

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11回)  
議 事 次 第

1. 日時 平成22年11月4日(木) 18:00~20:00
2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階
3. 議事
  - (1) 認知症と精神科医療について
  - (2) 意見交換

第11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 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 精神病床における認知症入院患者に関する調査の概要

資料2 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について

資料3 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」に関する論点（案）

参考資料 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に関する調査の概要

## 1 目的

精神科病院における認知症入院患者に対する医療の状況、患者の状態等について、既存の調査では把握されていない点について詳細に把握し、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における検討資料とする。

## 2 調査対象

## (1) 対象病院

対象病院は、地域性を考慮しつつ協力を得られた、北海道、山形県、東京都、岐阜県、愛知県、兵庫県、香川県、佐賀県、鹿児島県から、認知症患者を比較的多く受け入れている病院、計9病院を対象とした。

## (2) 対象病棟

対象病棟は、診療報酬及び介護報酬上の区分により、認知症治療病棟入院料の届出病棟がある場合は当該病棟とし、認知症治療病棟入院料の届出病棟がない場合は、その他の認知症患者が入院している病棟を対象とした。病棟種類別の内訳は、認知症治療病棟入院料1（6病棟）、認知症治療病棟入院料2（1病棟）、精神病棟入院基本料（1病棟）、精神療養病棟入院料（1病棟）、老人性認知症疾患療養病棟（1病棟）、計10病棟である。

## (3) 対象患者

対象患者は、認知症治療病棟入院料の届出病棟については診療録において認知症を主傷病とする全患者、それ以外の病棟については診療録において認知症が主傷病又は副傷病に含まれている全患者とし、計454人についての回答を得た。

## 3 調査方法

(1) 調査期間 平成22年9月27日～10月4日

(2) 調査日 平成22年9月15日現在

(2) 調査方法 調査票によるアンケート方式

(3) 回答者 調査対象病棟の病棟師長

(適宜、担当医や精神保健福祉士等と相談)

## 4 調査項目

別紙の調査票のとおり。

## 精神病床における認知症入院患者に関する調査 【患者調査票】

回答用紙に記入願います。

問1 対象者の認知症の診断名をお答え下さい。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 脳血管性認知症     | 4. 前頭側頭型認知症     |
| 2. アルツハイマー型認知症 | 5. その他確定診断未定なもの |
| 3. レビー小体型認知症   |                 |

問2 対象者の生年月・年齢をお答え下さい。

1. 明治・2. 大正・3. 昭和 年 月 現在 歳

問3 対象者の性別をお答え下さい。

1. 男性 2. 女性

問4 対象者の在院日数をお答え下さい。

日

問5 対象者の改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）をお答え下さい。

点

問6 対象者の要介護認定をお答え下さい。

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. 申請無し | 6. 要介護2 |
| 2. 非該当  | 7. 要介護3 |
| 3. 要支援1 | 8. 要介護4 |
| 4. 要支援2 | 9. 要介護5 |
| 5. 要介護1 |         |

問7 対象者の認知症高齢者の日常生活自立度をお答え下さい。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. 自立 | 4. III |
| 2. I  | 5. IV  |
| 3. II | 6. M   |

ランク	評価基準
自立	認知症を有しない。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 例) たびたび道に迷う、買い物や事務・金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など1人で留守番ができない 等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 例) 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例) ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 例) せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態 等

問8 対象者の調査時点から過去1ヶ月間の下記のA～R【精神症状・異常行動】の頻度について、1～5から選んでそれぞれお答え下さい。

## 【精神症状・異常行動】

- |                   |   |
|-------------------|---|
| A. 幻覚             | K. 不眠                                   |
| B. 嫉妬妄想           | L. 意思の疎通が出来ない                           |
| C. 物盗られ妄想         | M. 他の患者とのトラブル                           |
| D. 被害妄想           | N. 他の患者への暴力行為                           |
| E. 盗食（他の患者の食事をとる） | O. 医療スタッフへの暴力行為                         |
| F. 弄便             | P. 自傷行為                                 |
| G. 異食             | Q. 必要な身体的治療への抵抗（点滴、胃瘻チューブなどを引き抜いてしまうなど） |
| H. 夜間せん妄          | R. その他【           】                     |
| I. 徘徊             |   |
| J. 大声             |   |

## 【頻度】

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日     | 4. 月に1～2回程度 |
| 2. 週に2～3回程度 | 5. それ以下     |
| 3. 週に1回程度   |             |

問9 過去3日間の、対象者のa~dの日常生活動作(ADL)それぞれに対する支援のレベル(※)について、以下の基準を参考に、1. 身体介護への抵抗などを踏まえた実際のADL 2. 身体能力としてはできるはずのADL のそれぞれについて0~6の中から最も近いものを1つ選んでお答え下さい。

ADL への支援のレベル (※)	<参考>
0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または1~2回のみ。	<pre> graph TD     A[ボディタッチは必要か] -- 必要ない --&gt; B[0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察]     A -- 必要ある --&gt; C[体重を支える必要はあるか]     C -- 必要ない --&gt; D[3. 部分的な援助]     C -- 必要ある --&gt; E[本動作の半分以上を自力でできているか]     E -- できる --&gt; F[4. 広範な援助]     E -- できない --&gt; G[少しでも本動作に参加しているか]     G -- している --&gt; H[5. 最大の援助]     G -- していない --&gt; I[6. 全面依存]                     </pre>
1. 準備のみ : もの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回以上。	
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。	

【9-1】 身体介護への抵抗などを踏まえた実際のADL

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 4	1 5	2 6	3
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 4	1 5	2 6	3
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 4	1 5	2 6	3
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 4	1 5	2 6	3
e. 入浴	風呂、シャワー、などで首から下(背中以外)を洗う	0 4	1 5	2 6	3
f. 衣服の着脱	普段使用している衣服の着脱 時候にあった衣類の選択、衣類の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない	0 4	1 5	2 6	3

【9-2】 身体能力としてはできるはずのADL

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 4	1 5	2 6	3
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 4	1 5	2 6	3
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 4	1 5	2 6	3
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 4	1 5	2 6	3
e. 入浴	風呂、シャワー、などで首から下(背中以外)を洗う	0 4	1 5	2 6	3
f. 衣服の着脱	普段使用している衣服の着脱 時候にあった衣類の選択、衣類の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない	0 4	1 5	2 6	3

問10 次のIADL(手段的日常生活動作)各項目について、対象者が自分一人で実施する場合(そのような状況になった場合)、どの程度困難かを困難度(※)の0~2から1つ選んでそれぞれお答え下さい。

a. 食事の用意(献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0	1	2
b. 家事一般(食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など)	0	1	2
c. 金銭管理(請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0	1	2
d. 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0	1	2
e. 電話の利用(自分で電話をかけたり、受けたり)	0	1	2
f. 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0	1	2
g. 交通手段の利用(バス・電車などの乗り物による移動)	0	1	2

- (※) 困難度
- 0. 問題ない
  - 1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
  - 2. 非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)

問11 対象者は、現在、認知症以外の合併症がありますか。次の中から選択して下さい。

- 1. 特別な管理(入院治療が適当な程度)を要する身体合併症がある
- 2. 日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症がある
- 3. ない

【問11で1を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問11-1

- |                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| 1. 高血圧症        | 9. てんかん                          |
| 2. 脳血管疾患       | 10. 気管支喘息                        |
| 3. 心疾患         | 11. 骨折                           |
| 4. 糖尿病         | 12. 慢性腎機能障害・腎不全                  |
| 5. 廃用症候群       | 13. 悪性新生物(がん)                    |
| 6. 麻痺          | 14. 肺炎(誤嚥性肺炎も含む)                 |
| 7. 気分障害        | 15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患                 |
| 8. パーキンソン病関連疾患 | 16. その他の疾患【                    】 |

【問11で2を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問11-2

- |                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| 1. 高血圧症        | 9. てんかん                          |
| 2. 脳血管疾患       | 10. 気管支喘息                        |
| 3. 心疾患         | 11. 骨折                           |
| 4. 糖尿病         | 12. 慢性腎機能障害・腎不全                  |
| 5. 廃用症候群       | 13. 悪性新生物(がん)                    |
| 6. 麻痺          | 14. 肺炎(誤嚥性肺炎も含む)                 |
| 7. 気分障害        | 15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患                 |
| 8. パーキンソン病関連疾患 | 16. その他の疾患【                    】 |

問 1 2 調査日における対象者に行っている身体的管理についてお答え下さい。

1. インスリン療法	10. 24時間持続点滴
2. 点滴管理	11. 疼痛コントロール
3. 胃瘻・経管栄養管理	12. 中心静脈栄養
4. 膀胱留置カテーテル	13. 気管切開又は気管内挿管
5. 褥瘡管理（Ⅲ度以上）	14. 人工呼吸器
6. 喀痰吸引	15. 人工透析
7. 酸素療法	16. 身体疾患に対する薬物療法（抗がん剤含）
8. 頻回の血糖検査	17. 行っていない
9. 人工肛門	

問 1 3 対象者の過去1ヶ月間の他科受診の有無についてお答え下さい。

1. 有り
2. 無し

→ 【問13で1を選択した方にうかがいます。現在受診している診療科目及び1ヶ月間の受診頻度についてお答え下さい。】  
付問 1 3 - 1

1. 内科	(月 回)	5. 眼科	(月 回)
2. 外科	(月 回)	6. 耳鼻科	(月 回)
3. 整形外科	(月 回)	7. 歯科	(月 回)
4. 皮膚科	(月 回)	8. その他【       】	

問 1 4 対象者の薬物療法・精神科専門療法の程度についてお答え下さい。

【14-1】過去1週間に使用した薬物についてお答え下さい。

1. 向精神薬（抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬）について何種類使用しているかお答え下さい。

1-1 抗精神病薬（頓服薬を除く） 種類

1-2 上記以外の向精神薬（頓服薬を除く） 種類

2. その他精神症状に対する治療薬（漢方薬など）を何種類使用しているかお答え下さい 種類

3. 抗認知症薬（ドネペジルなど）を何種類使用しているかお答え下さい 種類

4. 身体疾患治療薬を何種類使用しているかお答え下さい 種類

5. 上記以外の治療薬（ビタミン剤等）を何種類使用しているかお答え下さい 種類

【14-2】対象者に過去一ヶ月間に行った精神科専門療法についてお答え下さい。

1. 精神科作業療法	5. 音楽療法、回想療法、その他の精神科リハビリテーション
2. 入院生活技能訓練療法	6. その他【       】
3. 入院集団精神療法	7. 行っていない
4. 入院精神療法	

問 1 5 対象者の現在の診療費等支払方法は、次のうちどれですか。あてはまるものをすべて選択して下さい。なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入して下さい。

1. 自費診療（保険外併用療法費を含む）	
医療保険等、公費負担医療	
A. 医療保険等	
2. 協会けんぽ（本人）	9. 退職者医療（本人）
3. 協会けんぽ（家族）	10. 退職者医療（家族）
4. 健康保険組合（本人）	11. 後期高齢者医療制度
5. 健康保険組合（家族）	12. 労働災害・公務災害
6. 各種共済組合（本人）	13. 自動車損害賠償保障法
7. 各種共済組合（家族）	14. その他【       】
8. 国民健康保険	
B. 公費負担医療	
15. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	17. 生活保護法（医療扶助）
16. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	18. その他の公費負担によるもの
19. 介護保険（介護扶助を含む）	

問 1 6 対象者の居住地についてお答え下さい。

1. 病院の所在市町村と患者居住地が同じ。
2. 病院の所在市町村と患者居住地が異なる。

問 1 7 対象者の入院前の状況についてお答え下さい。

1. 単身	8. 介護老人保健施設（老健）に入所
2. 配偶者と同居（内縁関係を含む）	9. 介護老人福祉施設（特養）に入所
3. 子または孫と同居	10. グループホームに入所
4. 配偶者及び子または孫と同居	11. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）に入所
5. その他の親族と同居	12. その他【       】
6. 他の精神病床に入院	
7. 他の病院・診療所（精神科を除く）に入院（自院内の移動を含む）	

問18 対象者の入院直前の介護サービス、医療、その他の支援の利用状況についてお答え下さい。

A. 介護保険によるサービス	
1. 訪問介護	7. 通所介護
2. 訪問入浴介護	8. 短期入所生活介護
3. 訪問看護	9. 短期入所療養介護
4. 訪問リハビリテーション	10. 小規模多機能型居宅介護 (※)
5. 居宅療養管理指導	11. その他【                      】
6. 通所リハビリテーション	
B. 医療	
12. 訪問診療	15. 重度認知症デイケア
13. 訪問看護	16. 身体的リハビリテーション
14. 通院医療	17. その他【                      】
C. その他の支援	
18. 行政機関（保健師等）による訪問指導	23. 年金受給申請
19. 民生委員、近隣の見守り等	24. 成年後見制度等の活用
20. 家族等による経済的支援	25. その他【                      】
21. 家族等による介護支援	26. 不明
22. 生活保護受給申請	

(※) 小規模多機能型居宅介護：「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」を組み合わせることで、在宅での生活継続を支援する。

問19 対象者の入院の理由についてお答え下さい。（最も適切な理由を一つ選択して下さい。）

1. 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
2. <u>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</u>
3. 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
4. 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、 <u>適切な施設に空きがなかったため</u>
5. 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、 <u>医療介護サービスの対応が困難と言われたため</u>
6. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、 <u>必要な在宅医療が確保できないため</u>
7. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、 <u>必要な在宅介護サービスが確保できないため</u>
8. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、 <u>家族の介護困難、又は介護者不在のため</u>
9. 上記以外で、 <u>家族等が強く希望するため</u>
10. その他【                      】

問20 対象者の地域との関わりについてお答え下さい。

1. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）有り
2. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）無し

問2 1 対象者の自宅での介護者の有無についてお答え下さい。

1. 日中、夜間とも介護ができる人がいない（介護者が病気等により介護できない場合も含む）
2. 夜間のみ、介護ができる人がいる
3. 日中のみ、介護ができる人がいる
4. 日中、夜間とも介護ができる人がいる
5. 不明

→ 【問2 1で2、3、4を選択した方にうかがいます。介護者の続柄についてお答え下さい。】  
付問2 1-1

- |        |           |
|--------|-----------|
| 1. 配偶者 | 3. 孫      |
| 2. 子   | 4. その他の親族 |

→ 【問2 1で2、3、4を選択した方にうかがいます。介護者の健康状態についてお答えください。】

付問2 1-2

1. 健康状態に問題なし
2. 持病・障害等有り健康状態に不安がある
3. 不明

問2 2 対象者の身体障害者手帳について、次のうちあてはまるものを1つ選択して下さい。

- |           |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|
| 1. もっていない | 2. 1級 | 3. 2級 | 4. 3級 |
|-----------|-------|-------|-------|

問2 3 対象者の精神障害者保健福祉手帳について、次のうちあてはまるものを1つ選択して下さい。

- |           |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|
| 1. もっていない | 2. 1級 | 3. 2級 | 4. 3級 |
|-----------|-------|-------|-------|

問2 4 対象者のうち居住先・支援が整った場合の退院の可能性についてあてはまるものを1つ選択して下さい。

1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6ヶ月以内）には退院が可能になる
3. 状態の改善が見込まれるので、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
4. 状態の改善が見込まれず、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

問25 問24で1あるいは3の回答をした方に質問です。退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」についてお答え下さい。

A. 自宅
1. 単身
2. 家族等と同居
B. 施設等利用
3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
4. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
5. 介護老人保健施設（老健）
6. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）
7. 障害者自立支援法に基づく施設等利用（ケアホーム、グループホームなど）

問26 問24で1あるいは3の回答をした方に質問です。退院後に対象者が必要な支援についてお答え下さい。（特に必要なものを5つ以内順番にお答え下さい）

A. 日常生活上の世話・訓練	
1. 自宅を訪問して行われる支援（訪問介護、訪問入浴介護など）	
2. 自宅以外の場所に通って行われる支援（通所介護、通所リハビリテーションなど）	
3. 短期入所して行われる支援（短期入所生活介護、短期入所療養介護など）	
4. 小規模多機能型居宅介護（※）	
5. その他【                    】	
B. 医療	
6. 精神科の定期的な通院	10. 重度認知症デイケア
7. 精神科以外の定期的な通院	11. 身体的リハビリテーション
8. 訪問診療	12. その他【                    】
9. 訪問看護	
C. その他の支援	
13. 行政機関（保健師等）による訪問指導	17. 年金受給申請
14. 民生委員、近隣の見守り等	18. 成年後見制度等の活用
15. 経済的支援	19. その他【                    】
16. 生活保護受給申請	

1 番目に必要	2 番目に必要	3 番目に必要	4 番目に必要	5 番目に必要

（※）小規模多機能型居宅介護：「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」を組み合わせる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。

問27 問24で1あるいは3の回答をした方に質問です。仮に退院するとした場合、家族や友人などから得られる支援の程度についてお答え下さい。

1. 支援は得られない
2. 助言・精神的な支援（電話など、物理的にその場にはいない支援も含む）
3. 週数回のADL、IADLの支援
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援
5. 必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り

