

認知症対策について

第1 認知症医療の提供体制について

人口の高齢化等に伴い増え続けている認知症について、医療から介護への切れ目のないサービスを提供するため、認知症疾患医療センター及び地域包括支援センター等を介したネットワーク（相談・支援体制）の整備が進められている（参考資料P1~3）。

第2 現状と課題

- 1 わが国における認知症の患者数は、増加し続けている（参考資料P4,5）。
- 2 認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等の、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、徘徊や暴力等の、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」がある（参考資料P6,7）。
- 3 認知症疾患の患者は、患者調査では、約32万人（外来：約24万人、入院：約8万人）となっている。一方で、介護保険による推計値では、約169万人（居宅：約83万人、入所86万人）が、自立度Ⅱ以上の認知症高齢者となっており、医療保険のみではなく、介護保険の対象となる患者も多くなる（参考資料P8）。
また、特に、早期の鑑別診断、周辺症状の治療や急性期の身体合併症への対応等については、医療の提供が必要となる（参考資料P9）。
- 4 認知症疾患の入院患者では、1年を超える長期の入院となる患者も増加してきている（参考資料P10）。また、精神・行動面の症状が特に著しい重度の認知症患者を治療することを目的とした病棟である認知症疾患治療病棟（現在の認知症病棟）においても、他の精神病棟と比べ、退院が困難な傾向がある（参考資料P11）。
- 5 90日を超えて認知症病棟に入院する患者のうち約5割弱が退院可能とされているが、これらの患者が退院に結び付かない理由として、「転院・入所順番待ち」が約54%と最も多くなっている（参考資料P12）。
また、認知症による入院患者の6割強について、ADLへの濃厚な支援が必要とされている（参考資料P13）。

6 地域での認知症の診療に携わる医師のため、「認知症サポート医研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が実施されている（参考資料P14）。

7 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会では、認知症の有病率等について、平成22年度までのものとして現在調査が行われており、その結果等に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能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されている（参考資料P15）。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1 入院医療の評価

- (1) 精神・行動面の症状が特に著しい重度の認知症患者を治療することを目的とした病棟として、精神病棟において認知症病棟入院料を設けている。

改定前	平成20年度改定後
A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料 (1日につき)	A314 認知症病棟入院料(1日につき)
【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】 (1日につき)	【認知症病棟入院料1】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,300点	イ 90日以内の期間 <u>1,330点</u>
ロ 91日以上期間 1,190点	ロ 91日以上期間 <u>1,180点</u>
【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】 (1日につき)	【認知症病棟入院料2】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,060点	イ 90日以内の期間 <u>1,070点</u>
ロ 91日以上期間 1,030点	ロ 91日以上期間 <u>1,020点</u>

【算定状況】

	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	実施回数	実施件数	実施回数
老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 (90 日以内) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 1 (90 日以内)	2,862	49,567	5,424	130,172
老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 (91 日以上) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 1 (91 日以上)	20,183	566,345	18,324	524,843
老人性認知症疾患治療病棟入院料 2 (90 日以内) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 2 (90 日以内)	776	11,894	751	15,037
老人性認知症疾患治療病棟入院料 2 (91 日以上) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 2 (91 日以上)	4,023	118,674	3,233	95,516

(2) また、認知症病棟以外では、精神療養病棟又は療養病棟に、主に入院していると考えられる。

A312 精神療養病棟入院料	1,090 点
A101 療養病棟入院基本料 (1 日につき)	
1 入院基本料 A	1,709 点
2 入院基本料 B	1,320 点
3 入院基本料 C	1,198 点
4 入院基本料 D	885 点
5 入院基本料 E	750 点

【算定状況】平成 20 年 6 月審査分

	算定件数	算定回数
精神療養病棟入院料	84,124	2,442,088
療養病棟入院基本料 A	3,068	60,227
療養病棟入院基本料 B	9,863	261,015
療養病棟入院基本料 C	2,923	59,781
療養病棟入院基本料 D	2,100	49,678
療養病棟入院基本料 E	4,177	86,140

療養病床入院患者における認知症の状況

	療養病床入院患者に占める割合
アルツハイマー病 (アルツハイマー型認知症)	6.0%
アルツハイマー病以外の認知症	14.6%

出典) 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 (厚生労働省保険局医療課)

2 外来医療の評価

かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価するため、診療情報提供料 (I) の加算を設けている。

