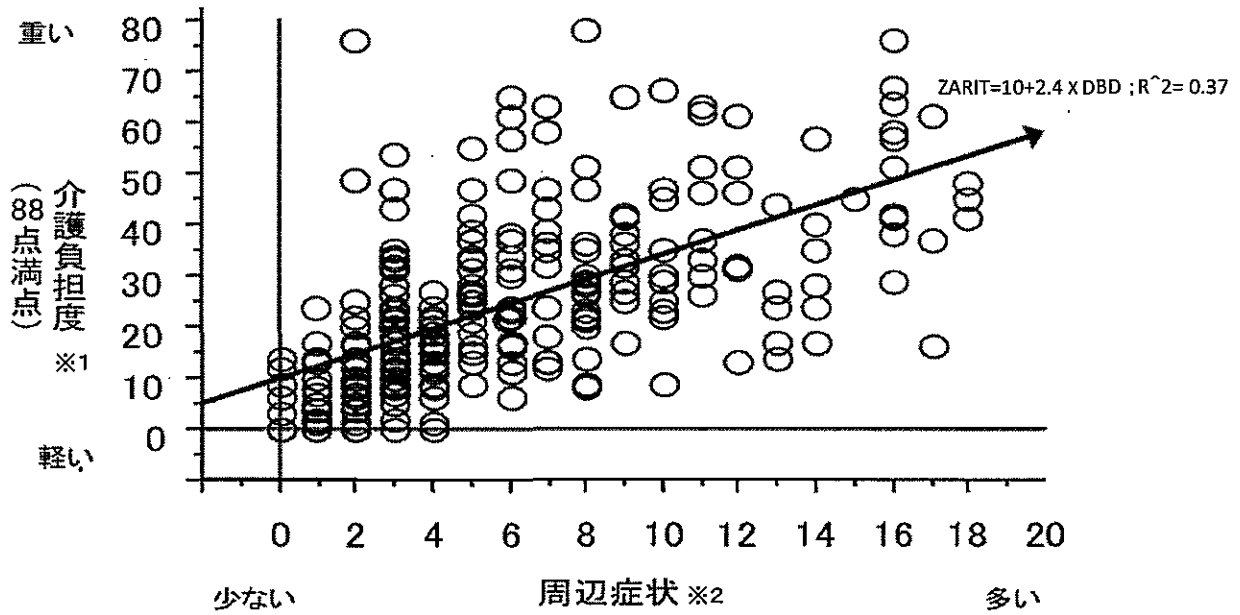
57%が自宅から入院し、28%が医療機関、14%が施設から入院している。

注1 臨床的認知症尺度(CDR: Clinical Dementia Rating Scale)で認知症の重症度を評価。
6項目(記憶、見当識、判断力、問題解決、社会適応、家庭状況及び趣味、介護状況)について総合的に評価し、健康(CDR0)、認知症疑い(CDR0.5)、軽度認知症(CDR1)、中等度認知症(CDR2)、高度認知症(CDR3)のいずれかに評価。

認知症のBPSD(行動・心理症状)と介護負担度について

介護負担度と周辺症状

N=476



※1 ZARIT介護負担尺度(ZBI): 親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度を測定できる尺度。22項目について0(全く負担ではない)から4(非常に大きな負担)で評価。(最小0点、最大88点)
 ※2 DBD(痴呆行動傷害尺度): 周辺症状28項目について0(全くない)から4(常にある)で評価。(最小0点、最大112点)

出典: 杏林大学物忘れセンターにおけるデータ

7

通常のADLと抵抗等をふまえた実際のADLの比較

(調査日から過去3日間のADLについて N=454)