→ 【問27で2、3、4、5の回答をした方に質問です。回答した支援が得られれば退院は可能になるかお答え下さい。】

付問27-1

1. 可能

2. 不可能

問28 問24で4の回答をした方に質問です。退院の可能性がない主な理由についてお答え下さい。（主な理由を1つ）

1. 自傷行為・自殺企図の危険性が高い
2. 他害行為の危険性が高い
3. 大声をだす可能性が高い
4. 上記2、3以外の迷惑行為を起こす可能性が高い
5. 治療・服薬への心理的抵抗が強い
6. 陽性症状（幻覚・妄想）が重度
7. 精神症状・異常行動を伴うため、入院による身体合併症の医療ケアが必要
8. 生命維持が必要な程度の身体合併症を伴う（気管切開・IVHなど）
9. 本人の症状は落ち着いているが、家族から退院の了解が得られない
10. 介護が必要だが本人の症状が落ち着かず、介護の支援があっても生活が組み立てられない
11. 経済的な理由
12. その他 【           】

問29 対象者は現在、転院・入所の順番待ちをしているかお答え下さい。

- 1. 順番待ちをしている
- 2. 順番待ちをしていない

→【問29で1を選択した方にうかがいます。どのような施設の順番待ちをしているかお答え下さい。(すべてご回答下さい)】

付問29-1

- 1. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 3. 介護老人保健施設（老健）
- 4. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）
- 5. 障害者自立支援法に基づく施設等利用（ケアホーム、グループホームなど）
- 6. 他の精神科病院
- 7. 精神科以外の病院
- 8. その他【            】

→【問29で1を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの期間についてお答え下さい。】

付問29-2

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 3ヶ月未満      | 3. 6ヶ月以上1年未満 |
| 2. 3ヶ月以上6ヶ月未満 | 4. 1年以上      |

→【問29で1を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの施設・医療機関の予約箇所数についてについてお答え下さい。】

付問29-3

- |        |          |
|--------|----------|
| 1. 1箇所 | 4. 4箇所   |
| 2. 2箇所 | 5. 5箇所   |
| 3. 3箇所 | 6. 6箇所以上 |

→【問29で2を選択した方にうかがいます。順番待ちをしていない理由についてお答え下さい。(主な理由を1つ)】

付問29-4

- 1. 自宅への退院を予定しているため順番待ちをしていない
- 2. 治療すべき症状が改善していない
- 3. 経済的な理由
- 4. 精神・身体状態は安定しているが、入所が断られると考えられ順番待ちをしていない
- 5. その他【            】

精神病床における認知症入院患者に関する調査

【病棟調査票】

回答用紙に記入願います。

問1 調査対象となる病棟の種類を選択してください。

<p>1. 精神病棟入院基本料</p> <p>看護職員等配置基準</p> <p>A. 15 : 1</p> <p>B. 18 : 1</p> <p>C. 20 : 1</p> <p>D. 25 : 1</p>	<p>看護補助加算</p> <p>a. 無し</p> <p>b. 看護補助加算1</p> <p>c. 看護補助加算2</p> <p>d. 看護補助加算3</p>
<p>2. 精神療養病棟</p> <p>3. 認知症治療病棟1</p> <p>4. 認知症治療病棟2</p> <p>5. 認知症療養病棟 (介護保険)</p>	

問2 病院及び調査対象となる病棟について、職員数を記載してください。

1-1. 病院内の医師数	人 (    ) 人
1-2. その内、病棟の担当医師数	人 (    ) 人
2-1. 病院内の看護師数	人 (    ) 人
2-2. その内、病棟配置の看護師数	人 (    ) 人
3-1. 病院内での精神保健福祉士数	人 (    ) 人
3-2. その内、病棟専任の精神保健福祉士数	人 (    ) 人
4-1. 病院内での作業療法士数	人 (    ) 人
4-2. その内、病棟専任の作業療法士数	人 (    ) 人
5-1. 病院内での理学療法士数	人 (    ) 人
5-2. その内、病棟専任の理学療法士数	人 (    ) 人
6-1. 病院内での言語聴覚士数	人 (    ) 人
6-2. その内、病棟専任の言語聴覚士数	人 (    ) 人
7-1. 病院内での臨床心理技術者数	人 (    ) 人
7-2. その内、病棟専任の臨床心理技術者数	人 (    ) 人

\* (    ) 内は非常勤の職員数を記入

\* 専任：専ら当該病棟内の患者の診療に従事している者

問3 調査対象となる病棟について、主傷病別の患者数を記載してください。

1. 認知症	人
2. 精神作用物質による精神及び行動の障害	人
3. 統合失調症	人
4. 気分障害	人
5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人
6. その他	人

# 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について

# 精神病床における認知症入院患者に関する調査概要

## 1 目的

精神科病院における認知症入院患者に対する医療の状況、患者の状態等について、既存の調査では把握されていない点について詳細に把握し、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における検討資料とする。

## 2 調査対象

認知症治療病棟入院料1（6病棟）、認知症治療病棟入院料2（1病棟）  
精神病棟入院基本料（1病棟）、精神療養病棟入院料（1病棟）、  
老人性認知症疾患療養病棟（1病棟）の計10病棟（9病院）、計454人の認知症患者

## 3 調査方法

- (1)調査期間 平成22年9月27日～10月4日（調査日：平成22年9月15日現在）
- (2)調査方法 調査票によるアンケート方式
- (3)回答者 調査対象病棟の病棟師長（適宜、担当医や精神保健福祉士等と相談）

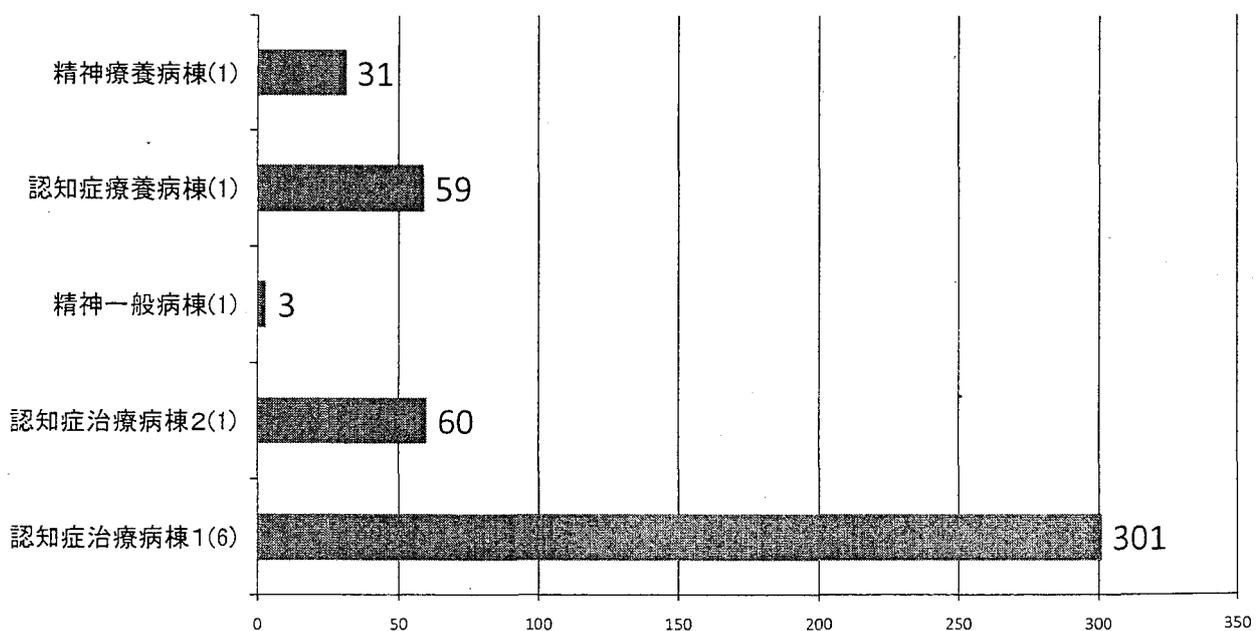
## 4 調査項目

病棟概要、精神症状等の状況、身体合併症の状況、必要となる居住先・支援等

1

病棟種類別対象患者数(人)

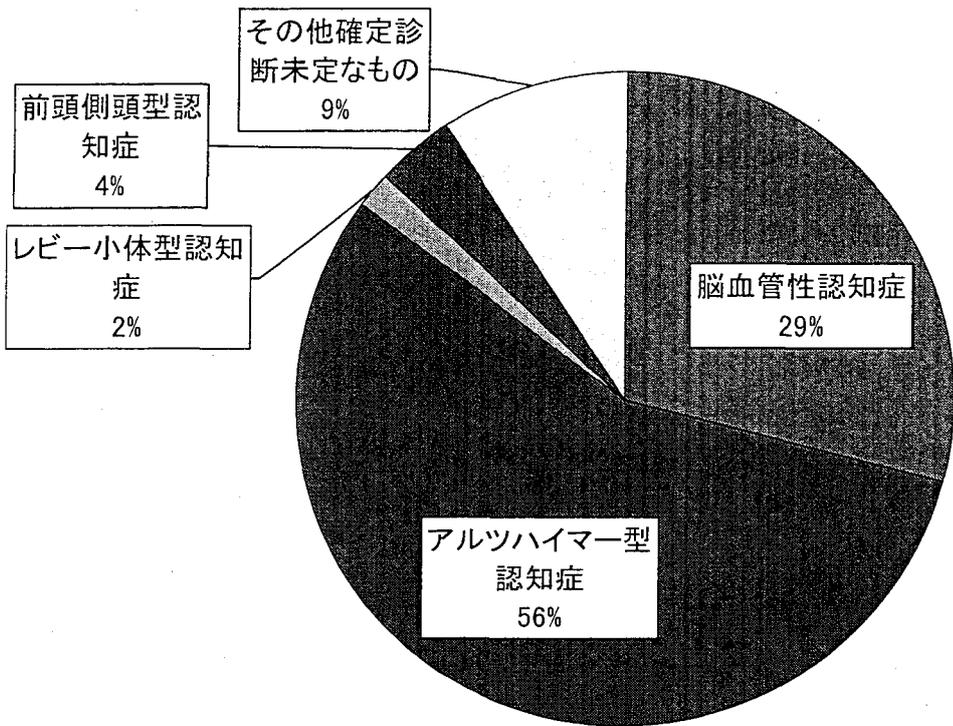
計 454人



2

問1 認知症の診断名

(N=452)

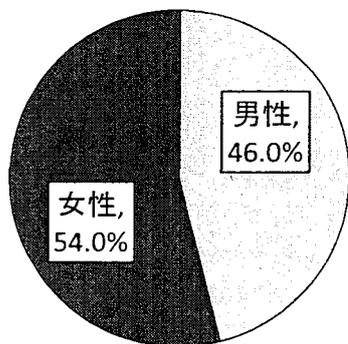


3

問2 平均年齢

78.3歳

問3 性別



問4 平成22年9月15日現在の平均在院日数

944.3日 (中央値 336日)  
(N=452)

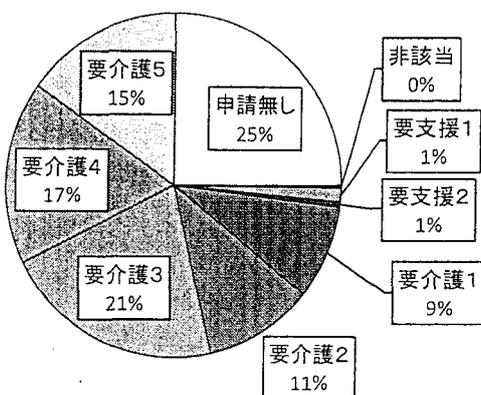
問5 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

7.2点  
(N=452)

4

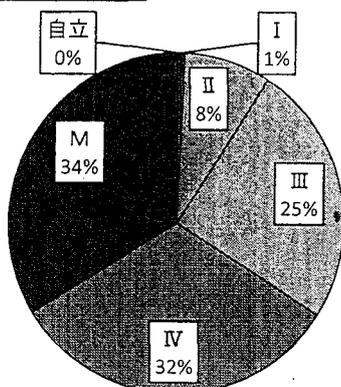
問6 要介護認定

(N=453)



問7 認知症高齢者の日常生活自立度

(N=452)

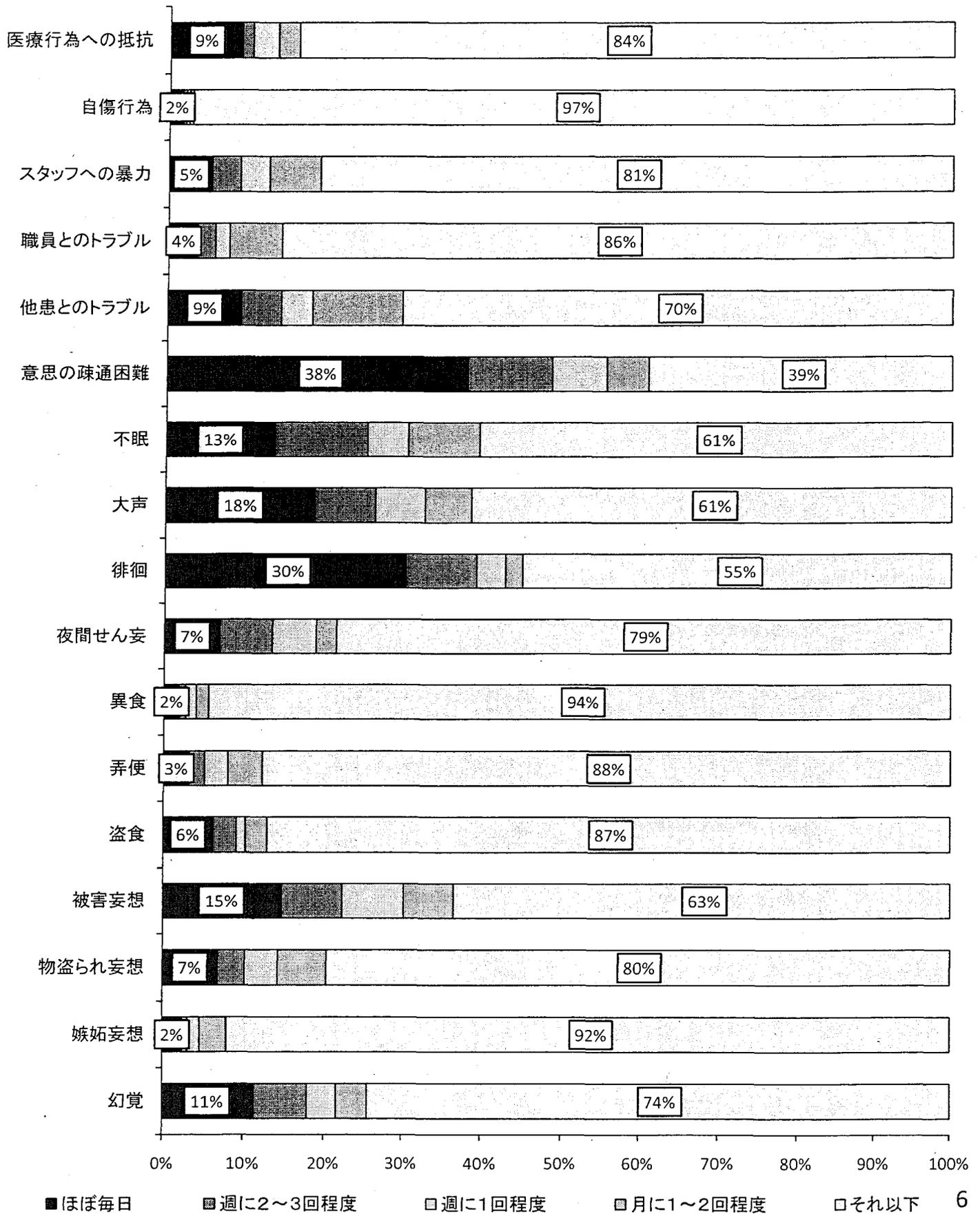


問8 調査時点から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の頻度

(N=454)

(別紙を挿入)

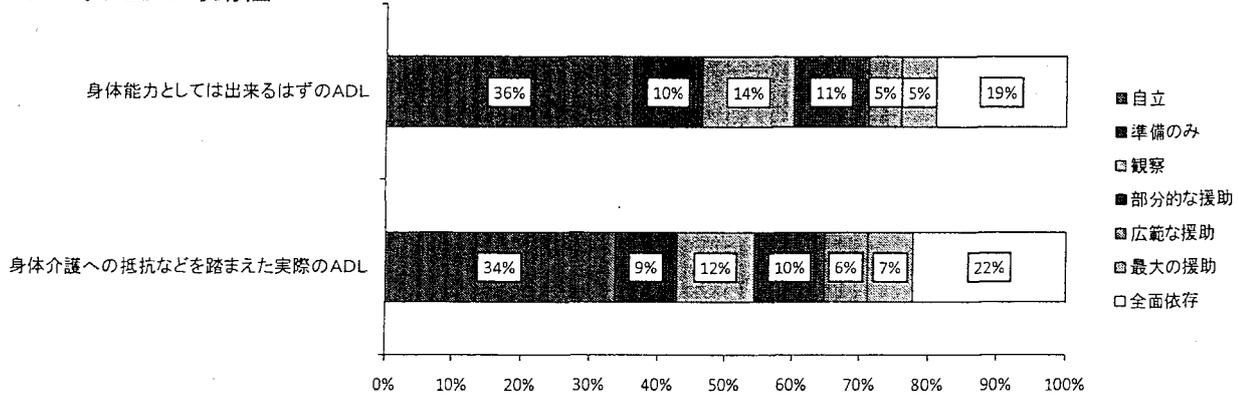
問8 調査時点から過去1カ月間の精神症状・異常行動の頻度 (N=454)



