

# 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)

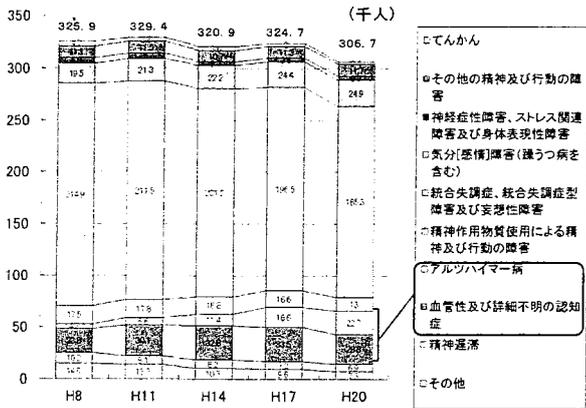
# 精神病床における認知症入院患者の状況について

1

# 精神病床の状況について

2

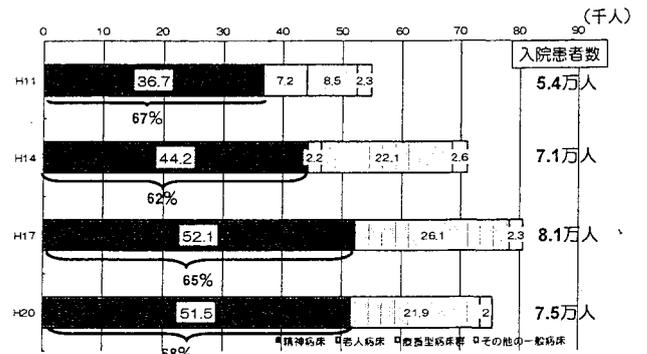
## 精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

3

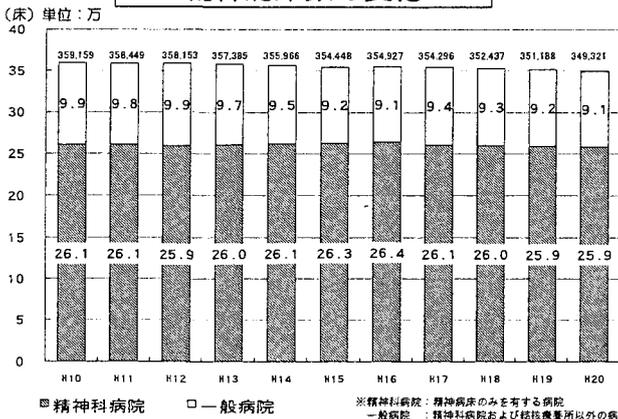
## 認知症を主病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



資料：患者調査 ※一般診療所を除く

4

## 精神病床数の変化

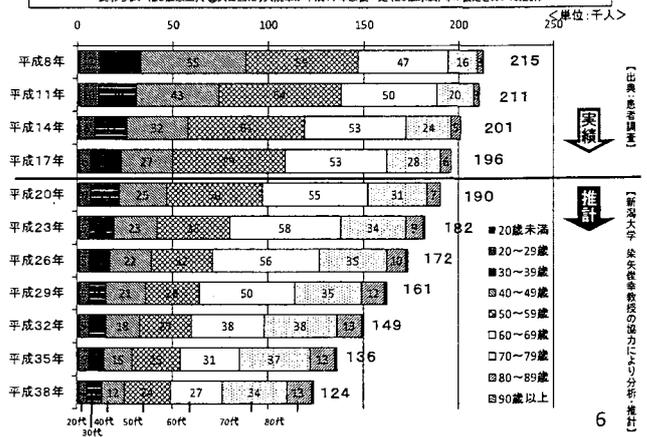


資料：医療施設調査 (毎年10月1日時点)

5

## 精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

①最寄調査による平成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将来のn歳の者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