B009 診療情報提供料 (I) 250 点
注 9 認知症患者紹介加算 (1 回につき) 100 点

新

【算定件数】

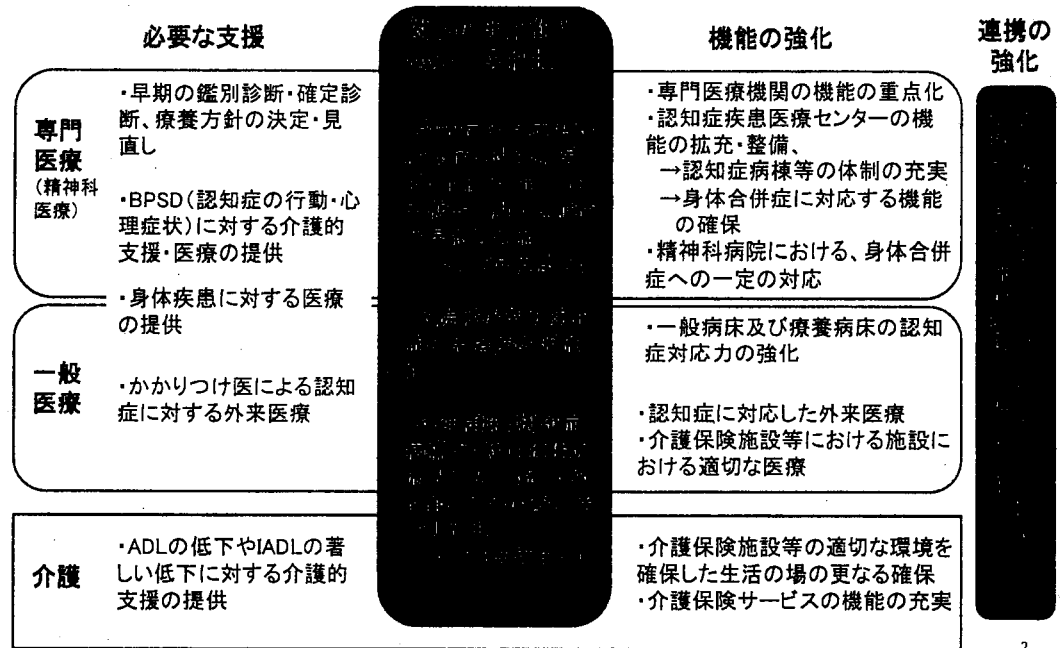
	算定件数
診療情報提供料 (I) 認知症患者紹介加算	200

第 4 論点

- 1 認知症に係る入院では、条件が整えば退院可能な患者が多くいるが、適切に介護保険と連携し、認知症にかかるネットワーク (相談・支援体制) の整備を進めて行くために、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P1~3, P9~13)。
- 2 療養病棟においては医療区分や ADL 区分に応じた評価が行われているが、精神療養病棟では、患者の病態像によらず一定の評価となっている。認知症による入院患者については、ADL への濃厚な支援が必要との指摘もあるが、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P8, P16, 17)。
- 3 認知症に係る外来医療について、専門医療機関と地域のかかりつけ医が連携して医療を提供していくため、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P1~3, P14)。