問9 調査日から過去3日間のADLについて

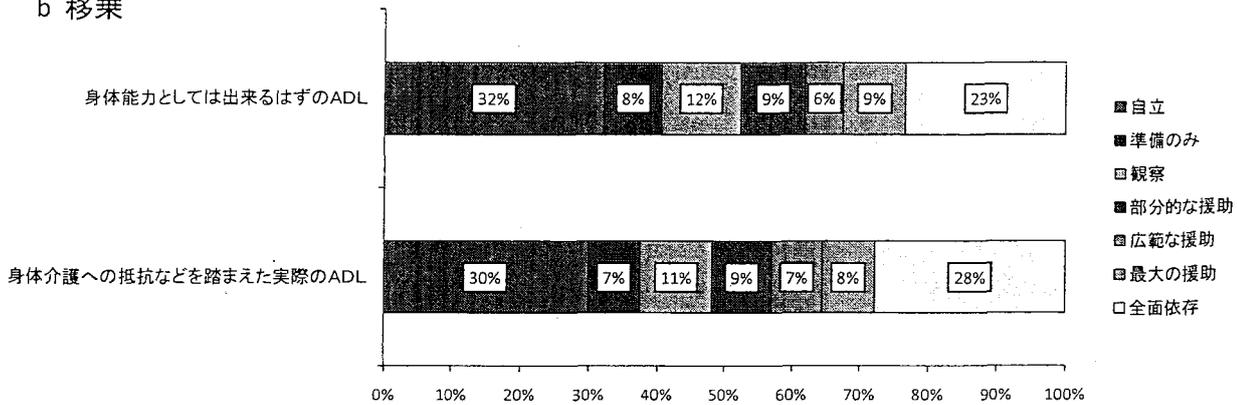
(N=454)

a ベッド上の可動性



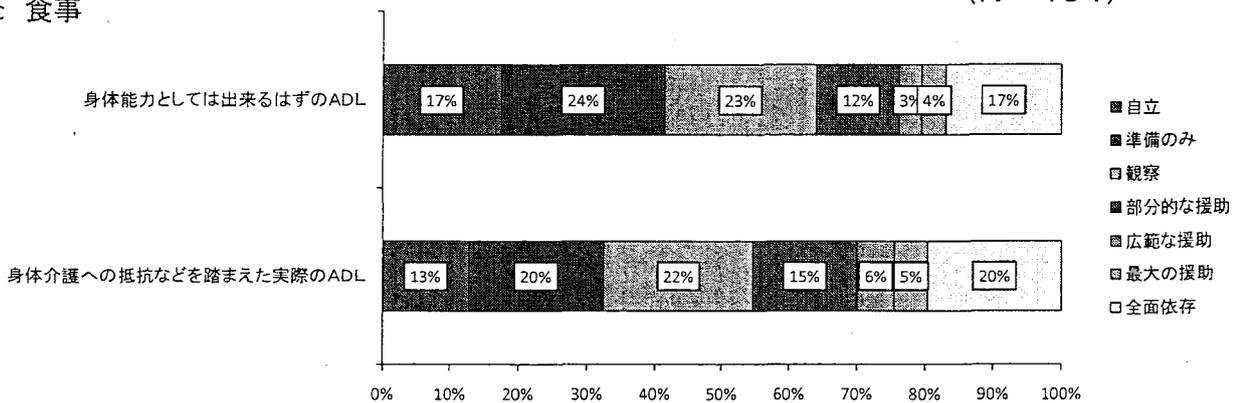
(N=454)

b 移乗



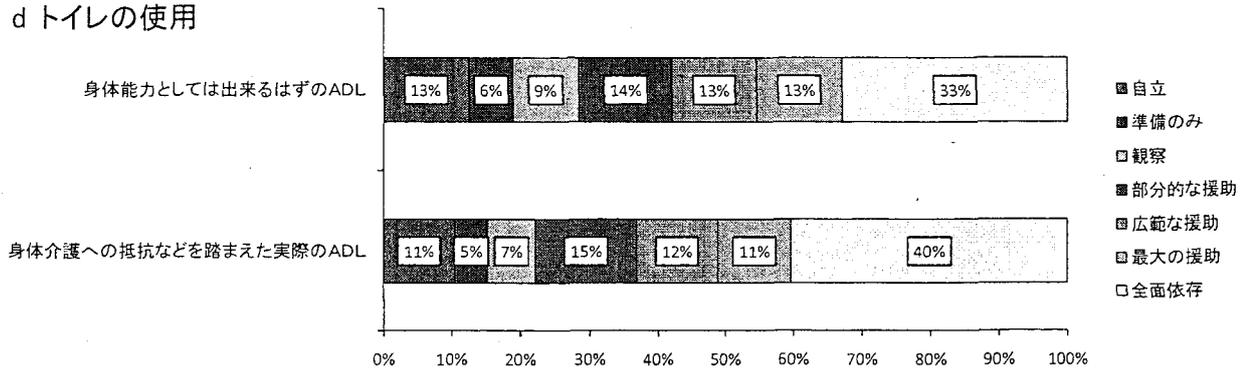
c 食事

(N=454)



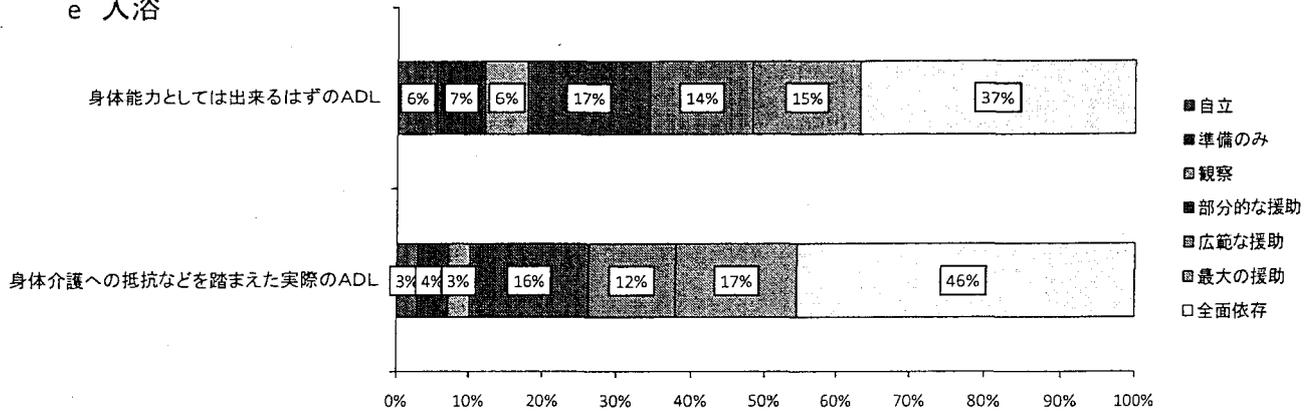
(N=454)

d トイレの使用



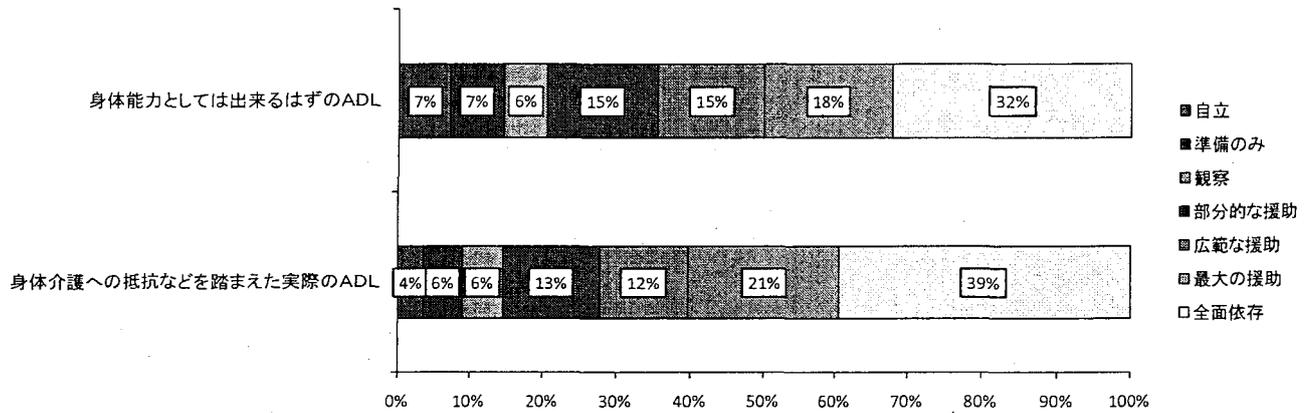
e 入浴

(N=454)



f 衣服の着脱

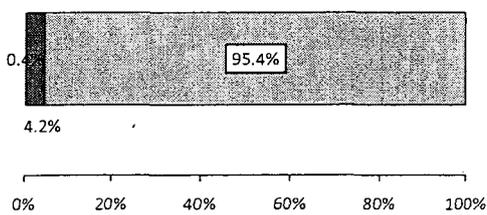
(N=454)



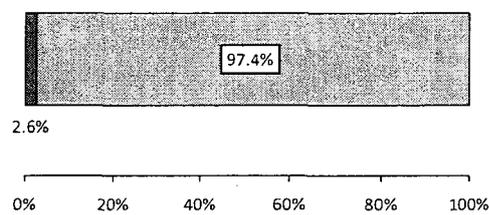
問10 IADLについて

(N=453)

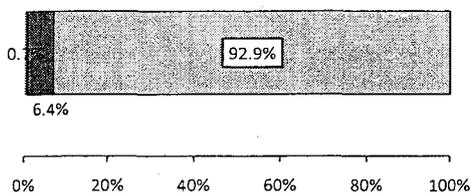
食事の用意



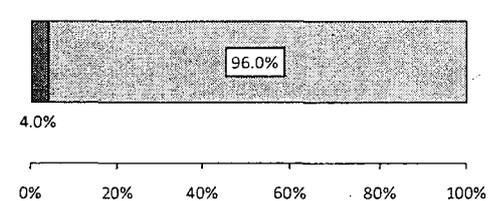
金銭管理



家事一般

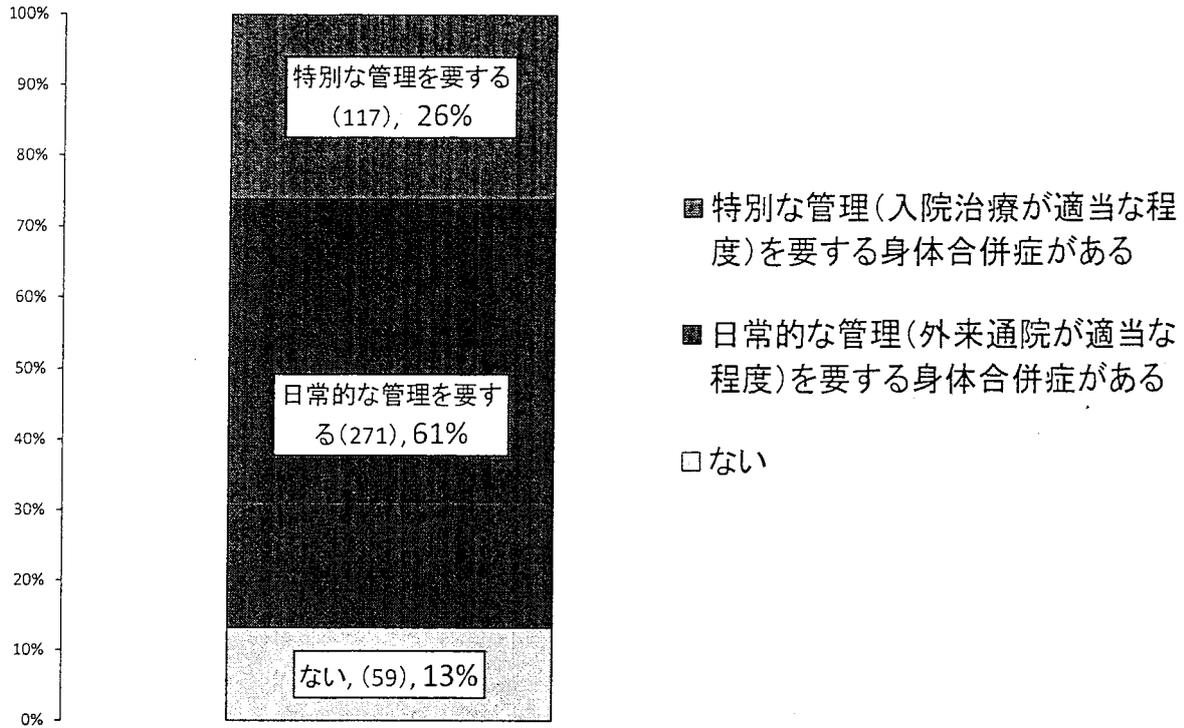


薬の管理



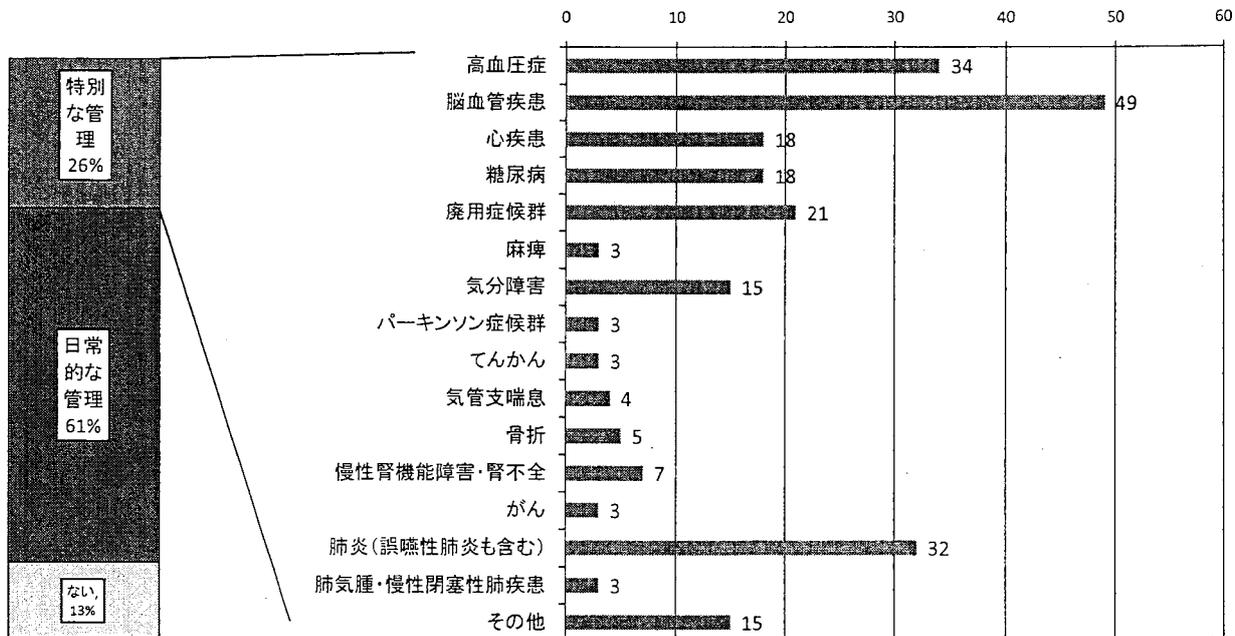
問11 調査日における対象者の、認知症以外の合併症について

(N=447)



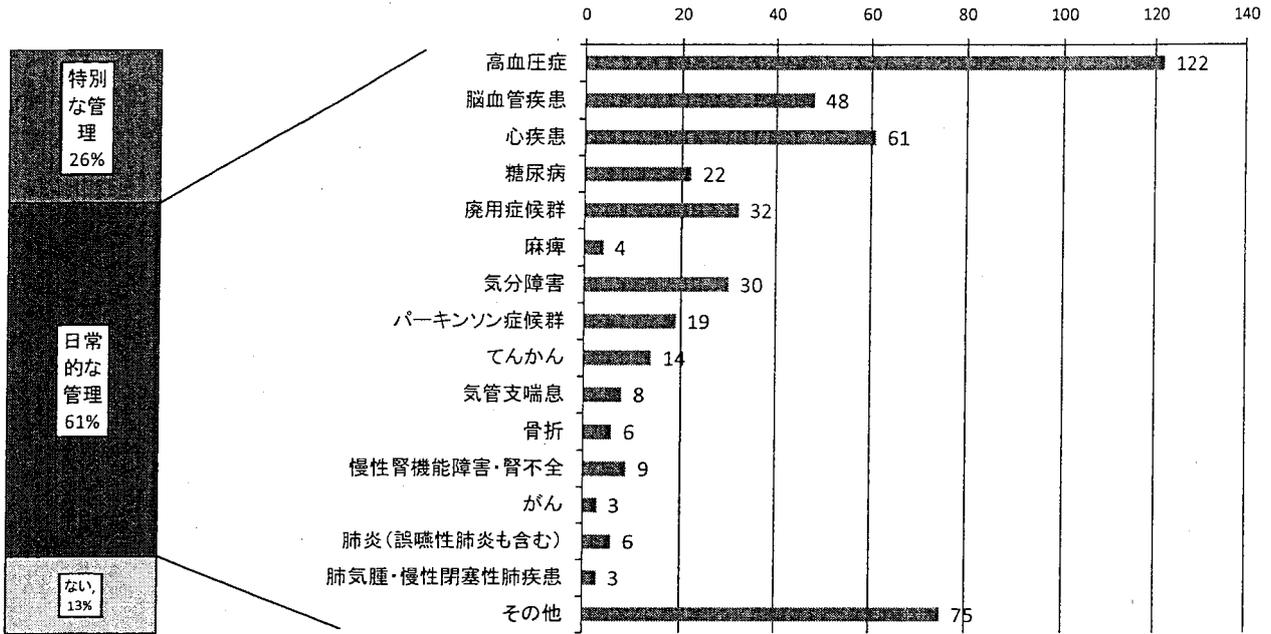
付問11-1 特別な管理(入院治療が適切な程度)を要する身体合併症

(複数回答可) (N=117)