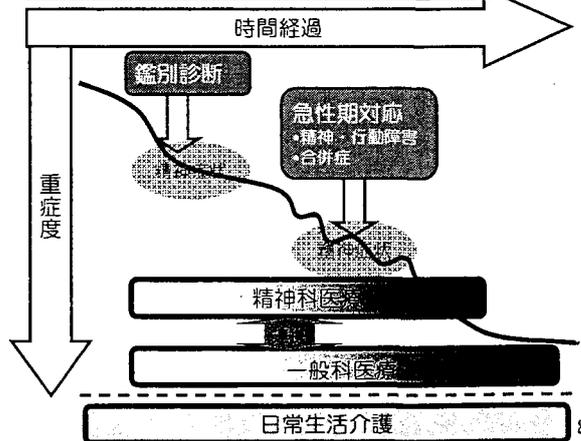
〔出典：患者調査〕  
〔推計：新潟大学 医学部精神科の協力により分析推計〕

6

## 認知症患者の状況について

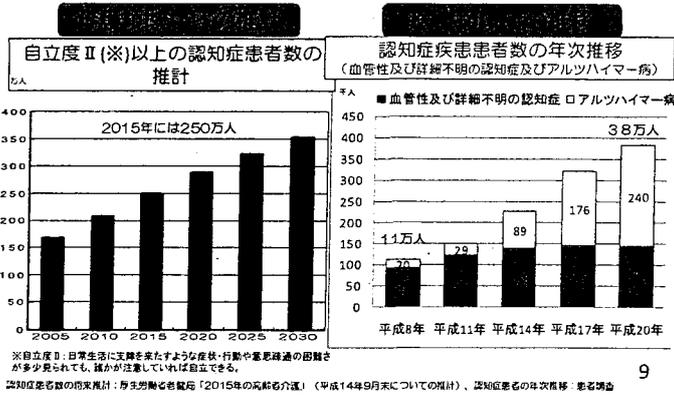
7

## 認知症の経過と医療の必要性

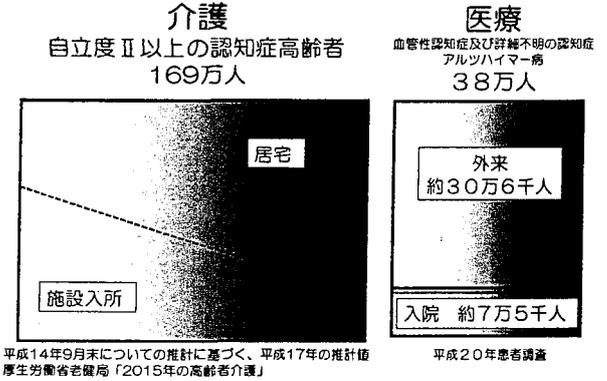


8

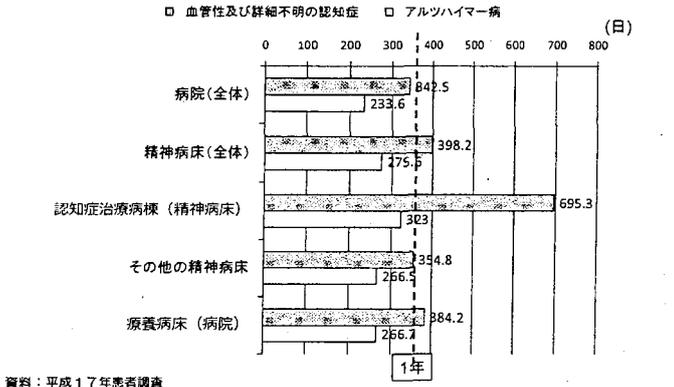
# 高齢者の増加と認知症患者



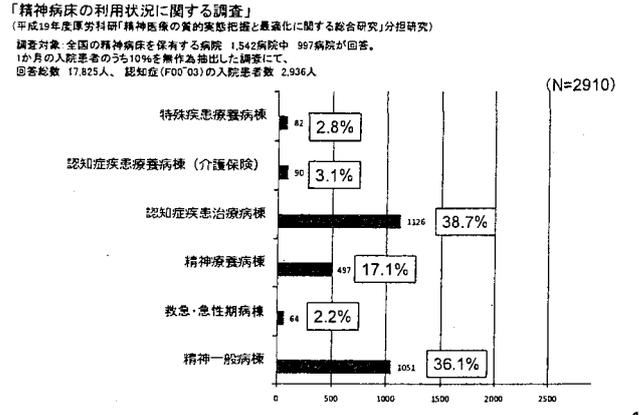
# 認知症患者の所在



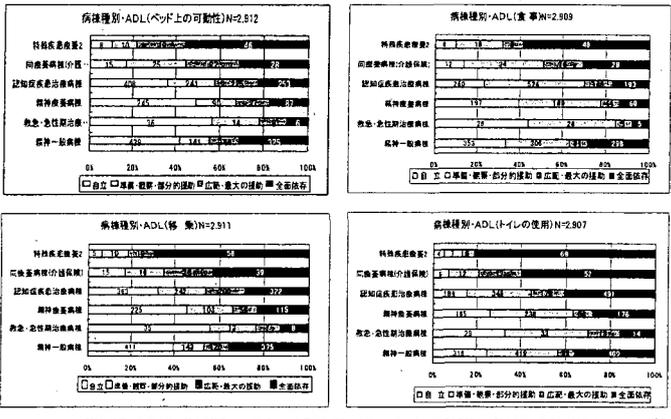
# 病床種類別の認知症入院患者の平均在院日数



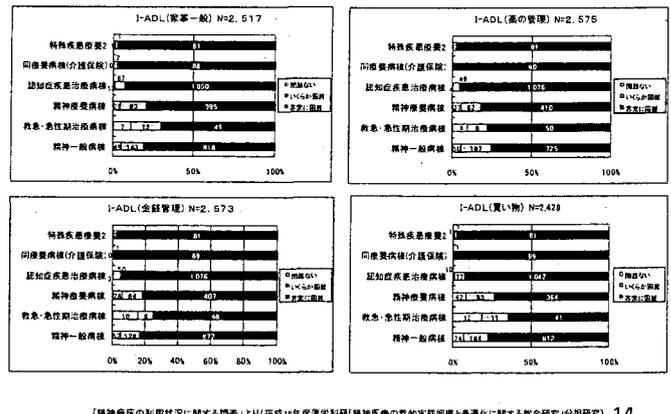
# 精神病床の認知症入院患者(病棟種類別)