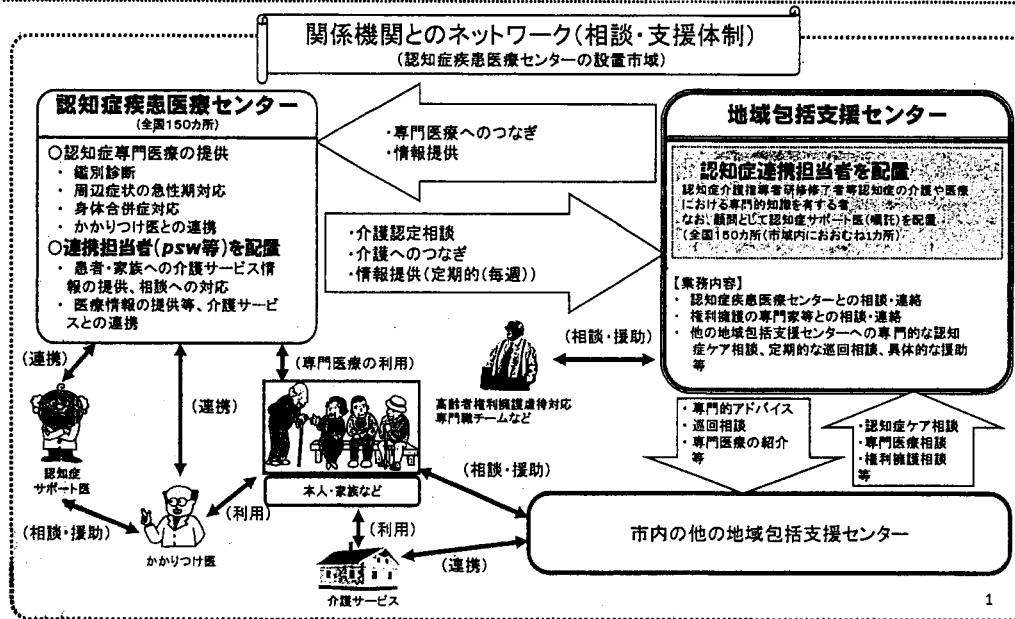
参考資料

認知症

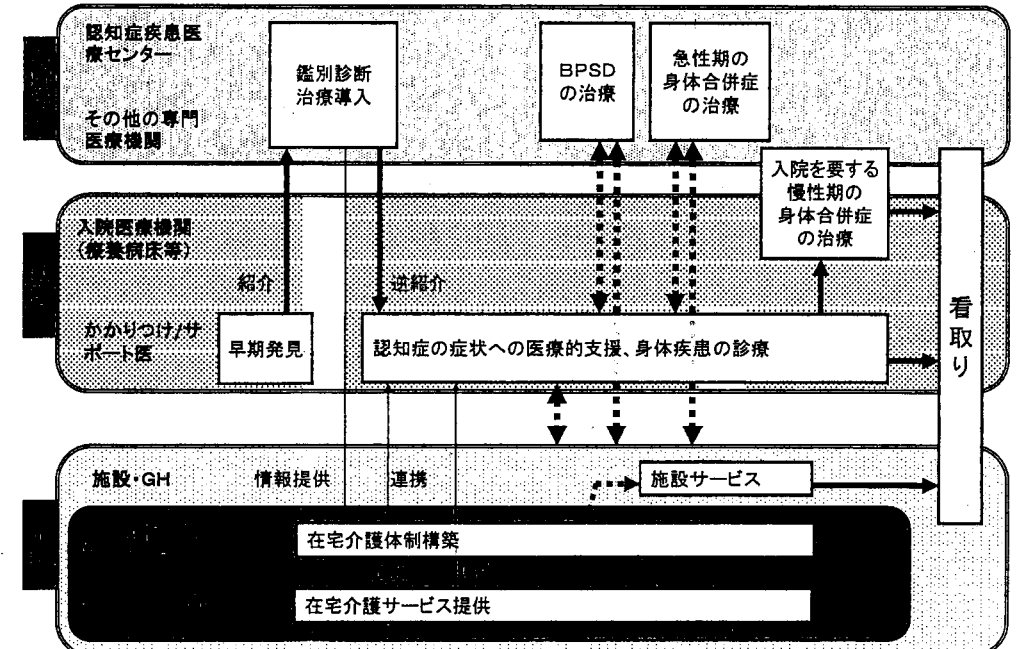


医療から介護への切れ目のないサービスを提供

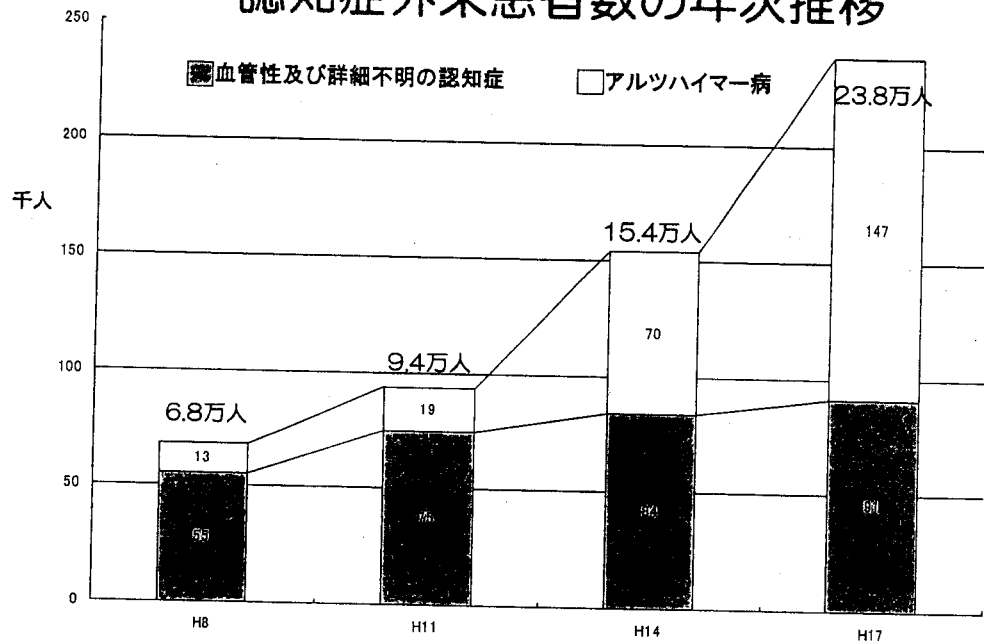
認知症患者医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施