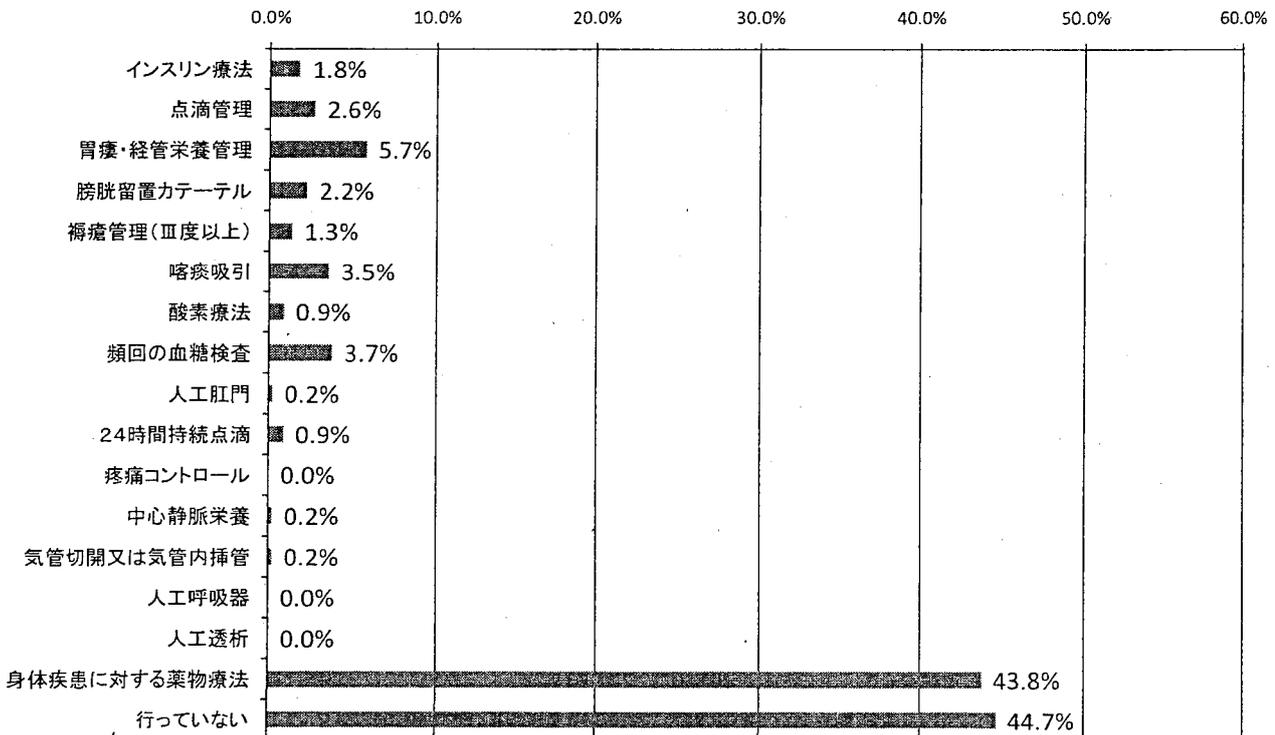
付問11-2 日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症

(複数回答可) (N=271)



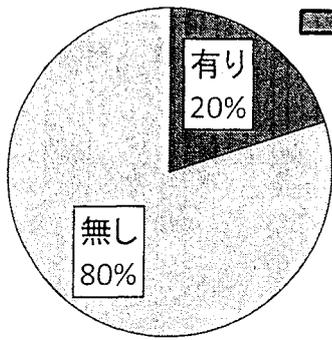
問12 調査日における対象者に行っている身体的管理

(複数回答可) (N=454)

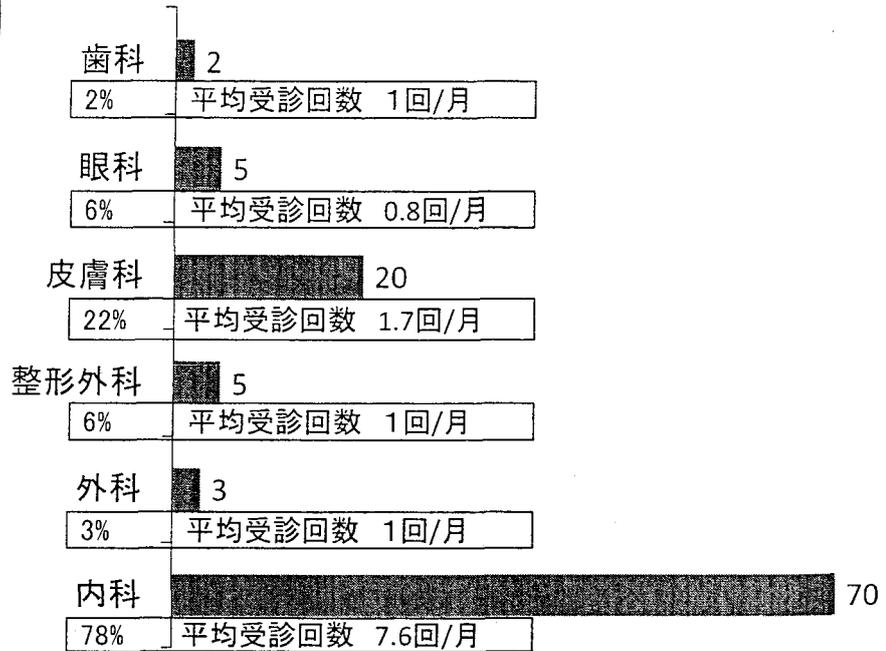


問13 過去1ヶ月間の他科受診の有無

(N=451)

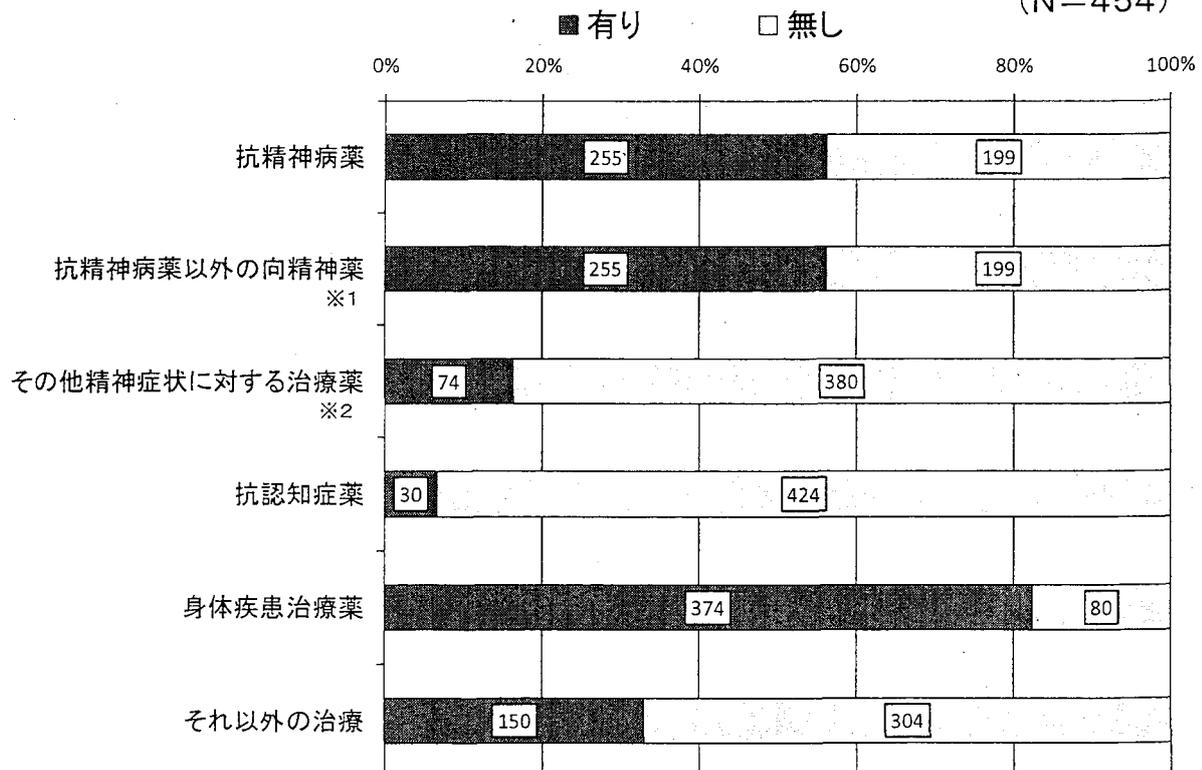


問13-1 他科受診の回数 (複数回答可) N=90



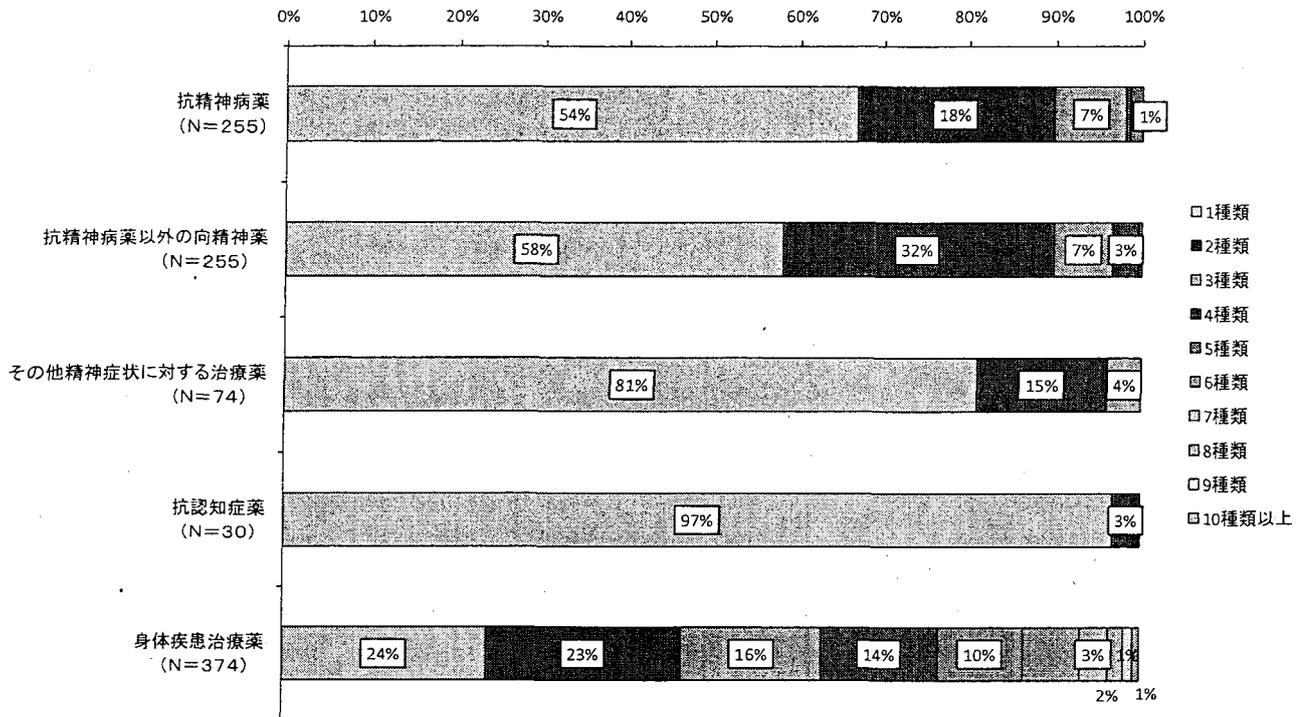
問14 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

(N=454)



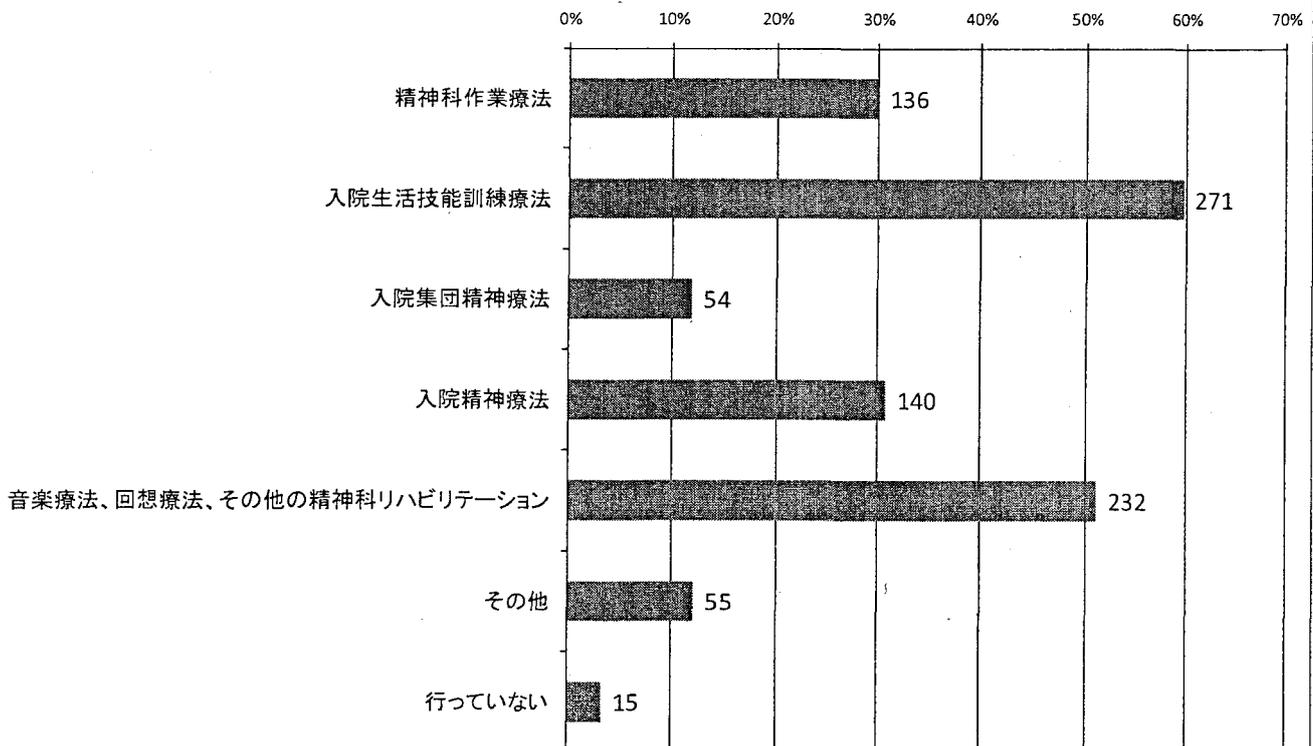
※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬  
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・漢方薬など

問14-1 調査日から過去1週間に使用した薬物の種類数



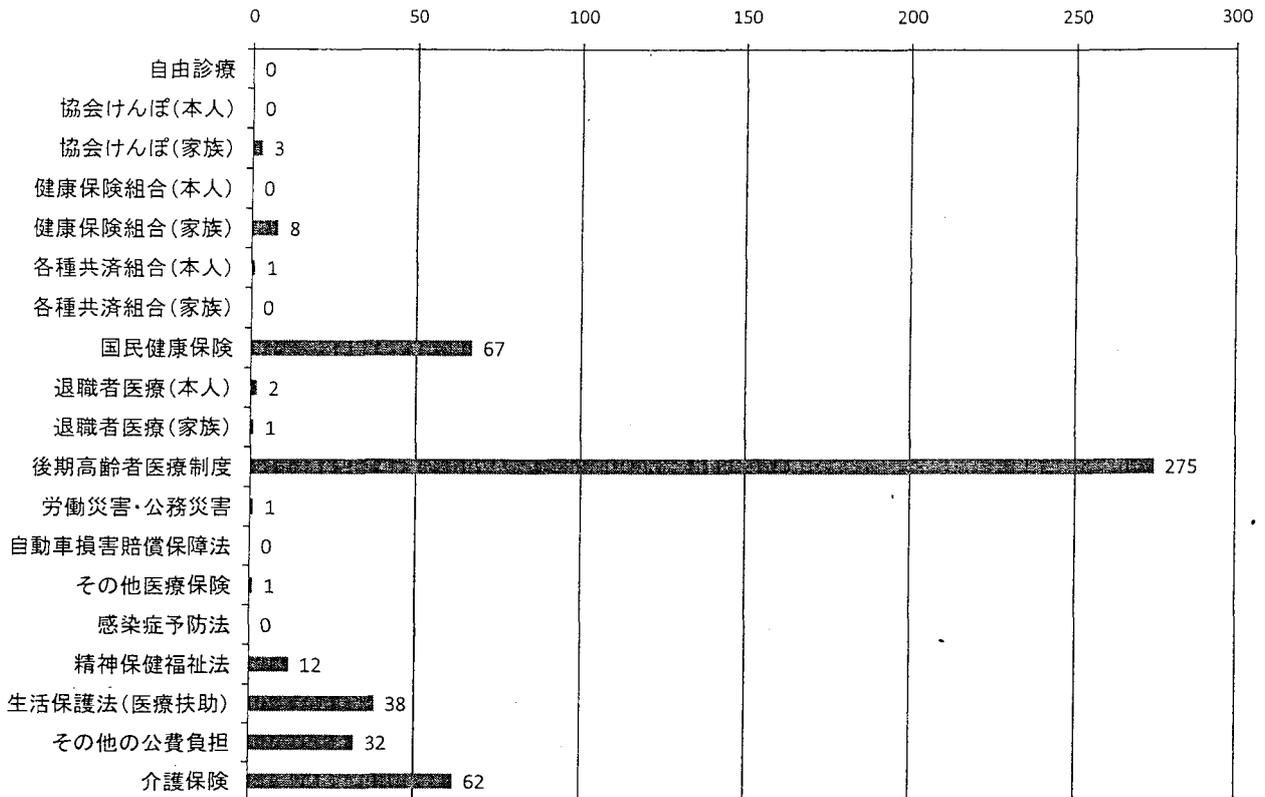
問14-2 過去1ヶ月間に行った精神科専門療法

(複数回答可)(N=454)