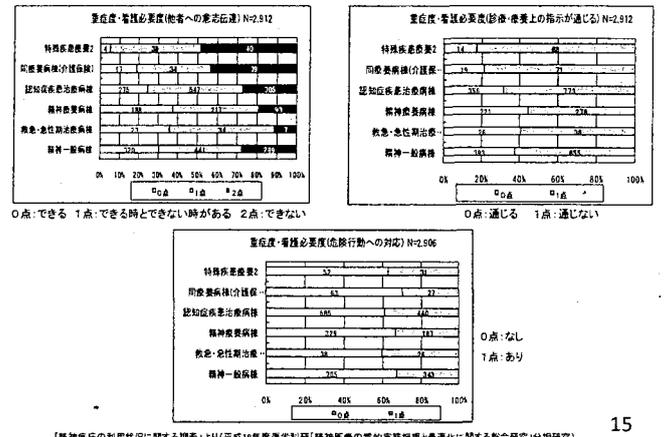
# 精神病床の認知症入院患者のADL



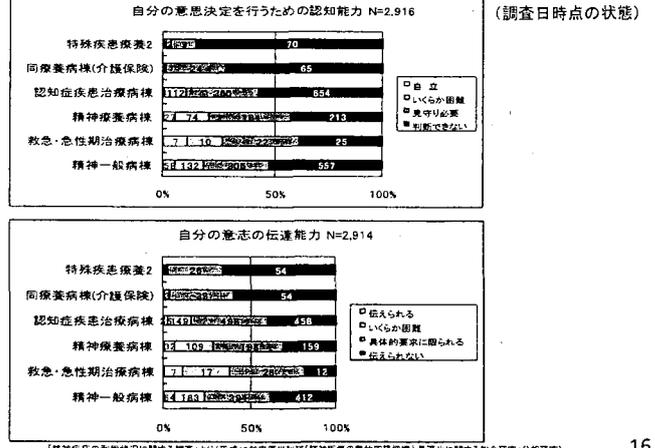
# 精神病床の認知症入院患者のI-ADL



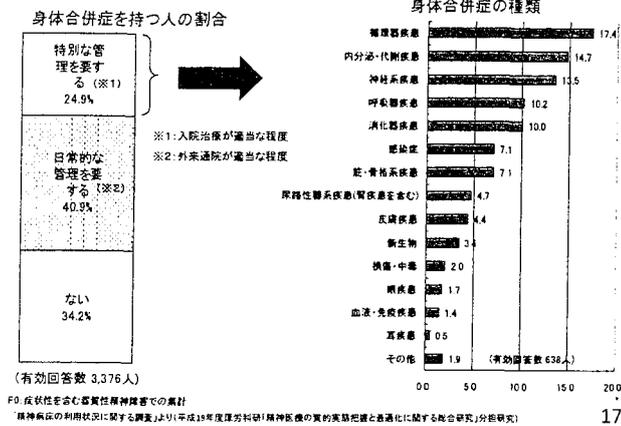
# 精神病床の認知症入院患者の重症度・看護必要度



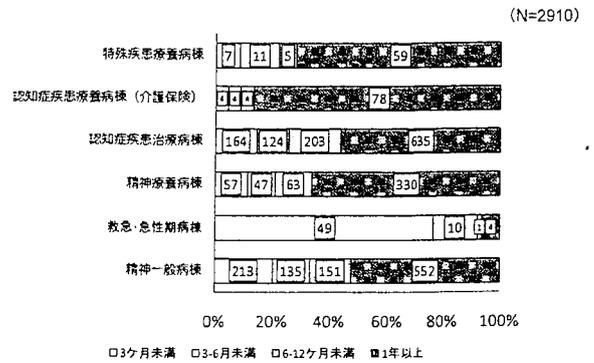
# 精神病床の認知症入院患者の認知能力・伝達能力



精神病床の認知症入院患者における身体合併症の状況

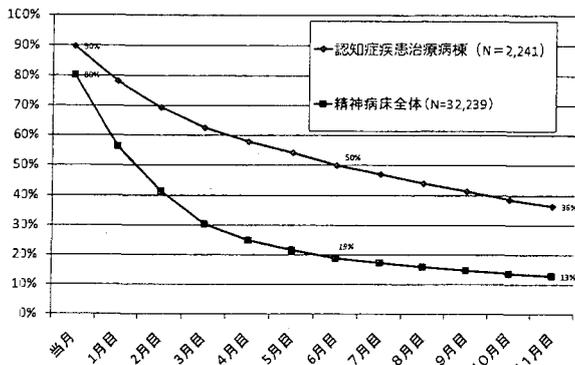


精神病床の認知症患者の在院期間の状況



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成15年度厚生労働省「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分相研究)

認知症疾患治療病棟入院患者の残存曲線



資料:平成19年 精神・障害保健課調

認知症の医療の状況について

精神病床の現状

平成21年7月1日現在の届出状況より

<b>特定入院料 (153,845+α床)</b> 精神科救急入院料 (64医療機関 3,247床) 精神科救急・合併症入院料 (3医療機関 124床) 精神科急性期治療病棟入院料 (26医療機関 19,042床) 認知症病棟入院料 (450医療機関 31,280床) 老人性認知症ケア連携病棟 (介護保険) (507床)	<b>精神病棟入院基本料 (184,873床)</b> <H22より、13:1を新設> 15:1 (1078医療機関 141,800床*) 18:1 (126医療機関 22,242床*) 20:1 (69医療機関 5,741床*) 特別入院基本料 (50医療機関 7,662床*)	<b>特定機能病院 入院基本料 (189,845床)</b> 7:1 (46医療機関 309床*) 10:1 (46医療機関 139床*) 15:1 (65医療機関 2,938床*)
--	---	--

小児入院医療管理科4 (病棟数不明)  
特殊疾患病棟入院料2 (5,459床)

児童・思春期精神科入院医療管理科 (20医療機関 400床) <入院料に加工>

注:破綻は精神病床以外を含む

\* 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在の合計(合計は-数しない)  
\*\* 介護サービス施設・事業所調査(10/25/10)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

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
精神科救急入院基本料	看護 7:1 (特定機能病院のみ) 看護 10:1 看護 13:1 看護 15:1 看護 18:1 看護 20:1 看護 25:1	-特記なし	病棟の平均床稼働率40%以上 老人性認知症等の5割以上がGAF30以下 病棟の平均床稼働率50%以上がGAF30以下 病棟の平均床稼働率80%以上 老人性認知症等の4割以上がGAF30以下又は併存疾患患者 合併症患者への治療体制を確保	-初期加算 485点 (-14日) 250点 (15-30日) 125点 (31-60日) 10点 (61-180日) 3点 (181日~1年)	1,311点 1,240点 920点 800点 712点 658点 550点
精神療養病棟入院料	看護 30:1 (看護補助者を合わせて15人以上) OT又は保健師等1人	-病室8㎡以上 看護単位60区以下 11歳定年以下	病棟にPSWまたは臨床心理士等常勤 病棟にOT等常勤は生活支援体制を確保	-長期入院を要する患者を有する患者	1,050点 (GAFスコア41以上) 1,090点 (GAFスコア40以下)
認知症治療病棟入院料1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専任作業療法士1人	-病室14㎡以上 看護単位50区以上 11歳定年未満 生活支援体制を確保	-病棟にPSWまたは臨床心理士等常勤	-集中的な治療を要する認知症患者	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又は保健師等1人	-病室14㎡以上 看護単位50区以上 11歳定年未満 生活支援体制を確保			1,070点 (-60日) 970点 (61日~)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