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 4

認知症の中核症状と周辺症状

周辺症状

- 行動障害**
 - 徘徊
 - 失禁
 - 自傷・他害
- 感情障害**
 - うつ
 - 不安
 - 焦燥
- 精神症状**
 - 幻覚
 - 妄想
 - 作話
- 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

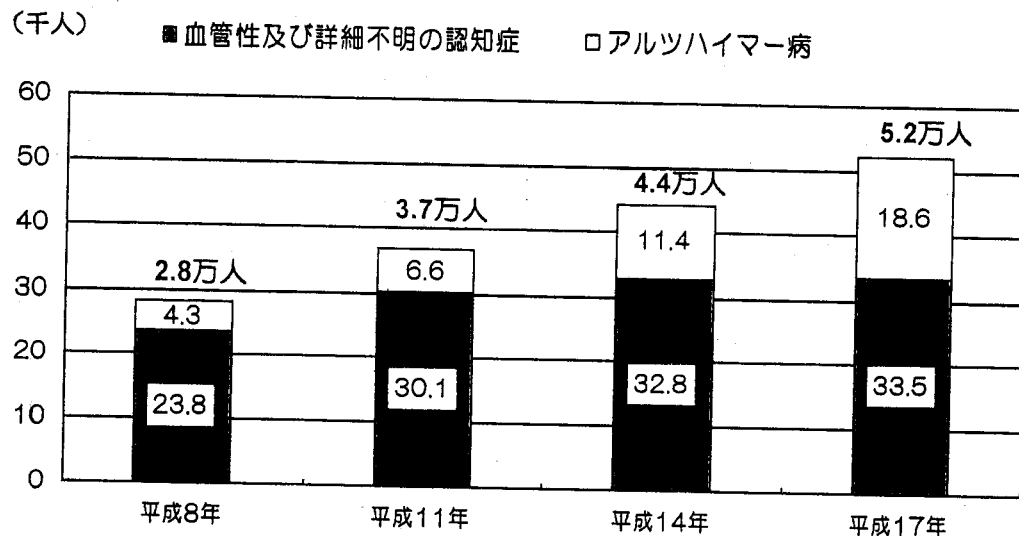
対応

- 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

精神病床における認知症疾患入院患者数の年次推移



【出典】患者調査 5

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

【心理症状】

- 抑うつ
- 不安
- 幻覚
- 妄想
- 睡眠障害

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)

居宅 約49%
(約83万人)

外来 約74%
(約24万人)

介護施設 約32%
(約54万人)

入所 約51%
(約86万人)

医療施設
(医療型療養病床、
一般病床、精神病床
等)
グループホーム
ケアハウス
約13% (約22万人)

介護型医療施設
約7% (約12万人)

精神病床
約16%
(約25万人)

その他の病床
約1%
(約2万人)

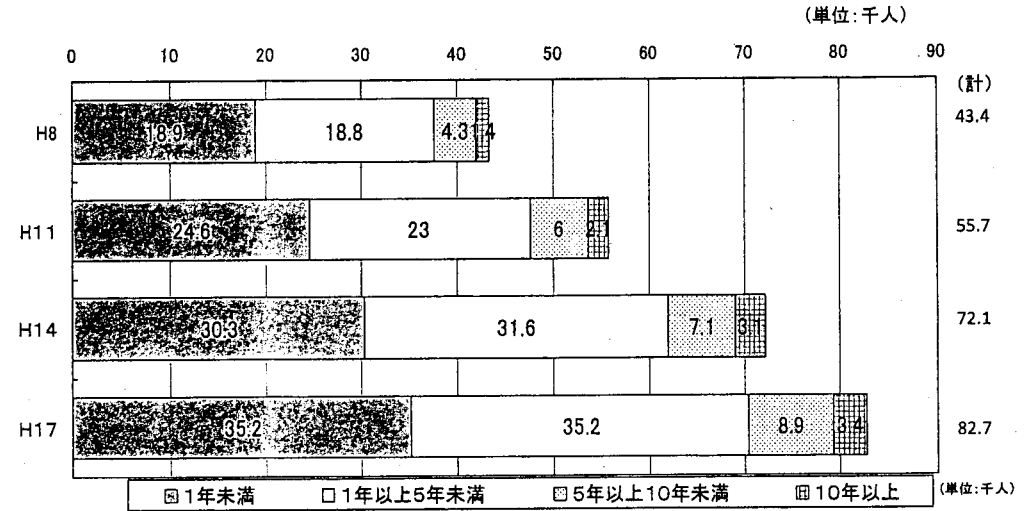
療養型
療養病床
(医療型、
介護型)
約8%
(約12万人)