a ベッド上の可動性



b 移乗



c 食事



d トイレの使用



e 入浴



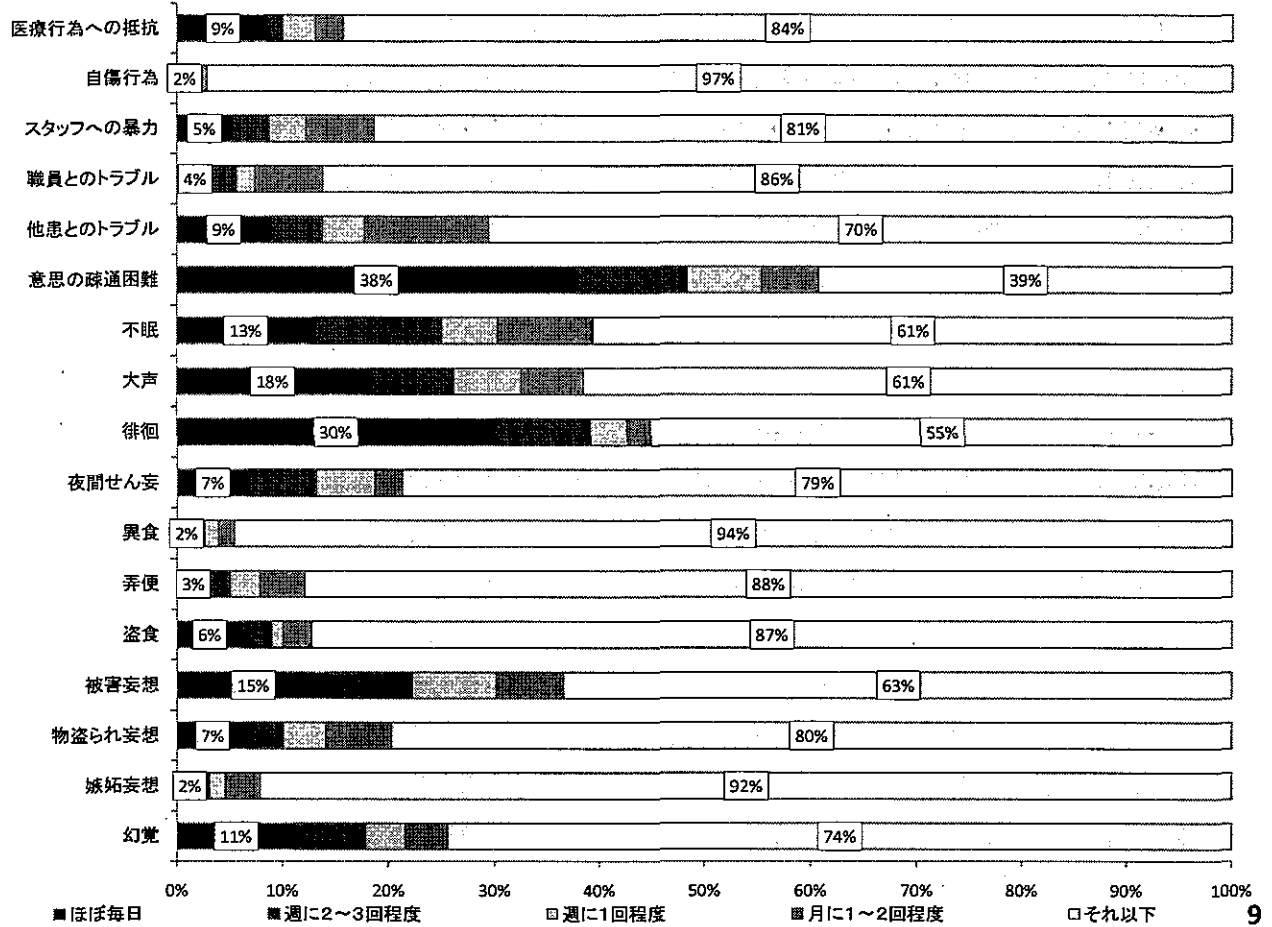
f 衣服の着脱



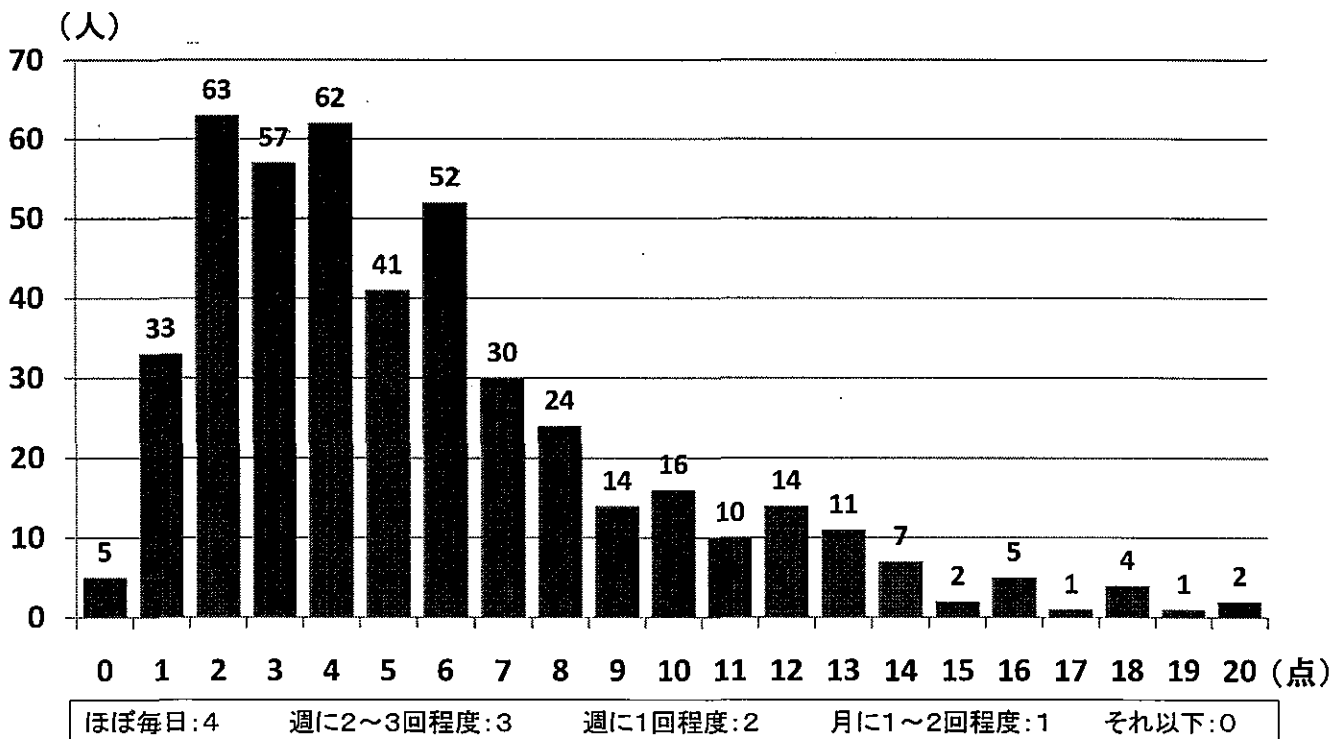
平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

8