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
精神科救急入院料1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	-病室数・病室が半室以上 CT等の検査が速やかに実施できる体制 -看護単位60区以下	-特別診療の件数 -特急・緊急措置・応急入院の件数 -新規入院患者の4割以上が9月以内に在宅移行	-特急・緊急措置入院患者 -3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者	3,451点 (-30日) 3,033点 (31日~)
精神科救急入院料2	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	-合併症ユニットが2割以上 病室数・病室又は合併症ユニットが半室以上 救急処置装置、呼吸器管理装置等 CT等の検査が速やかに実施できる体制 -看護単位60区以下	-特別診療の件数 -特急・緊急措置・応急入院の件数 -新規入院患者の4割以上が9月以内に在宅移行	-特急・緊急措置入院患者 -3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者 -身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,451点 (-30日) 3,003点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理士1人 病棟常勤1人	-病室を有する -看護単位60区以下	-新規入院患者の4割以上が9月以内に在宅移行	-3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者 -特急入院患者の急診措置	1,920点 (-30日) 1,600点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2	看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理士1人 看護補助者 1人				1,820点 (-30日) 1,500点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算 (7日単位に加工)	精神科を連携 病棟に専任の医師又は特別の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症治療病棟入院料 精神療養病棟入院料(10:1, 13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神科病棟) を算定する患者		350点

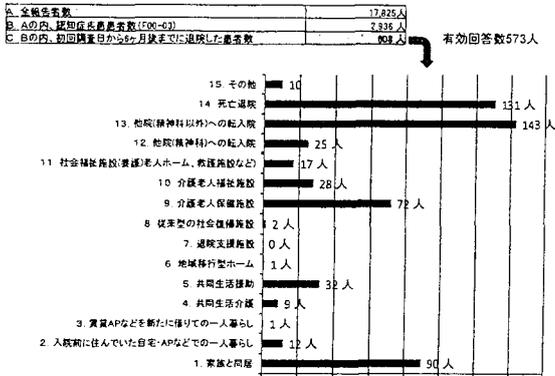
精神科病棟種類別の包括されている診療内容

診療内容	入院基本料等加算										特別診療料										
	非空室	精神科地域移行実施	精神科身体合併症管理	臨床研究	重症アルツハイマー病	臨床研修病棟入院診療	地域連携	精神科看護入院診療	看護安全対策	医療安全管理	看護安全管理	精神科認知症ケア	精神科認知症ケア	医学管理	在宅医療	在宅医療	在宅医療	在宅医療	在宅医療	在宅医療	
精神科救急入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科救急・合併症入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科急性期治療病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神療養病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
認知症治療病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○:包括 □:別算定可能



### 精神科病から退院した認知症患者の退院後の行き先



「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労省「精神科医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究) 33

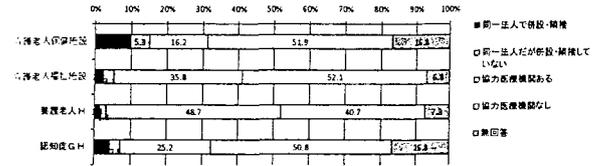
### 平成21年度高齢精神障害者の実態調査(概要)

○平成22年1月22日現在の状況について行った調査。

○調査対象施設および有効回答率

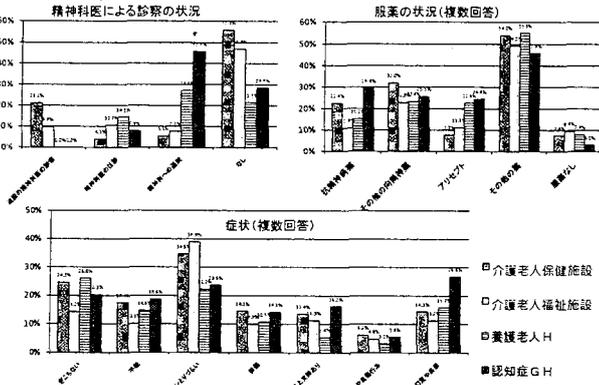
- 以下の各施設について、事業者団体に加盟する全ての施設を対象として調査した。
- 介護老人保健施設 (有効回答数 1229施設 有効回答率 36.6%)
  - 介護老人福祉施設 (有効回答数 1780施設 有効回答率 41.4%)
  - 養護老人ホーム (有効回答数 437施設 有効回答率 55.3%)
  - 認知症高齢者グループホーム (有効回答数 817施設 有効回答率 47.5%)