入院 約26%
(約8万人)

※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。

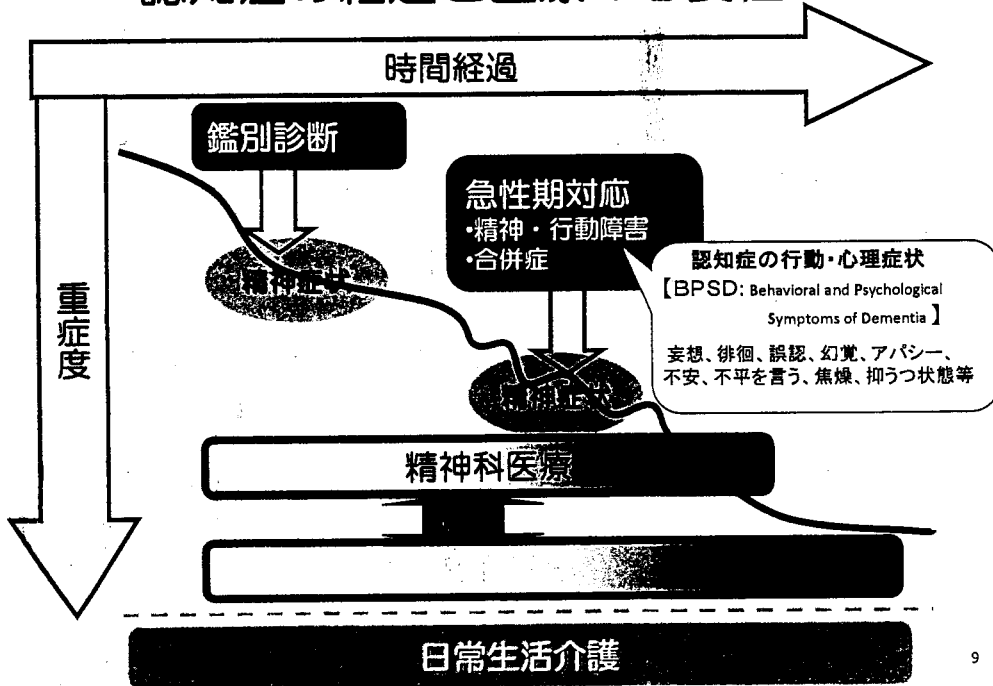
認知症疾患の入院患者の推移(入院期間に着目して)