調査時点から過去1カ月間の精神症状等の頻度 (N=454)



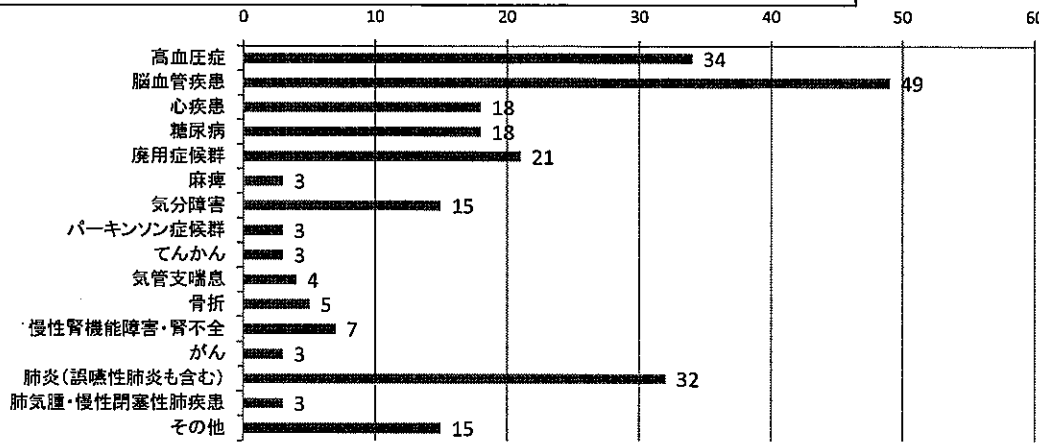
「過去1ヶ月間の精神症状等」18項目の頻度の合計値の分布 (N=454)



454人の患者に対し、過去1ヶ月間の精神症状18項目(複数回答可、該当するものに○をつける)について、頻度に応じ4-0点としてそれぞれ合計値について算出したもの。(最小:0点、満点:72点)