### ●精神科の併設・協力医療機関の状況



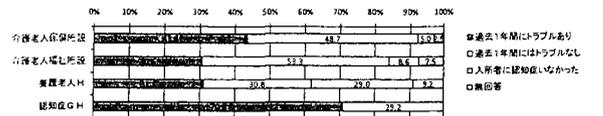
### 精神科病院からの退院後(直後又は6ヶ月以内)に入所した認知症患者の状況

【精神科病院からの退院後に入所した認知症患者に占める割合】

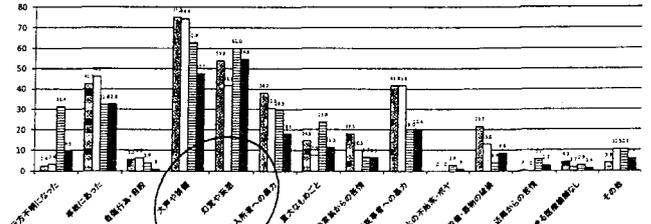


平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

### 精神科病院からの認知症の退院患者の過去1年間のトラブル

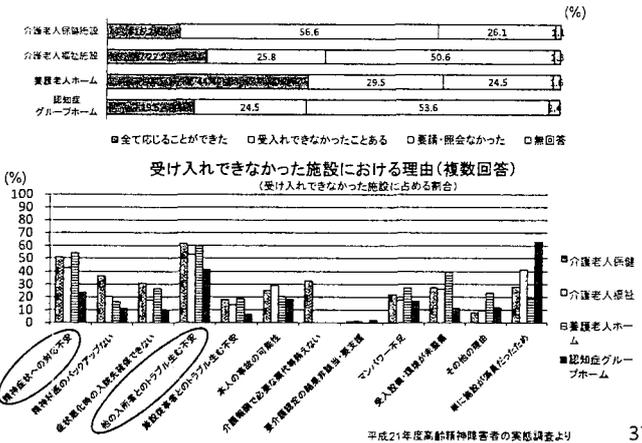


### ↓トラブルの内容 (トラブルのあった施設に占める割合)



平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

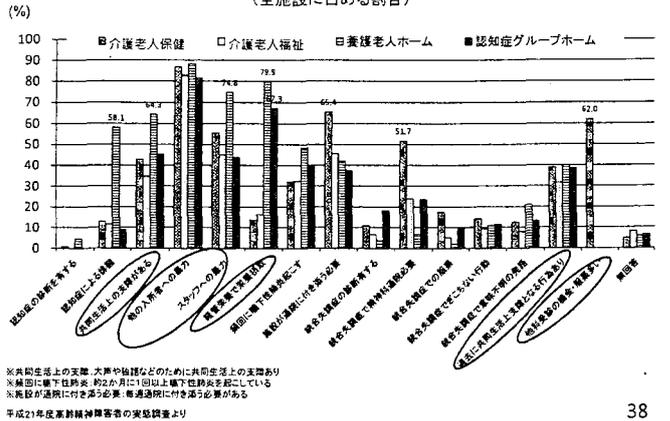
### 精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)



平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

### 施設への受け入れが難しい対象者像(複数回答)

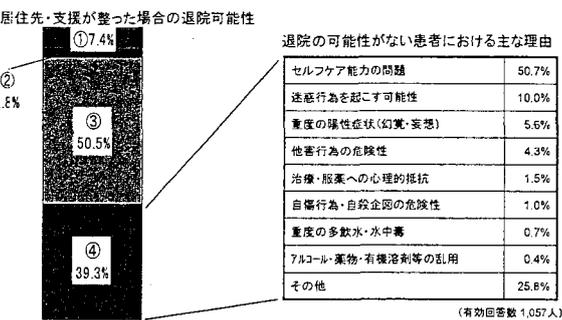
(全施設に占める割合)



※共同生活上の支障、大声や騒音などのために共同生活上の支障あり  
 ※集団に悪影響を及ぼす恐れ、約2か月に1回以上悪影響を及ぼしている  
 ※施設が退院に引きあわせる必要、転居退院に引きあわせる必要がある

平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

### 認知症による精神科入院患者の退院可能性と理由



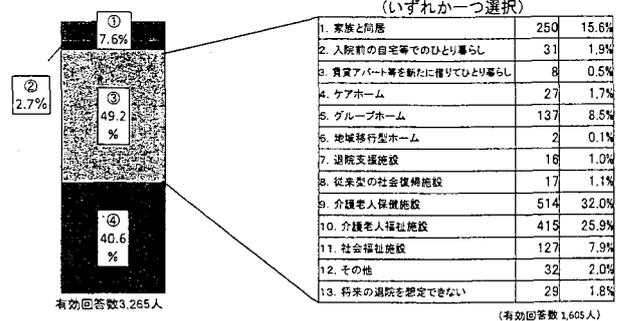
- (有効回答数 3,459人)
- 現在の状況でも、居住先・支援が整えば退院が可能
  - 状態の改善が望まれるので、居住先・支援などが新たに用意されても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
  - 状態の改善が望まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
  - 状態の改善が望まれます、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労省「精神科医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

### 認知症による精神科入院患者の適切な居住の場

居住先・支援が整った場合の退院可能性

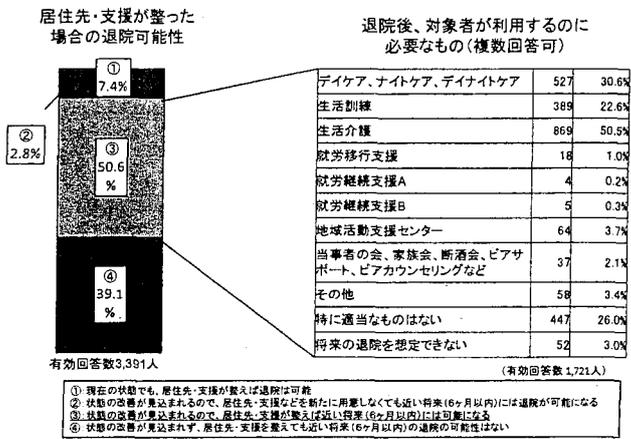
退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」(いずれか一つ選択)



- (有効回答数 3,265人)
- 現在の状況でも、居住先・支援が整えば退院が可能
  - 状態の改善が望まれるので、居住先・支援などが新たに用意されても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
  - 状態の改善が望まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
  - 状態の改善が望まれます、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

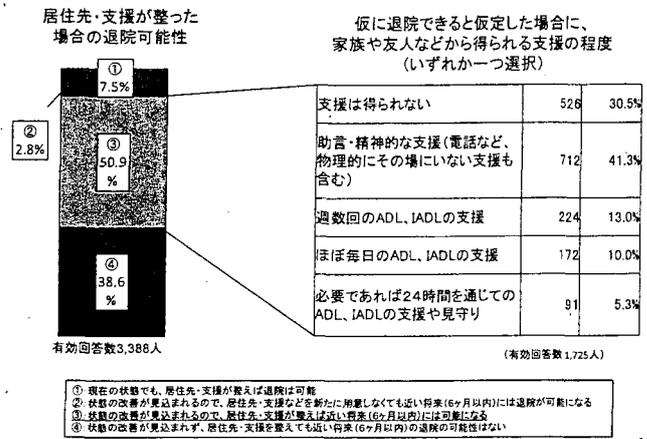
「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労省「精神科医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