(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

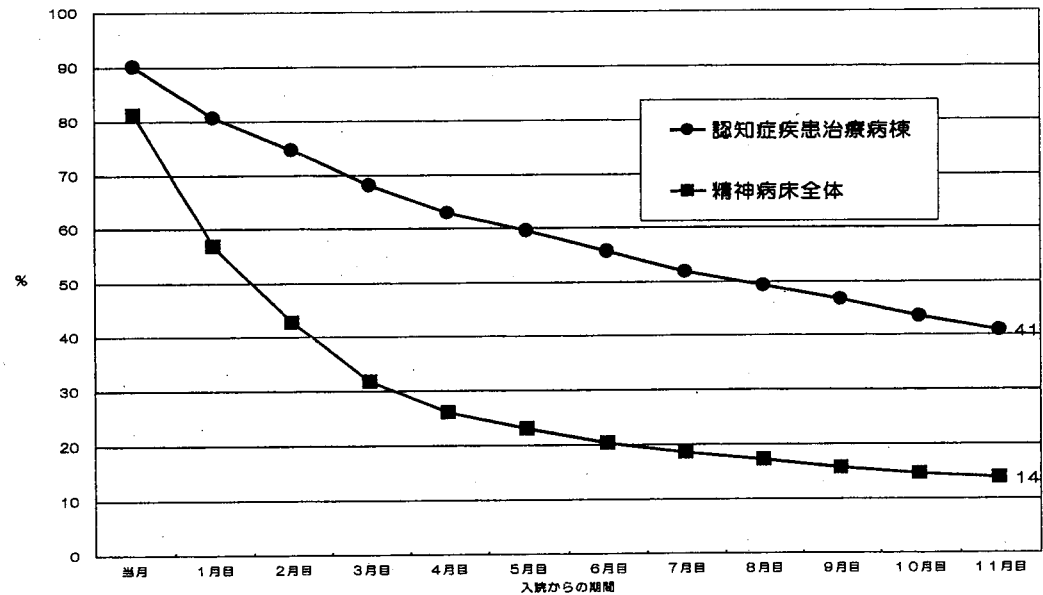


【出典】患者調査

認知症の経過と医療の必要性

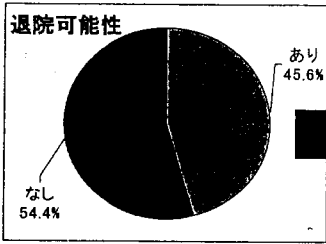


認知症疾患専門病棟入院患者の残存曲線



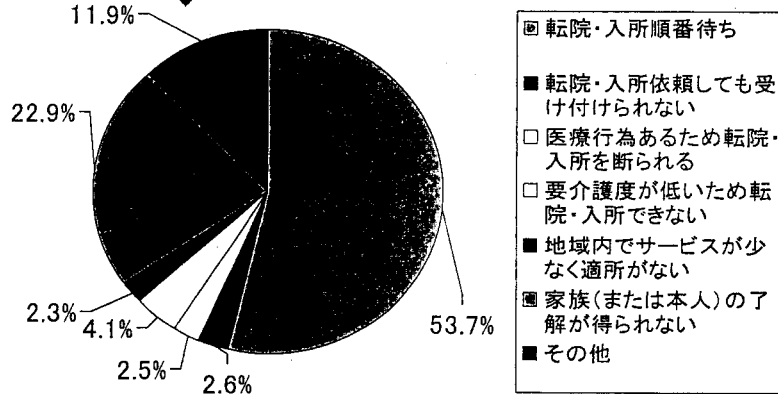
資料:平成16年 精神・障害保健課調

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）

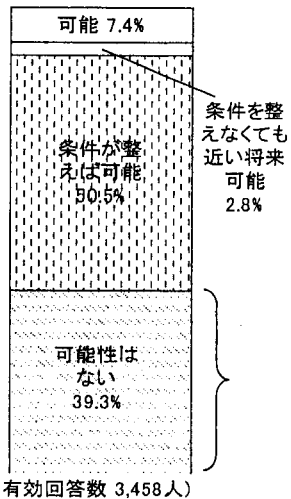
退院可能性ありの患者が退院に結び付かない理由 (n=834)



厚生労働科学特別研究事業「認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究」研究代表者 朝田隆 分担研究者 松原三郎

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



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)

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

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

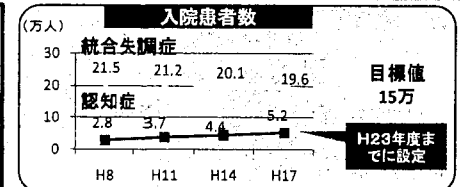
・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※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

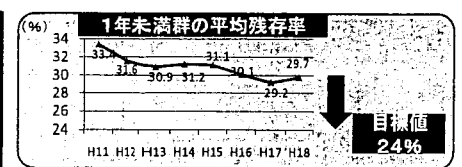
I 新たな目標値

- 統合失調症による入院患者数：16.15万人 (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

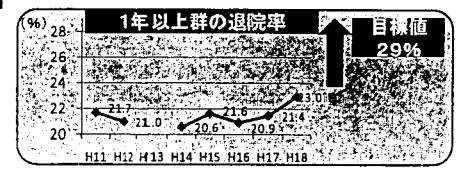


II 改善ビジョンにおける目標値 (H19年度以降)

- ◆ 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)：28%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的に支援し促進策を具体化
- 個々の患者(家族)等に対する認知症の認知の向上に関する目標を設定 (例：認知症対応型老人共同生活施設、精神科訪問看護の整備等)
- 普及啓発活動に関する目標についても別表を設定

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

16

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

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

17