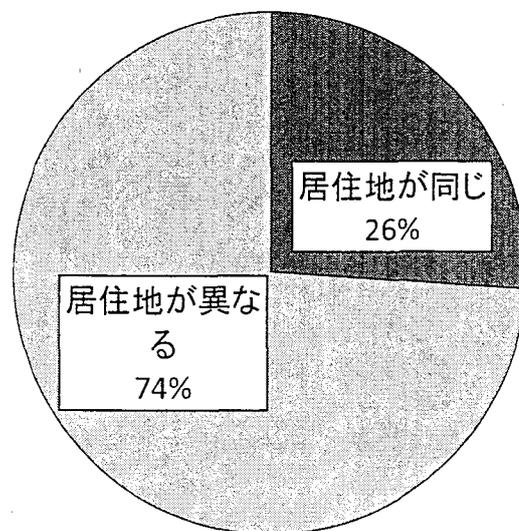
問15 診療費等支払い方法

(複数回答可)(N=454)



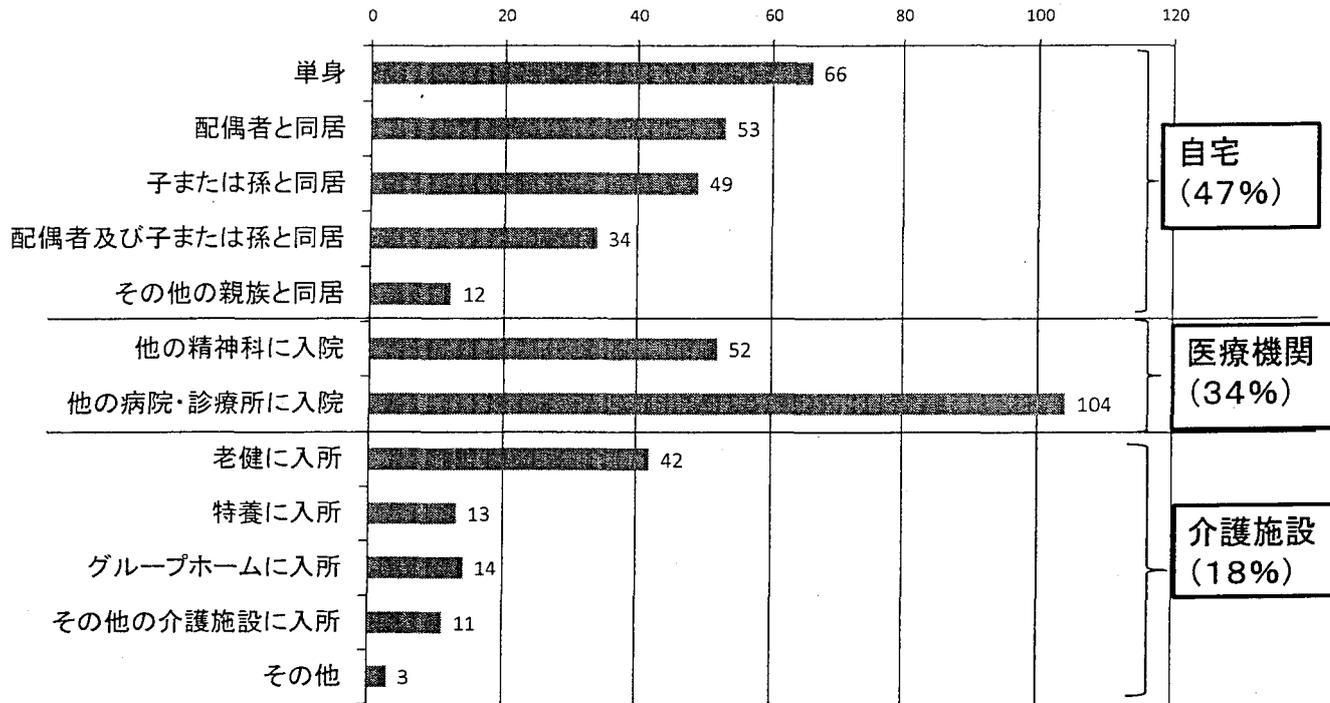
問16 病院の所在市町村と患者居住地が同じか

(N=453)



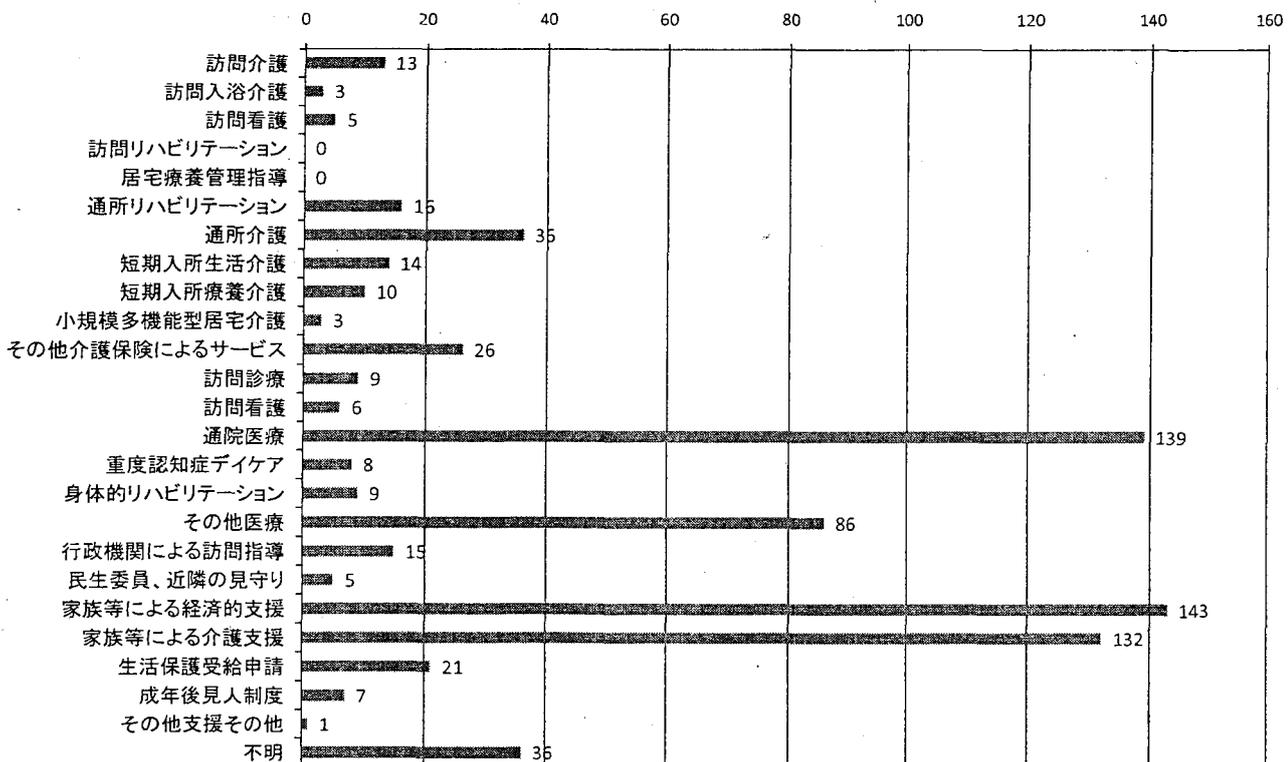
問17 対象者の入院前の状況

(N=453)



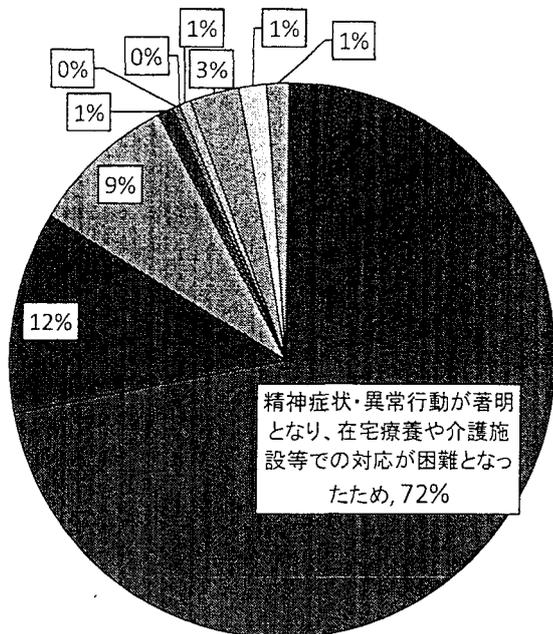
問18 入院直前の介護サービス、医療、その他の支援の利用状況

(複数回答可) (N=453)



問19 入院の理由

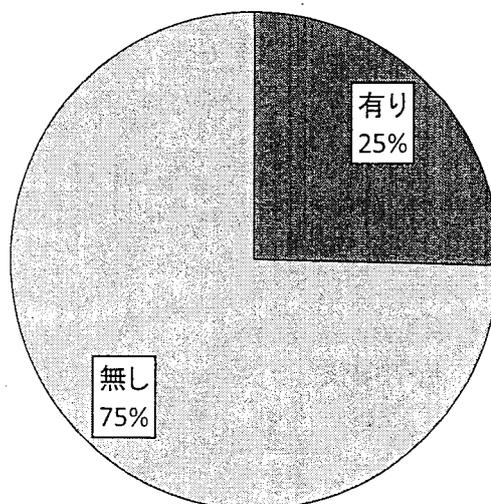
(N=453)



- 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

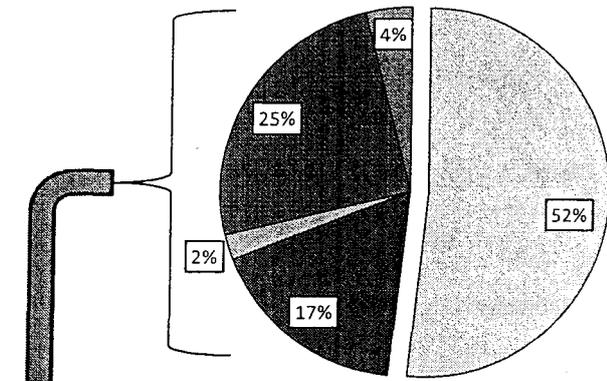
問20 対象者の地域との関わり合い(身近に気軽に相談できる相手がいるなど)

(N=453)



問21 自宅での介助者の有無

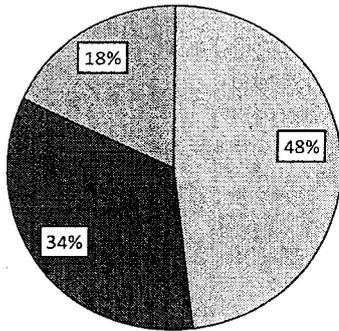
(N=451)



- 日中、夜間とも介護ができる人がいない
- 夜間のみ、介護ができる人がいる
- 日中のみ、介護ができる人がいる
- 日中、夜間とも介護ができる人がいる
- 不明

付問21-2 介護者がいる場合、介護者の健康状態

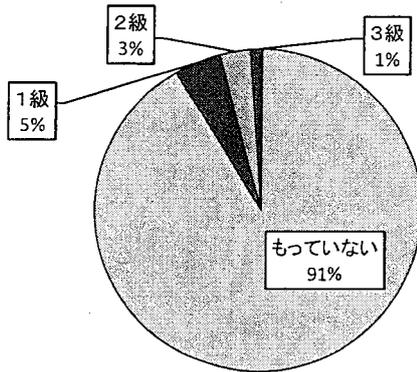
(N=200)



- 健康状態に問題なし
- 健康状態に不安がある
- 不明

問22 身体障害者手帳

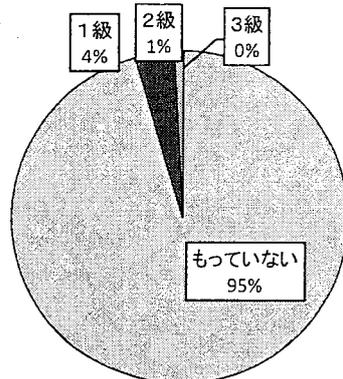
(N=450)



- もっていない
- 1級
- 2級
- 3級

問23 精神障害者保健福祉手帳

(N=448)

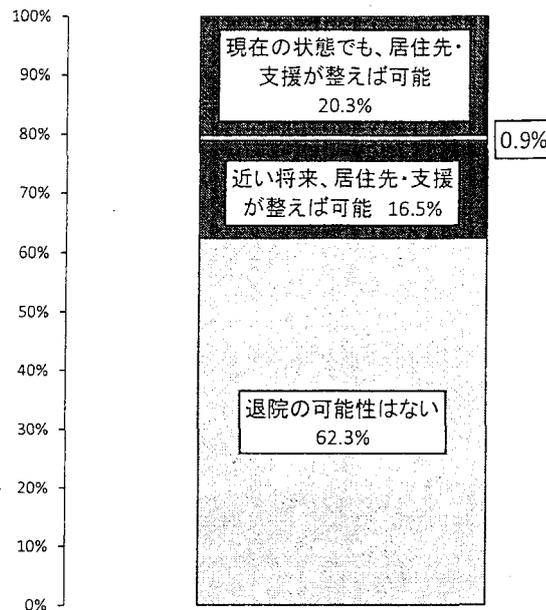


- もっていない
- 1級
- 2級
- 3級

問24 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

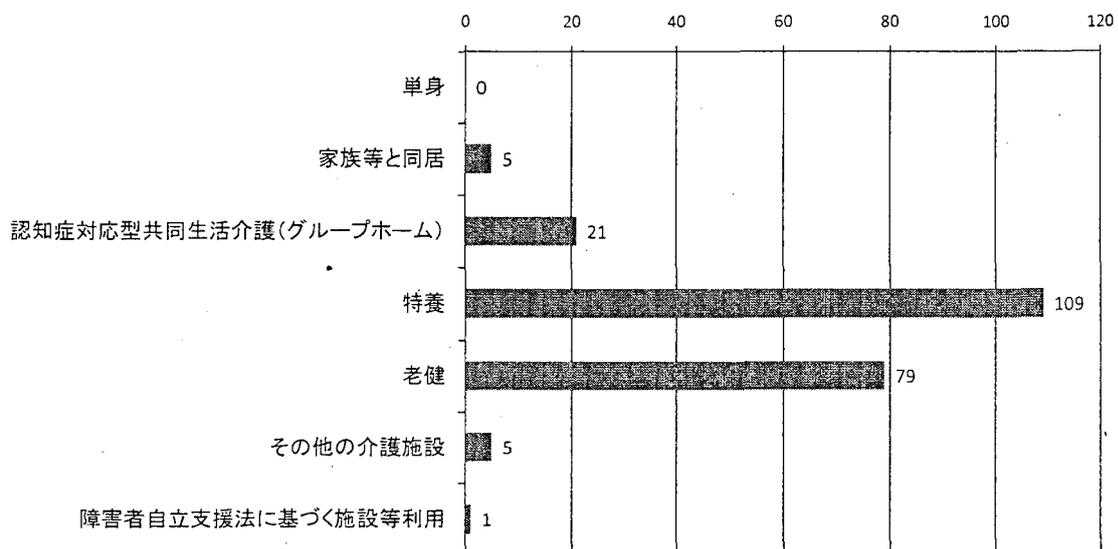
(N=454)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、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
- 4. 状態の改善が見込まれず、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



問25 問24で1, あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」 (複数回答可) (N=167)

単身	0	0.0%
家族等と同居	5	3.0%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	21	12.6%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	109	65.3%
介護老人保健施設(老健)	79	47.3%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	5	3.0%
障害者自立支援法に基づく施設等利用(ケアホーム、グループホームなど)	1	0.6%



※33人は、特養と老健を重複して回答

問26 問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院後に必要な支援

(N=167)

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	53人	31.7%
小規模多機能型居宅介護	38人	22.8%
自宅を訪問して行われる支援	11人	6.6%
訪問診療	4人	2.4%
短期入所をして行われる支援	4人	2.4%

2番目に必要な支援		
身体的リハビリテーション	33人	19.8%
短期入所をして行われる支援	26人	15.6%
経済的支援	23人	13.8%
訪問診療	20人	12.0%
精神科の定期的な通院	19人	11.4%

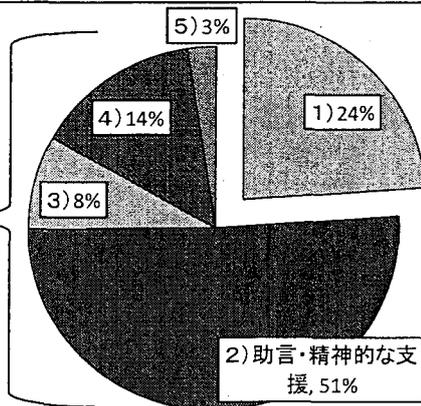
3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	22人	13.2%
訪問診療	22人	13.2%
経済的支援	15人	9.0%
精神科の定期的な通院	12人	7.2%
身体的リハビリテーション	8人	4.8%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	11人	6.6%
重度認知症デイケア	11人	6.6%
身体的リハビリテーション	9人	5.4%
成年後見制度等の活用	9人	5.4%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	3.6%