# 認知症による精神病床入院患者の退院後の日中の活動



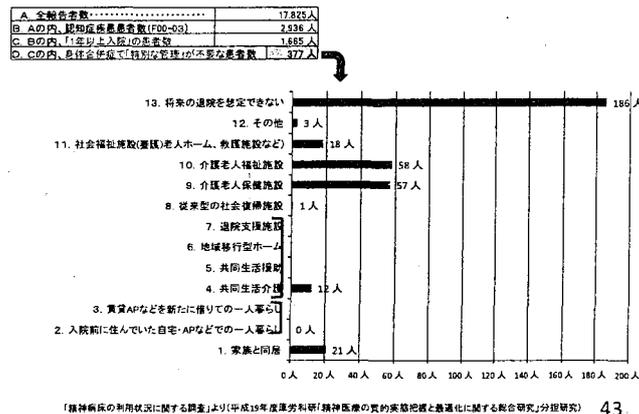
「精神病床の利用状況に関する調査」より平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分研究

# 退院できると仮定した場合の家族等からの支援



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

# 退院できると仮定した場合の適当な「居住の場」



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

# 介護保険サービスの概要

	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等	老人保健施設	介護療養型医療施設	特定施設(高齢老人ホーム、ケアハウス等)	認知症高齢者グループホーム
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	要介護者が在宅生活を自給するリハビリテーション施設	要介護・要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者も宅的な高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活施設
交付	一部の医学管理 - 検査、投薬、注射 - 看護、手洗	一部の検査、投薬、注射 一部の看護、手洗	一部の検査、投薬、注射 一部の看護、手洗	- 一部の検査、投薬、注射 一部の看護、手洗	- 検査、投薬、注射 - 看護、手洗
医師	必置数	100:1 (変動以上)	100:1 (変動以上)	3人以上 (48:1以上)	-
看護職員	必置数	31~39:1以上 51~101:2以上 131以上:3+50:1	3:1で看護-介護職員を配置(7分の6の看護を看護)	6:1以上	50:1 (13:1)
介護職員	看護-介護職員を3:1以上で配置(7分の6の看護を看護)	看護-介護職員を3:1以上で配置(7分の6の看護を看護)	看護-介護職員を3:1以上で配置(7分の6の看護を看護)	6:1以上	看護-介護職員を3:1以上で配置(1以上)
施設数	6,015	3,500	2,232	2,617	6,292
定員数	427,703	219,032	99,209	97,645 (32,2)	121,969 (32,2)

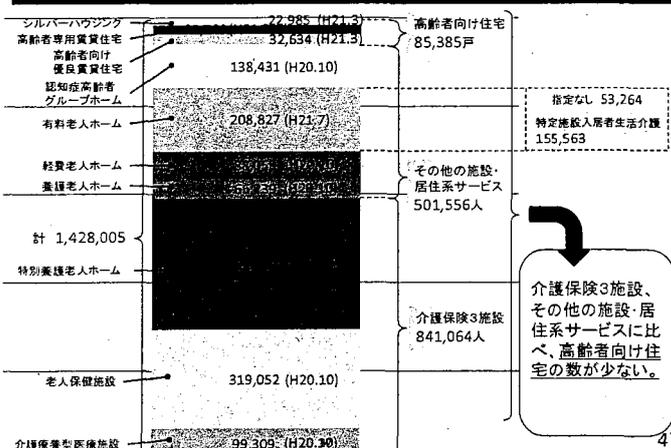
(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。  
 (注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。  
 (資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。  
 (第27回社会保険審議会介護保険部会資料(一部抜粋))

# 介護サービスの種類

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	介護給付を行うサービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>③ 地域密着型介護予防サービス                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>○地域密着型特定居宅介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護</li> </ul> </li> <li>④ 地域密着型介護予防サービス                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> </ul> </li> <li>⑤ 介護予防支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑥ 居宅サービス                     <ul style="list-style-type: none"> <li>【訪問サービス】                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○福祉サービス用具貸与</li> </ul> </li> <li>⑦ 施設サービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> </ul> </li> <li>⑧ 施設介護支援</li> </ul> </li> <li>⑨ 施設サービス                     <ul style="list-style-type: none"> <li>【通所サービス】                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○通所介護(デイサービス)</li> <li>○通所リハビリテーション</li> </ul> </li> <li>【短期入所サービス】                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○短期入所生活介護(9~18時)</li> <li>○短期入所療養介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付を行うサービス</li> <li>予防給付を行うサービス</li> </ul>

「第27回社会保険審議会介護保険部会資料(一部抜粋)」

# 高齢者向けの住宅と施設のストックの現状

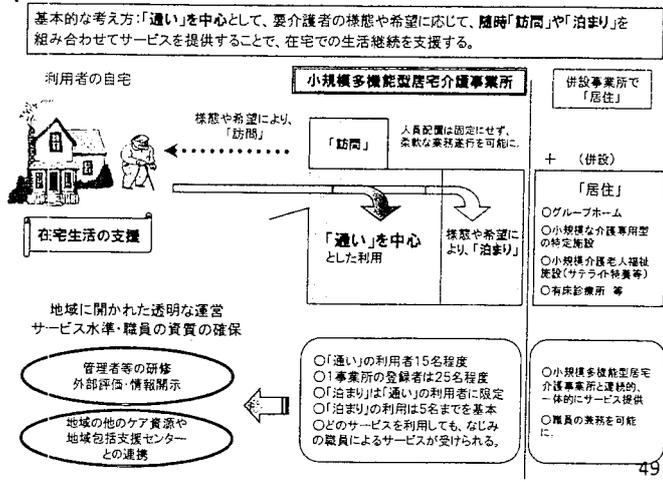


「第27回社会保険審議会介護保険部会資料」

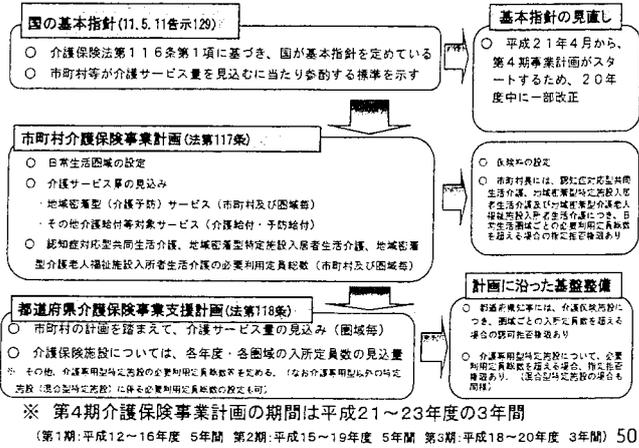
# 有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の比較