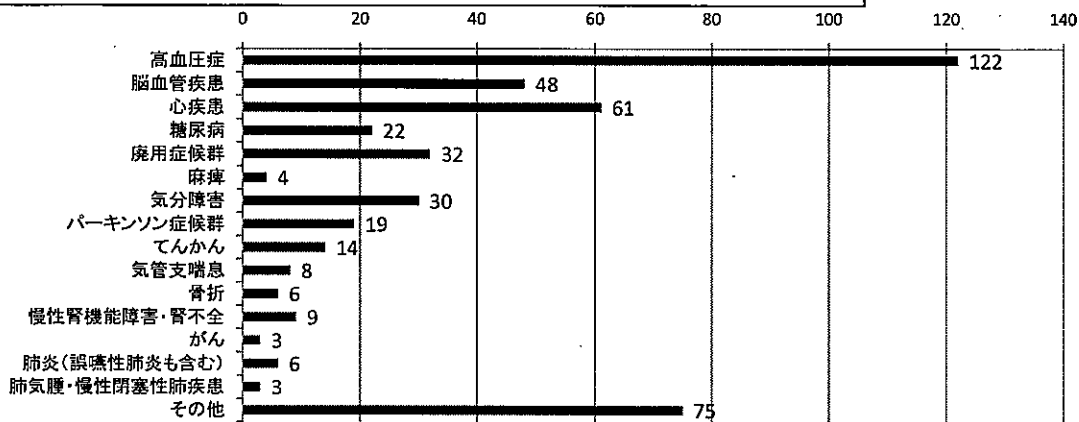
特別な管理(入院治療が適当な程度)を要する身体疾患

(複数回答可) (N=117)



日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体疾患

(複数回答可) (N=271)

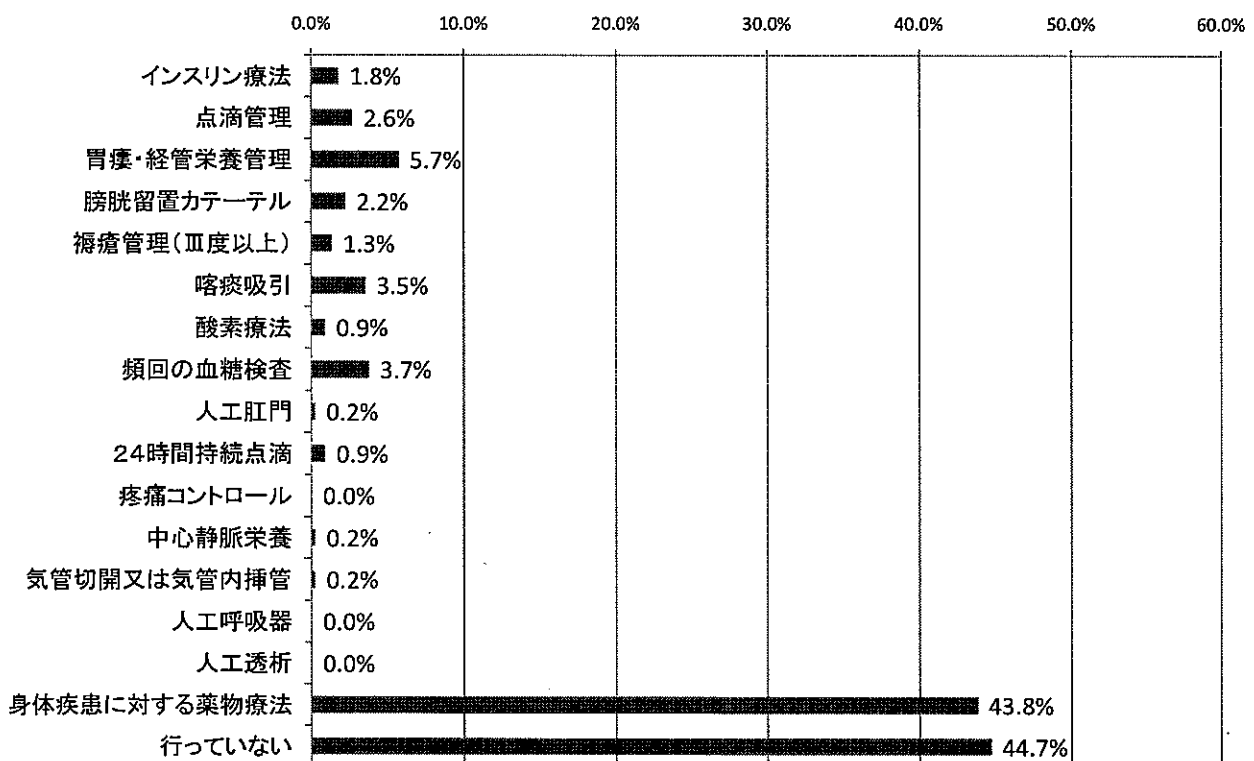


平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

11

調査日における対象者に行っている身体的管理

(複数回答可) (N=454)