29

問27 問24で1,あるいは3と回答した人のうち、仮に退院するとした場合、家族や友人などから得られる支援の程度

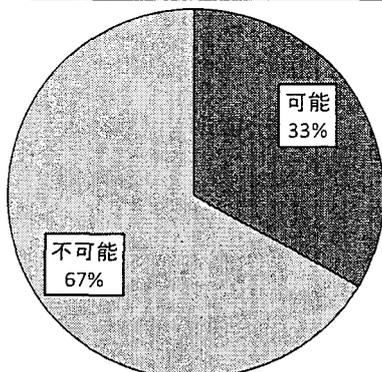
(N=167)



- 1. 支援は得られない
- 2. 助言・精神的な支援
- 3. 週数回のADL、IADLの支援
- 4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援
- 5. 必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り

付問27-1 問27で2, 3, 4, 5と回答した人のうち、回答した支援が得られれば退院可能か

(N=125)

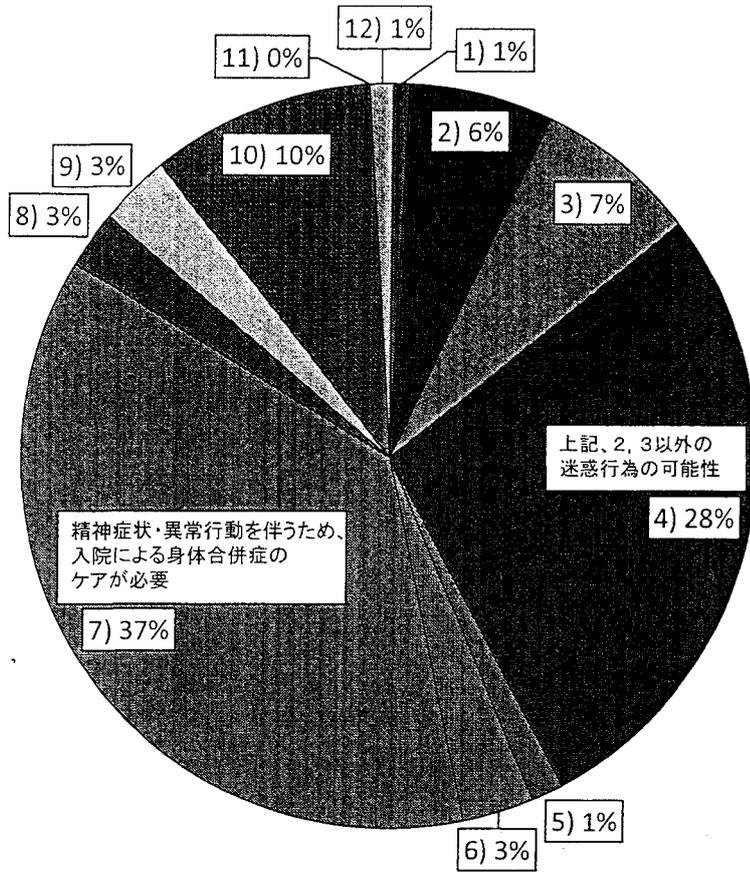


- 可能
- 不可能

30

問28 問24で4の回答をした人のうち、退院の可能性がない理由

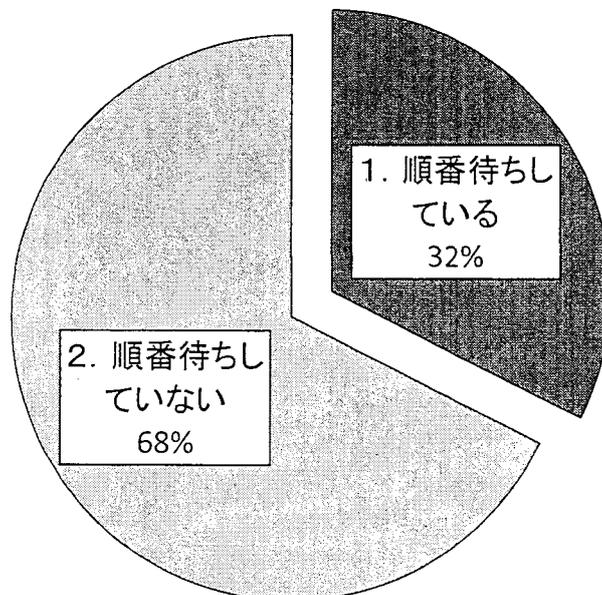
(N=283)



- 1. 自傷行為・自殺企図の可能性が高い
- 2. 他害行為の危険性が高い
- 3. 大声を出す可能性が高い
- 4. 上記、2、3以外の迷惑行為を起こす可能性が高い
- 5. 治療・服薬への心理的抵抗が強い
- 6. 陽性症状(幻覚・妄想)が重度
- 7. 精神症状・異常行動を伴うため、入院による身体合併症の医療ケアが必要
- 8. 生命維持が必要な程度の身体合併症を伴う(気管切開・IVHなど)
- 9. 本人の症状は落ち着いているが、家族からの退院の了解が得られない
- 10. 介護が必要だが、本人の症状が落ち着かず、介護の支援があったとしても生活が組み立てられない
- 11. 経済的な理由
- 12. その他

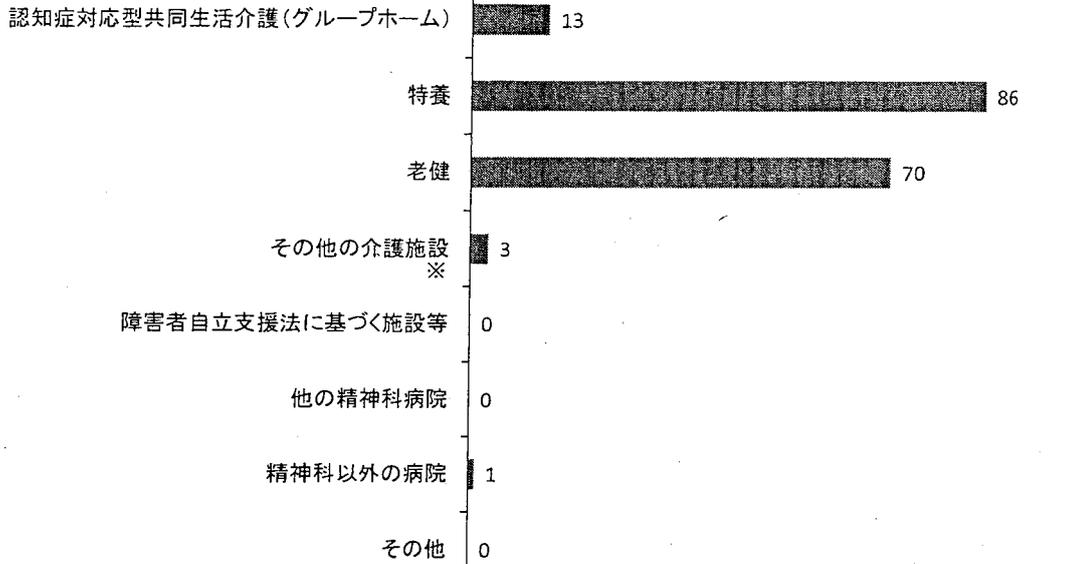
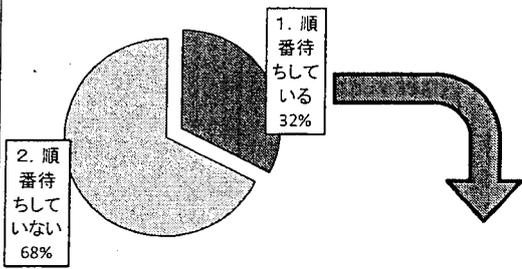
問29 現在転院・入所の順番待ちをしているか

(N=452)



付問29-1 問29で1の回答をした人のうち、どのような施設を順番待ちしているか

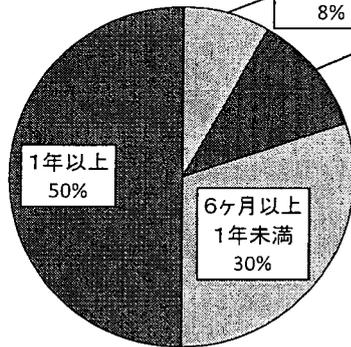
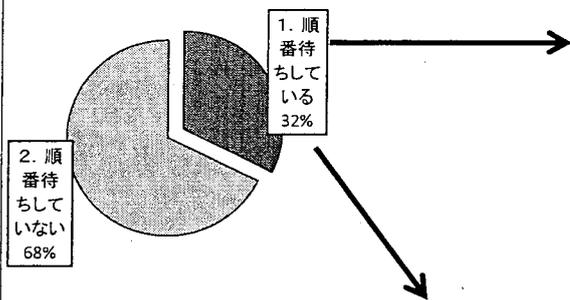
(複数回答可) (N=146)



※その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)

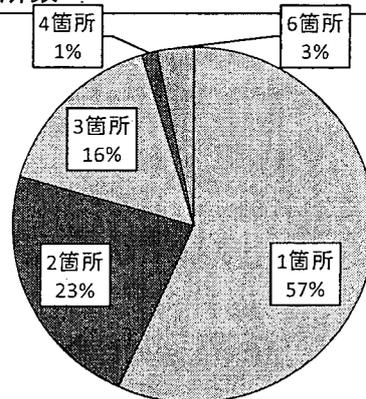
付問29-2 問29で1の回答をした人のうち、転院・入所の順番待ち期間

(N=146)



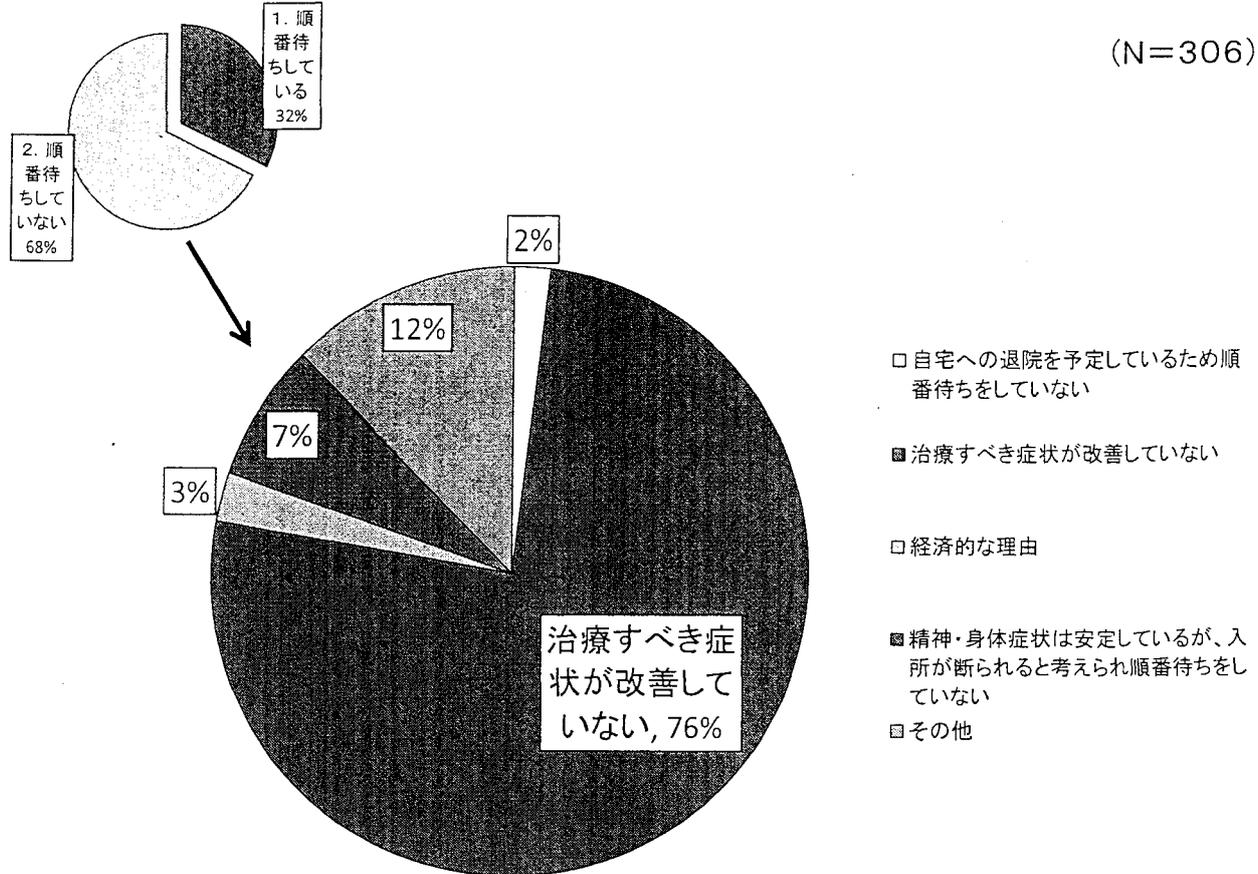
付問29-3 問29で1の回答をした人のうち、転院・入所の順番待ちの施設・医療機関の予約箇所数

(N=146)



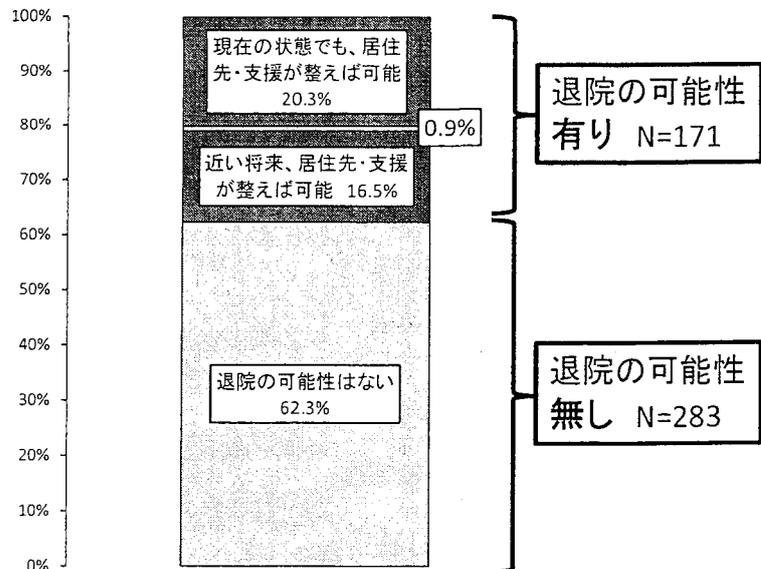
付問29-4 問29で2の回答をした人のうち、順番待ちをしていない理由

(N=306)