	有料老人ホーム	高齢者専用賃貸住宅
法律	老人福祉法	高齢者居住安定確保法施行規則
定義	高齢者を居させ、食事の提供、介護の提供、洗濯掃除等の家事、健康管理の一環として必要なサービスを提供しているもの	一定基準を満たし事業計画等申請を登録されたもののみならず、高齢者の単身・夫婦世帯を賃貸するに要する賃貸住宅について、住宅の戸数・構造や提供されるサービスに関する事項を明示(情報開示)を行うもの
区分要件	居住するサービス内容に応じて設置 (一) 炊事室(給湯)又は浴室(設置面積13㎡以上) (二) 洗面室、脱衣室(又は浴室)・トイレ・洗面所・専任室 (三) 居室(又は応接室)・食室・浴室・脱衣室・洗面所・専任室 (四) 居室・洗面室・脱衣室・専任室・食室・生かき・トイレ 等(面積) 1. 4㎡(中層下1.8㎡) 2. 全ての介護居室(堂上18㎡以上)で、居室内に厕所及び洗濯機が設置されている場合 3. 1.8㎡(中層下2.7㎡) ※ 以上のいずれの場合も	各戸の専有面積が原則として20㎡以上であること (但し、専有面積が原則として10㎡以上かつ十分な施設を有する場合には、10㎡以上)とされていること ※ 高齢者居住安定確保法施行規則に定める場合は、当該高齢者居住安定確保法施行規則に定めるものとすることができる。
人員基準	入居者の数及び提供するサービスの内容に応じて適切な 介護職員・看護職員・福祉研修員・栄養士・生活相談員 施設長・専任員・職員	なし
一時金、新築費等	一時金の算定根拠の明示及び保証金の義務化 (500万円が超過保証金のいずれか低い方の金額)	保証金等の算定根拠の明示及び保証金の義務化 (500万円が超過保証金のいずれか低い方の金額)
契約形態	利用開始方式 賃貸借方式	賃貸借方式
行政監督	都道府県知事(福祉部等)への届出 報告徴収、立入検査、改善命令	都道府県知事(住宅部等)への届出 報告徴収、指示、改善命令
所管官庁	厚生労働省	国土交通省
定員(戸)数	208,827人(H21.7)	29,766戸(H21.3)

「第27回社会保険審議会介護保険部会資料」



介護保険事業（支援）計画について



介護保険部会検討スケジュール案

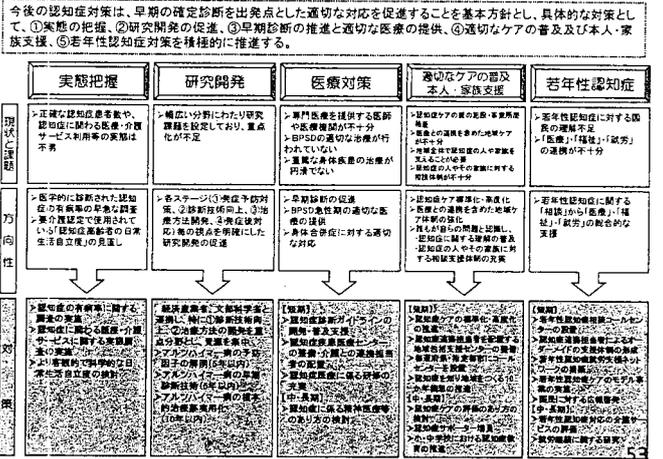
(第27回社会保障審議会介護保険部会資料より抜粋)

介護保険部会	検討事項	主な検討の視点	備考
第28回 (7月30日)	〇概括のあり方(施設、在宅) ①今後の介護保険施設の機能や在り方 ②在宅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 介護保険の整備方針について ①今後の介護保険施設の機能や在り方 在宅・施設サービスを利用するようすすめること。現在進められている施設整備に加えて、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。 ②介護保険施設の整備、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し、自治体において地域の実情に応じてどのようにしていくべきか。 ③特に、高齢者の住まいについては、国際的に比べて不足している現状を踏まえ、どのように供給していくか。 ④施設入所者が重化し、施設ニーズが高まる一方、補給を受けられる施設が不足している現状の中で、今後、施設入所者確保のようにより考える。 (中略) 【施設型の在り方について】 ①介護の要する程度、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支援機能が十分に果たされていないのではないか。 ②運行制度では、介護保険施設型によって、医療サービスが限定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入所者の状態等の変化に合わせて、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。 ③現在の施設型について、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	(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。 〇認知症に対するサービス提供のあり方 - 認知症に対するサービスの充実 - 認知症の日常生活における支援の強化 - 認知症の介護(介護職員の確保) - 精神科医に比べて認知症に対する認知症への対応 (中略)	

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 岩坪 威
  - 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 英徳
  - 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、障害者福祉部長、老健局長 [事務局長]

今後の認知症対策の全体像



「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

1 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、早期発見がまず重要である。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、迅速に早期診断を行い、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、認知症に関する知識が十分でないという現状がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れが進行してしまう事例や、認知症とうつ病や精神疾患や薬剤性せん妄との鑑別が困難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、介護負担の大きな患者、診察中のBPSDの改善の治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重要な身体疾患に対する治療が滞り治療の遅れや悪化を招いている事例も生じている。