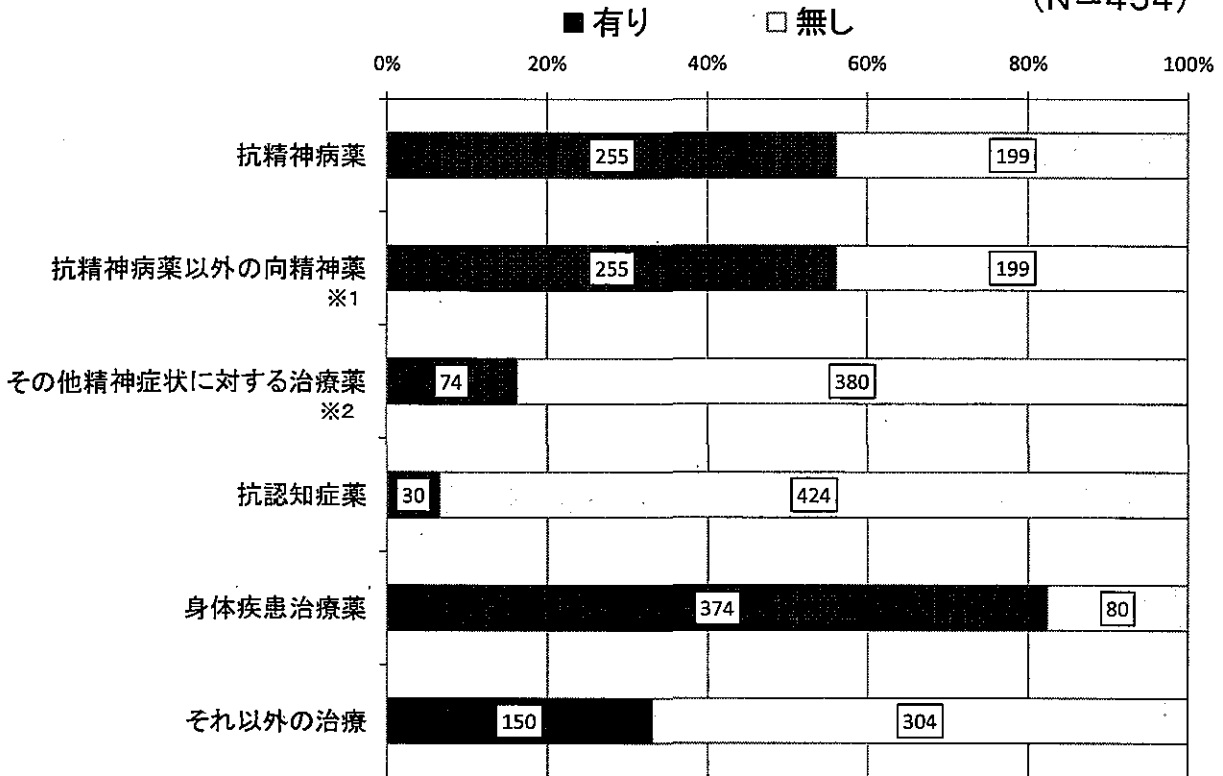


平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

12

調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

(N=454)