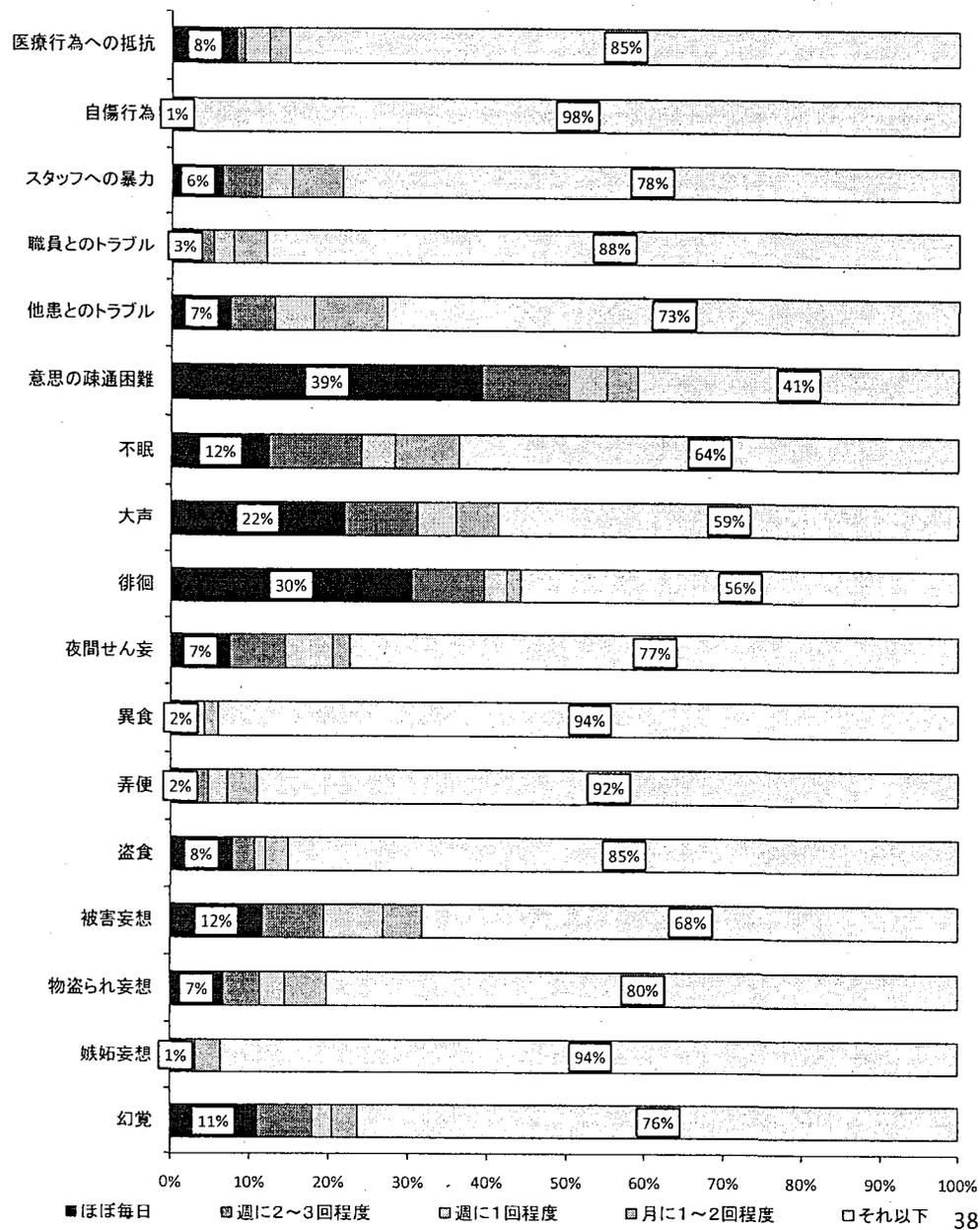


問24(居住先・支援が整った場合の退院の可能性)とのクロス集計

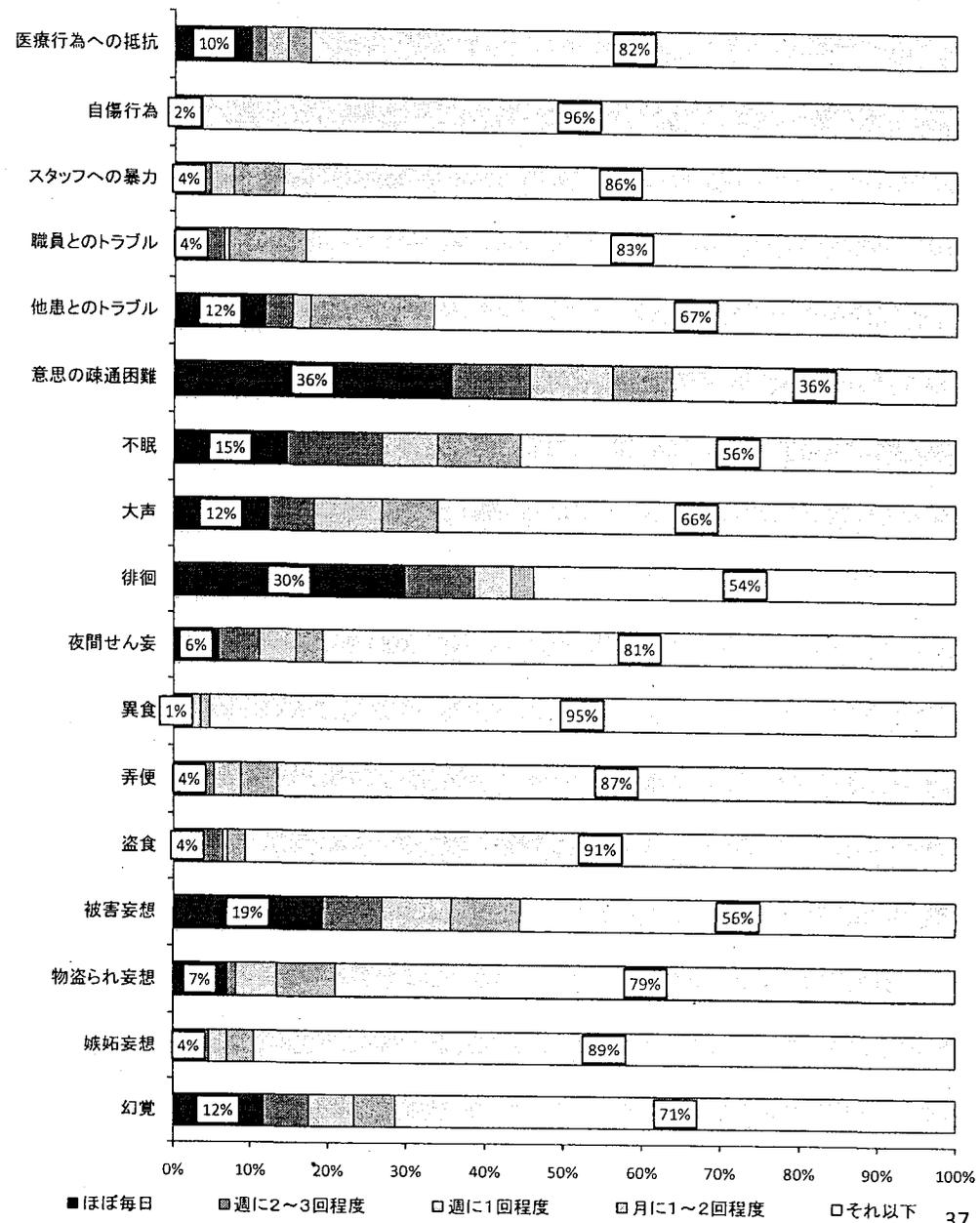
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



問24で4の回答をした人と問8のクロス集計 (N=283)



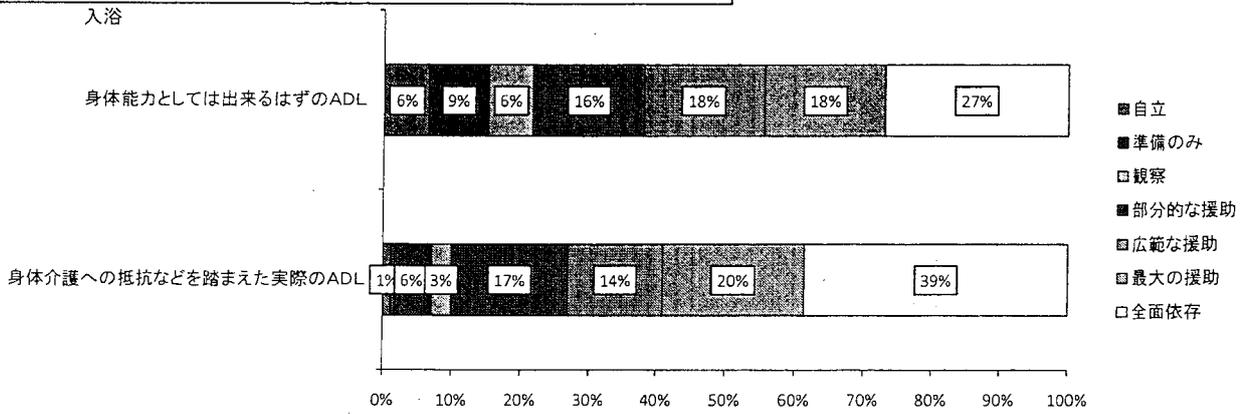
問24で1、2、3のいずれかの回答をした人と問8のクロス集計 (N=171)



問9(調査日から過去3日間のADL)と問24とのクロス集計(1)

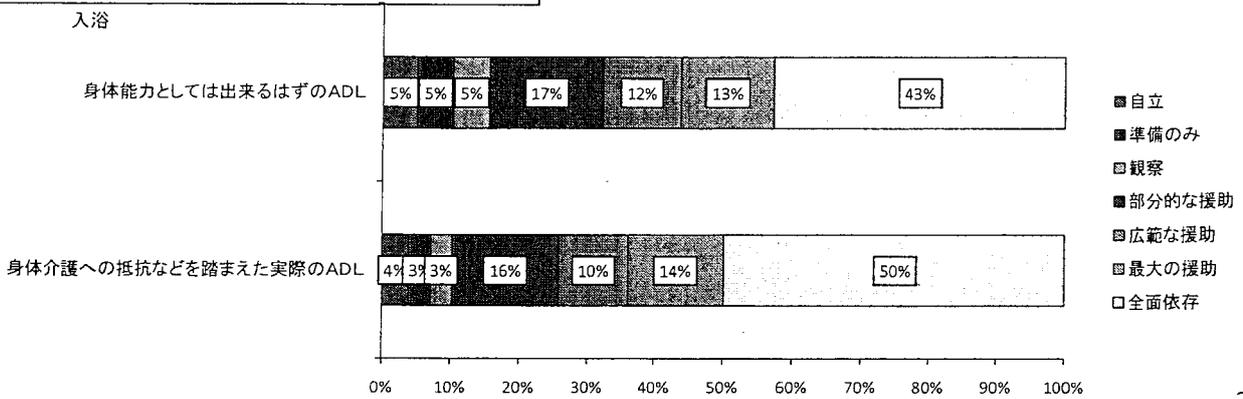
(N=171)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問9e(入浴)とのクロス集計



問24で4の回答をした人と問9e(入浴)とのクロス集計

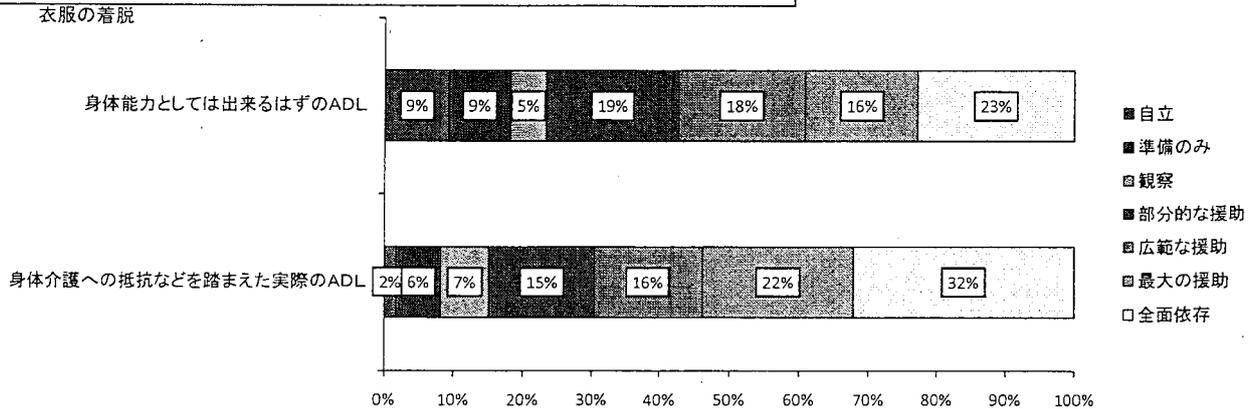
(N=283)



問9(調査日から3日間のADL)と問24とのクロス集計(2)

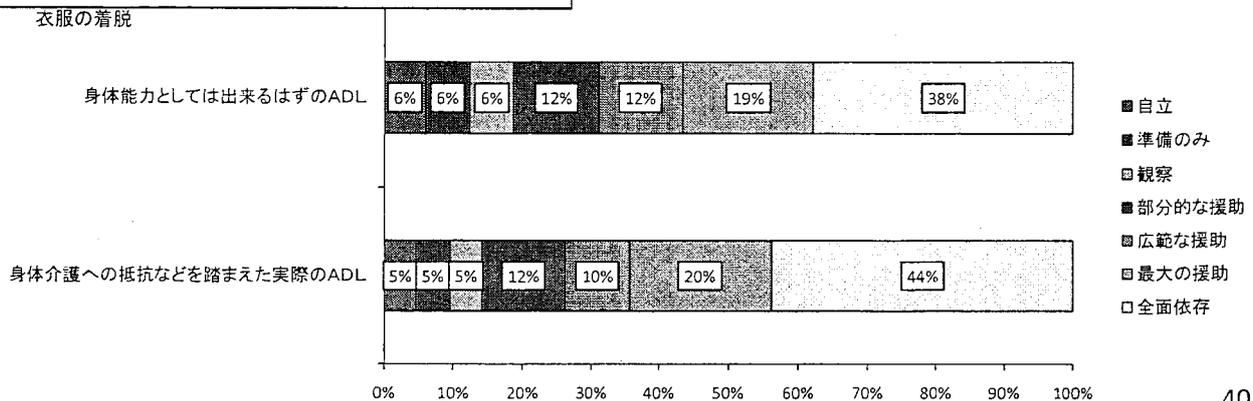
(N=171)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問9f(衣服の着脱)とのクロス集計



問24で4の回答をした人と問9f(衣服の着脱)とのクロス集計

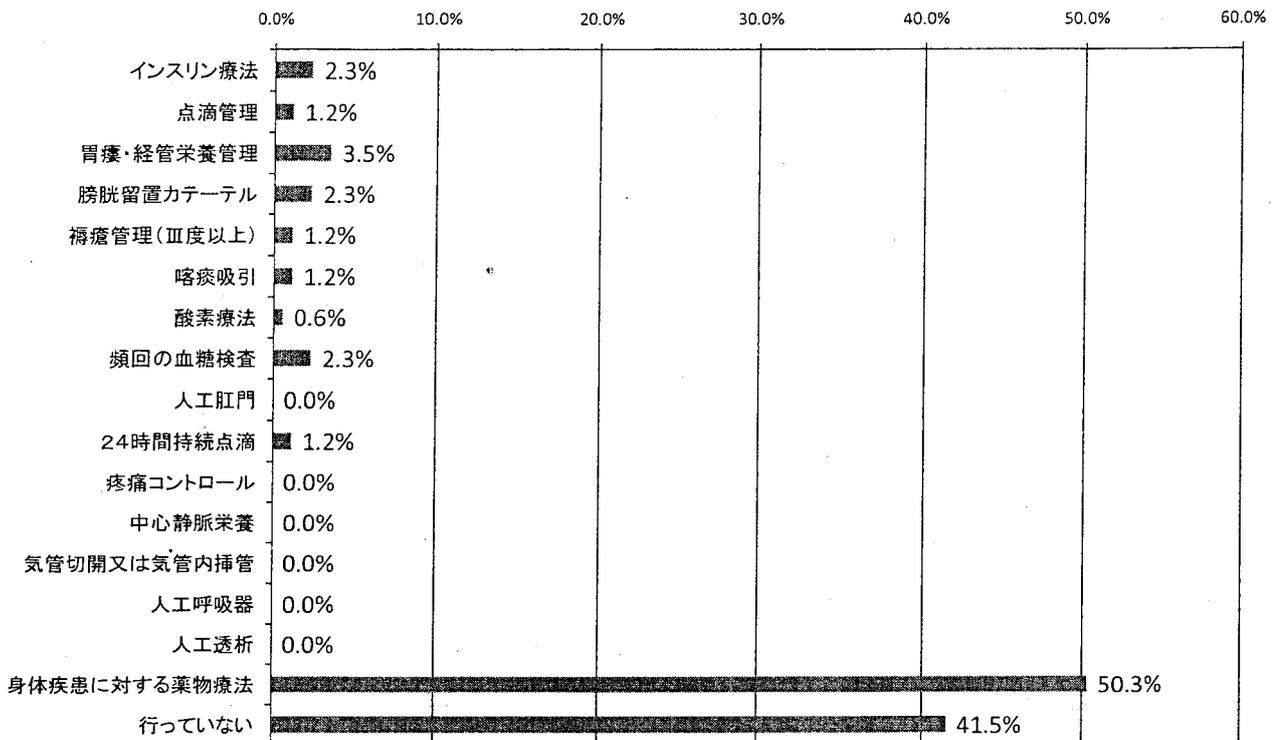
(N=283)



問12(調査日における対象者に行っている身体的管理)と問24のクロス集計(1)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問12とのクロス集計

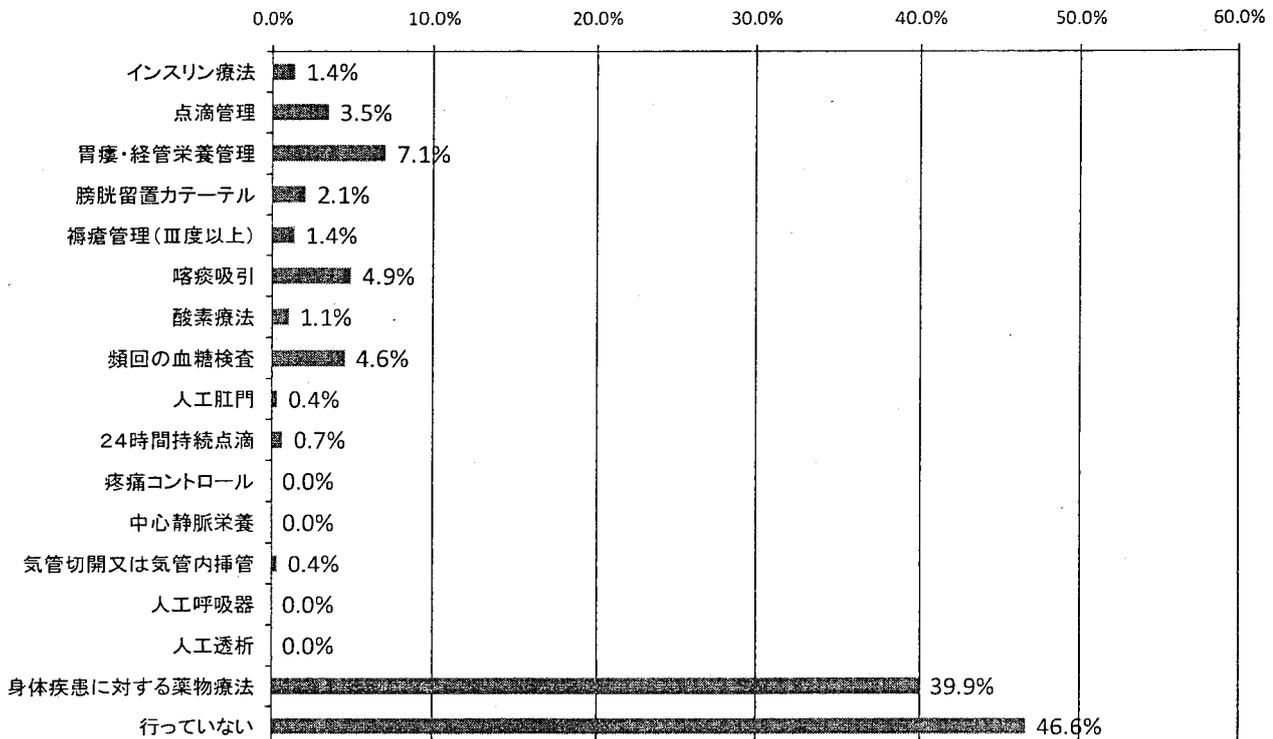
(複数回答可)(N=171)