(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・医療機関への紹介により、早期の確定診断から治療・介護方針の決定、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の改善の適切な治療の機会を確保すること。
- 〇がん、循環器疾患、大腸憩室炎等の重要な身体疾患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機能を強化する。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確保する。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接な連携による早期診断等の基礎疾患を含めた医師の連携、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) 知的障害

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チーム、看護課等のコメディカル等による認知症への対応力を向上させること、日本中で確立した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。

- ・ 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)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部会
    - 天本 弘 医療法人天益舎理事長
    - 金井 利之 東京大学大学院法政学研究所教授
    - 桜井 敏子 学習院大学法学部教授
    - 高橋 謙士 立教大学教授
    - 田中 道(座長) 慶應義塾大学大学院教授
    - 本間 昭 社会福祉法人浴園会認知症介護研究・研修東京センター長
    - 岩島 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部会
  - 池田 省三 龍谷大学教授
  - 岩村 正彦 東京大学大学院法政学研究所教授
  - 渡辺 信子 東京都立保健福祉大学教授
  - 熊井 孝子 国立保健医療福祉サービス部マネジメント室長
  - 藤井 實一郎 日本社会事業大学准教授
  - 堀田 麗子 東京大学社会科学部研究科准教授
  - 前田 雅英(座長) 首都大学東京法科大学院教授

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿  
上記1で提示した地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年を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)を概くと、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(日常生活圏域)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日を通じて利用しながら、病院等に転送せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。
  - (中略)
  - (医療との連携)
    - (参考)1.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て早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる。BPSDの発現も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、早期で改善する。自覚的異常等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善試みややかに退院する。したがって、重症施設への長期入院のリスクは軽減されている。身体合併症に対しては一般病院における認知症への対応能力が向上しており、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→重症化して退所→特別養護老人ホーム等)に入所を余儀なくされていたが、重症化においても受け入れることができる体制を整備された施設の増加に対応して必要かつ適切なケアを効果的に組み合わせてサービスが提供される。すなわち、「住まい」が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。

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等に関する検討会 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 入院医療の現状
    - 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IADL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、①の機能は、②のうち顕著なBPSDの急性期に対する医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と認められる。
      - また、③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) いわゆる総合診療科、認知症疾患センター等の専門医療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を行い、
      - (4) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心とした役割を担う
    - 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、認知症を主とする精神科においては、専門的な医療機能を発揮する上で、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないのが現状である。
    - 一方、認知症を主とする精神科病院に入院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等の症状の消滅等も、退院後の確保体制やセルフケア能力の支援のため、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。
    - このように、医学的に精神科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る。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・支援の実施や、介護との連携を図るため、認知症疾患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。

5. 改革の目標値について

- (1) 今後の目標値に関する考え方
  - その認識の下で、以下のとおり、長期的目標についても、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はじめて、施策の体系や、患者数(病種、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年度までのものに現行行われている活動型等の施策を早急に進め、その結果等に基づき、精神科(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所施設のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の更なる確保と介護サービス提供の確保のあり方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か年の重点施策等)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)
    - 平成23年度までに具体化する。

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
  - 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、いずれも量的な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整備目標等を設定するうえ、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連携の促進による効果的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供を進めるべきではないか。
        - 認知症を主病として重症施設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患者の退院後の受け皿の整備と、医療費の確保を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支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果的で具体的な活用を考えると、具体化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や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握が十分でないところはないか。また、介護サービス高度化を前提とした在宅生活を支援するための体制が十分整備されていないのではないかと指摘がある。今後、介護サービスを高齢者ケア、認知症専門ケア(グループホーム)及びグループホーム等の整備を促進すべきではないか。

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部会における提言
  - ① 地域包括ケアを支えるサービスの在り方
    - h) 認知症支援
      - 効果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、より精度に認知症を発見するための指標を開発するとともに、早期発見のメトリックや病院受診の基準など、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・支援などを継続的に実施する上で、地域ケアパス(原因疾患・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、これを区域別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、認知症医療の中心となる「認知症疾患医療センター」の2次医療圏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設置などにより認知症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与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医療が提供されるよう、一般病棟における医療従事者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礎整備も進める。
      - 限定的な認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の医療施設でなければ精神的負担に長期入院、入院が定着しない状況に陥っており、重症の認知症を有する者の適切な受け入れ体制の在り方について、見直しを検討すべきである。
      - BPSDを生じて入院した後、要介護状態となったまま自宅に戻る人が増加している場合、少規模な介護サービス等を活用し、適切な受け入れ機能によって地域に受け入れ、地域に合わせた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成功例を収集して広く関係者に提供していくことが重要である。
      - 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既存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。

◎ 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する割合が高いが、療養医療を有する医療機関や介護老人保健施設(介護療養型を含む。)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の指摘がある。

- (3) 改革の長所等
- ① 入院医療の再構築
  - 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年度までのものとして現行行われている、認知症の有病率や認知症に關する認知度の増加等に関する調査を早急に進めるべきである。
    - その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者に対する認知症地域・生活の場を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、精神科(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を明確化すべきである。
    - 入院が必要な認知症の患者数を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を持つ患者数に対応できるよう、認知症疾患医療センターの機能の拡充・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 認知症病棟等の体制の充実
    - ② 身体合併症に対応する機能の確保
  - 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態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も、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確保を確保して生活の場を確保し適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び介護サービス等の機能の充実について検討すべきである。
  - なお、生活の場を確保する観点からは、今後の認知症高齢者の増加に対応できる体制を確保する観点から、既存の施設にも必要機能を確保し、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、精神科病棟では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。
  - 認知症を有する者については、療養病棟や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られるが、認知症を有する身体合併症の割合が高いと、患者の状態が変動することを踏まえ、精神科の面で入院が必要な認知症高齢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の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における専門医と、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。