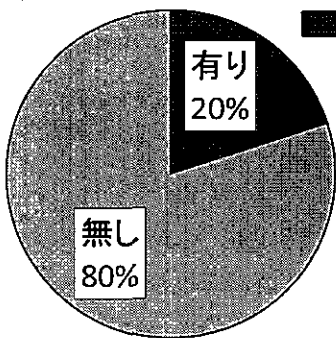


※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・・・漢方薬など

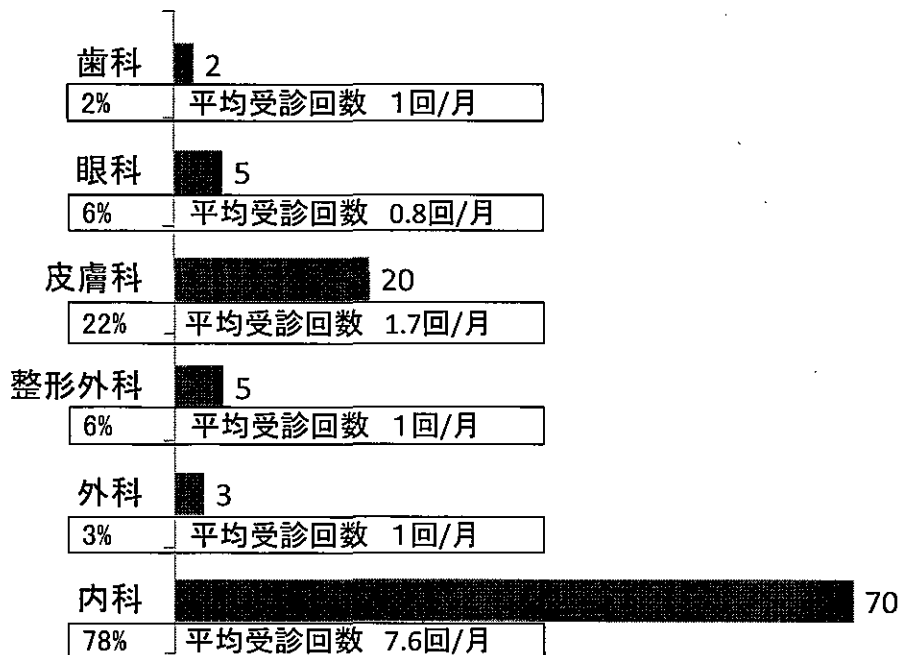
平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

過去1ヶ月間の他科受診の有無

(N=451)

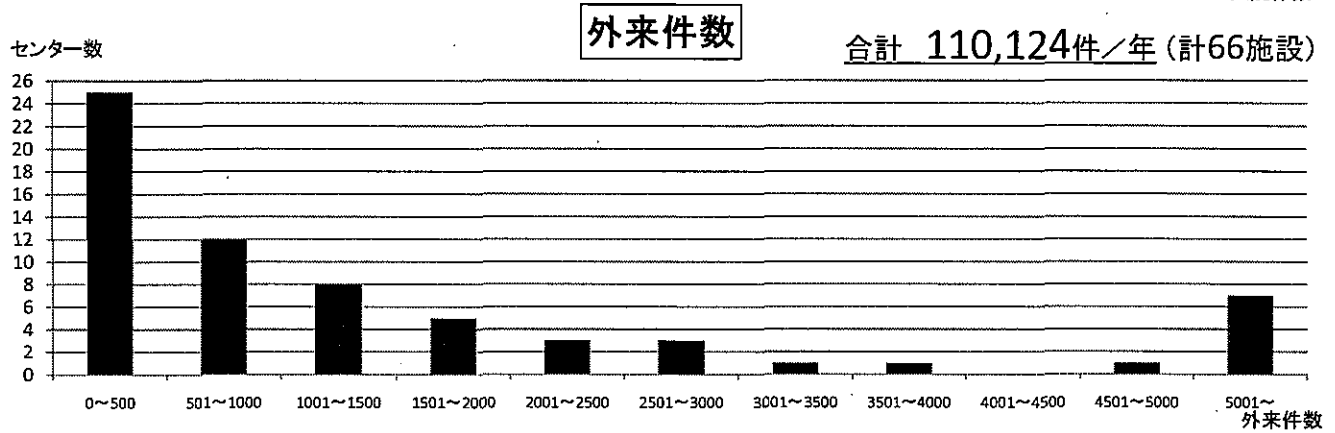
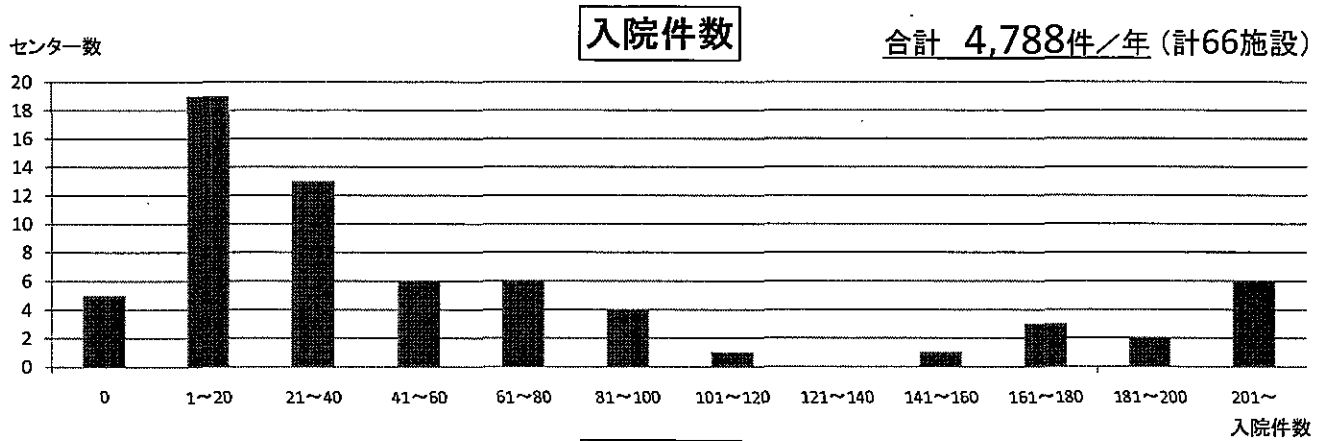


問13-1 他科受診の回数 (複数回答可) N=90



平成22年 精神病床における認知症入院患者に関する調査(精神障害保健課)

平成21年度 認知症疾患医療センター1施設あたりの外来・入院件数



平成21年認知症医療センター業績報告(精神障害保健課)

参考

認知症の中核症状と周辺症状

BPSD* (周辺症状)

行動障害 徘徊 失禁 自傷・他害	精神症状 幻覚 妄想 作話
感情障害 うつ 不安 焦燥	意欲の障害 意欲低下 意欲亢進

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

*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
(認知症の行動・心理症状)

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

17

認知症疾患治療に関わる主な診療報酬

特定入院料	看護配置	看護比率	補助者比率	診療報酬
認知症病棟入院料1	20対1	20%※1	25対1※2	1. 60日以内 1450点 2. 61日以上 1180点
認知症病棟入院料2	30対1	20%※3	25対1	1. 60日以内 1070点 2. 61日以上 970点
精神病棟入院基本料の重度認知症加算※4				100点
重度認知症患者デイ・ケア料				1040点
早期加算				50点※算定開始から1年以内
認知症専門診断管理料				500点
認知症患者地域連携加算				50点

※1 夜勤を伴う看護職員の数は2以上

※2 看護補助者が夜勤を行う場合には看護職員の数は1以上

※3 夜勤を伴う看護職員の数は1以上

※4 重度認知症で、日常生活を送る上で介助が必要な状態で、入院時において認知症である老人の日常生活自立度判定基準におけるランクMに該当する者

18

精神科入院に係る診療報酬と主な要件 (平成22年度～)

		医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
出来高病棟	精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数 40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,311点	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)
			看護 10:1				1,240点	
			看護 13:1				920点	
			看護 15:1				800点	
			看護 18:1				712点	
			看護 20:1				658点	
			看護 25:1				550点	
特定入院料等算定病棟	認知症治療病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,450点 (～60日)	1,180点 (61日～)
	認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,070点 (～60日)	970点 (61日～)
	精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1人	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下			・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者

19

精神科身体合併症管理加算

1日につき 350点

精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている。
- (2) 精神病棟入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る)、特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟である。
- (3) 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携(他の保険医療機関を含む)が確保されている。

対象患者

呼吸器系疾患、心疾患、重篤な内分泌・代謝性疾患、全身感染症、急性腹症、悪性症候群、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者、透析導入時の患者等。

算定時の留意点

当該加算は、当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。

重度認知症加算

1日につき 100点

精神病棟入院基本料 注4

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

施設基準

- イ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上）であることとする。
- ロ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

21

精神科地域移行実施加算

1日につき 10点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者について、所定点数に加算する。

施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料に限る）、特定機能病院入院基本料（15対1精神病棟入院基本料に限る）、精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟である。
- (3) 当該病院に専門の部門（以下、「地域移行推進室」という）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されている。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されている。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要があり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年以上の入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く）の数が1年間で5%以上の実績（以下、「退院に係る実績」という）がある。
- (6) (7) (9)は省略。（退院に係る実績の詳細について記載）
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。

22