問12(調査日における対象者に行っている身体的管理)と問24のクロス集計(2)

問24で4の回答をした人と問12とのクロス集計

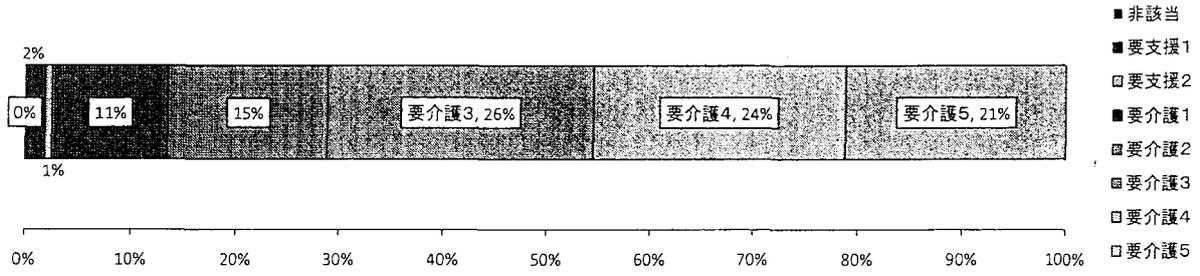
(複数回答可)(N=283)



問6(要介護認定)と問24のクロス集計

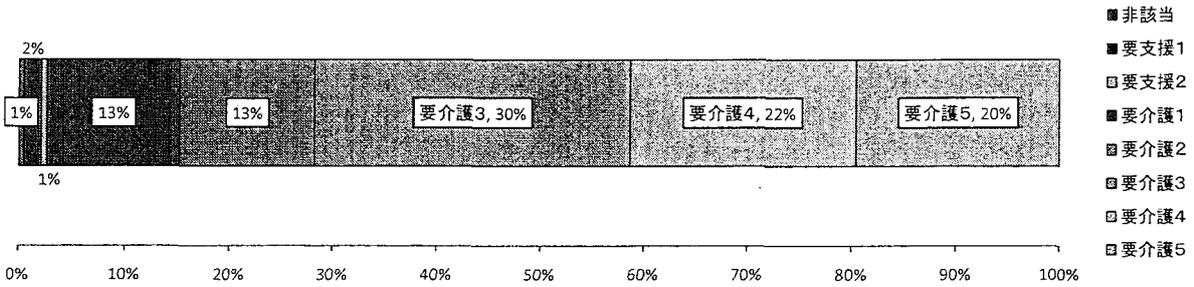
問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】

(N:156 = 171 - 15)



問24で4の回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】

(N:184 = 282 - 98)



## 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」に関する論点（案）

精神病床における認知症入院患者（454人）に関する集計結果を踏まえ、論点（案）や退院可能性の有無と関係すると思われる項目について、調査結果に対する論点（案）として整理した。

## 論点1 精神症状・異常行動と治療の状況

- 過去1カ月間に何らかの精神症状・異常行動のあった割合は、99%【問8】
- 精神症状・異常行動の発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、  
「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%  
「月1～2回程度よりも少ない（月1回未満）」と回答した患者の割合は、  
「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%【問8】
- 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、その他の向精神薬56%、抗認知症薬7%【問14】
- 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「入院生活技能訓練療法」60%、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%【問14-2】
- 精神症状・異常行動の状況【問8】について、「状態の改善が見込まれず、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」の患者（62%）と、それ以外（退院可能性がある）の患者【問24】で比較したところ、「大声：ほぼ毎日」の割合がそれぞれ22%、12%、「徘徊：ほぼ毎日」はともに30%【スライド37, 38】

⇒ ほとんどの患者が何らかの精神症状・異常行動を有する。精神症状等の発生頻度では、「意思の疎通困難：ほぼ毎日」が約4割である。それ以外の症状は、月1～2回より少ない（月1回未満）患者が半数以上を占める。また、精神症状に対する投薬・治療を行っている患者は約6割である。精神症状・異常行動及び治療の状況と退院可能性との関係について、どのように考えるか。

## 論点2 身体合併症と医学的管理の状況

- 身体合併症を有する患者の割合は、87%【問11】
- 身体合併症について「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は、26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は、61%【問11】
- 調査日に身体的管理を「行っていない」患者の割合は、44.7%、「身体疾患に対する薬物療法」の割合は、43.8%【問12】
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%【問13】
- 調査日の身体的管理の状況について、退院可能性の有無【問24】で比較したところ、「行っていない」それぞれ41%、46%、「身体疾患に対する薬物療法」それぞれ50%、40%であったが、「頻回の血糖検査」、「喀痰吸引」、「胃瘻・経管栄養管理」、「点滴管理」は、退院の可能性がない患者の方が、当該管理を行っている患者の割合が高い【スライド41, 42】

⇒ 身体合併症を有する患者の割合は約9割おり、そのうち、入院治療が必要な程度の身体合併症を有する患者は26%、外来通院が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は61%である。また、月1回以上他科受診をしている患者の割合は2割である。身体合併症及び治療の状況と退院可能性について、どのように考えるか。

### 論点3 意思の疎通困難等の精神症状を有する患者へのケア

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護などの抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加【問9】
- 要介護度認定については、「申請なし」25%であるが、「要介護3～5」が53%【問6】
- ADL【問9】について、退院可能性の有無【問24】で比較すると、退院の可能性がない患者の方が、出来るはず及び実際のADLともに、困難度が増加【スライド39, 40】
- 精神症状等に伴う実際のADLの変化について、退院可能性の有無で比較すると、ADLの変化の傾向は、両方とも困難度がさらに増加している【スライド39, 40】
- 要介護度区分の分布【問6】について、退院可能性の有無【問24】で比較すると、どちらもほぼ同じ分布を示している【スライド43】

⇒ 意思の疎通困難等の精神症状を有する場合には、ADLの困難度は増加する。退院の可能性のない患者の方で、ADLの困難度は増加する。要介護度区分は、退院可能性の有無にかかわらず、ほぼ同じ分布である。認知症患者に対するケアの困難度や要介護度区分と退院可能性について、どのように考えるか。

#### 論点4 適切な生活・療養の場と退院後に望まれる支援

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性として、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」あるいは「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は、37%【問24】
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」17%【問25】
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援について、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所をして行われる支援」2%【問26】
- 居住先・支援が整えば退院可能と回答【問24】した患者のうち、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%【問27】

⇒ 退院後の適切な生活・療養の場としては、特養、老健、グループホームがあがっている。退院後に必要な支援には、精神科の定期的な通院、小規模多機能居宅介護、自宅を訪問して行われる支援、訪問診療、短期入所などがあがっている。患者が退院できるように必要となる居住先や支援について、どのように考えるか。

# 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)

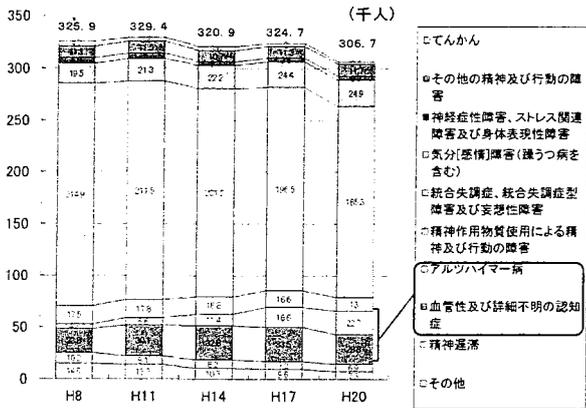
# 精神病床における認知症入院患者の状況について

1

# 精神病床の状況について

2

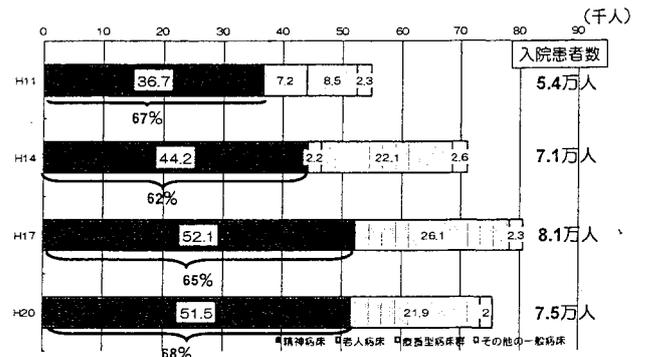
## 精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

3

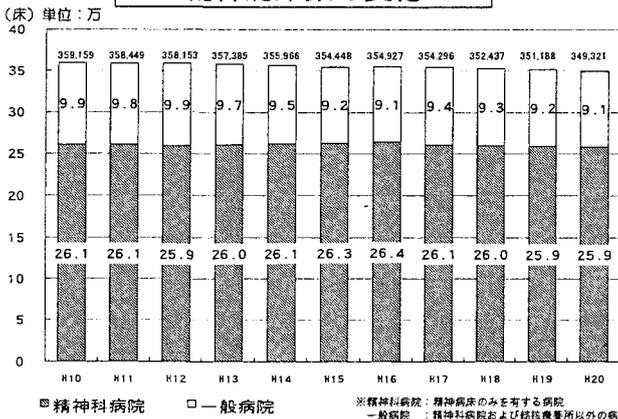
## 認知症を主病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



資料：患者調査 ※一般診療所を除く

4

## 精神病床数の変化

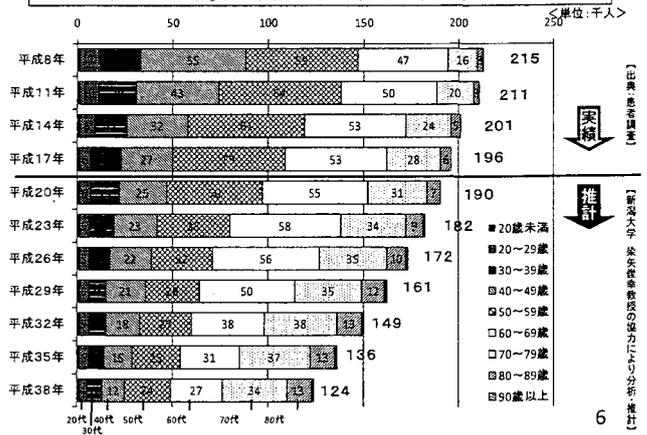


資料：医療施設調査 (毎年10月1日時点)

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

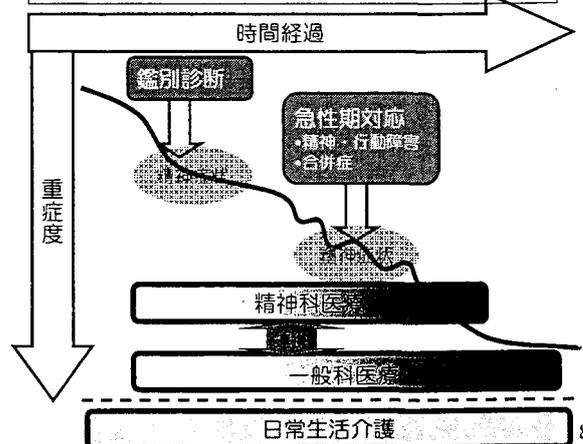


6

## 認知症患者の状況について

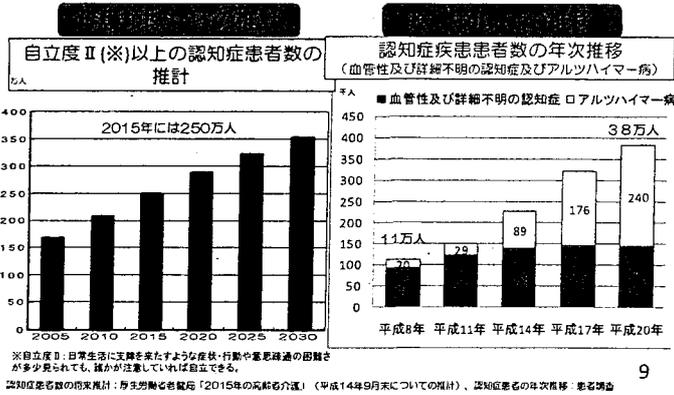
7

## 認知症の経過と医療の必要性

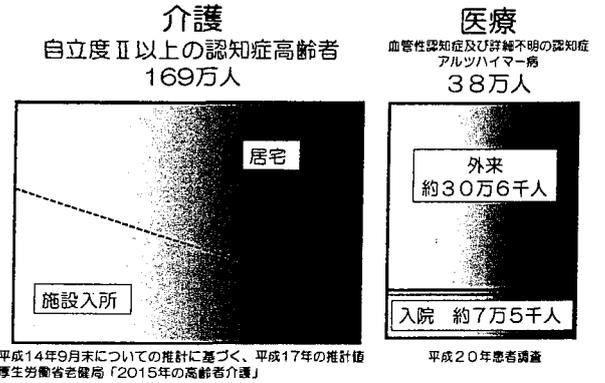


8

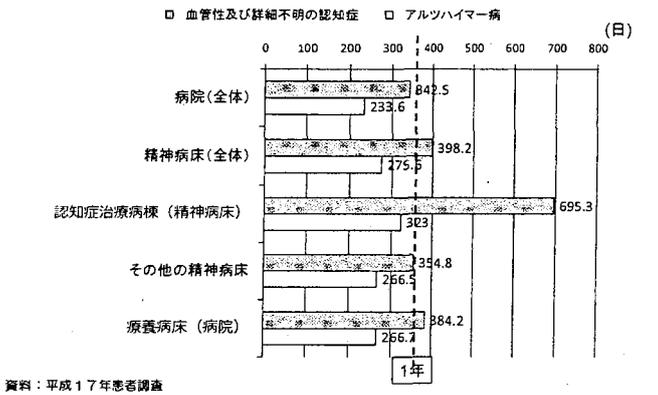
# 高齢者の増加と認知症患者



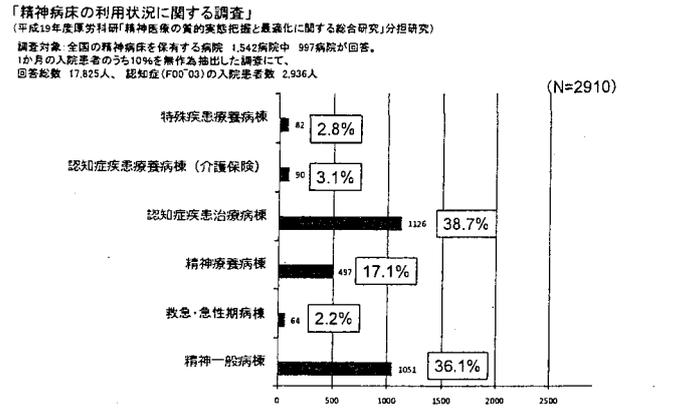
# 認知症患者の所在



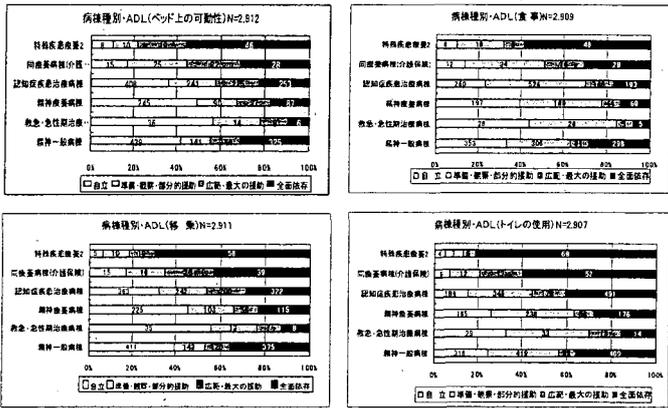
# 病床種類別の認知症入院患者の平均在院日数



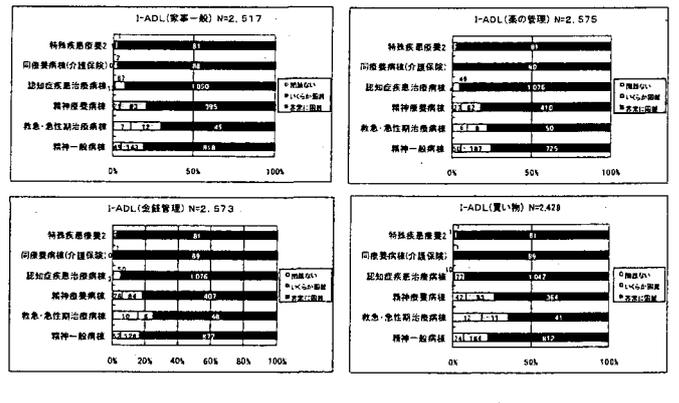
# 精神病床の認知症入院患者(病棟種類別)



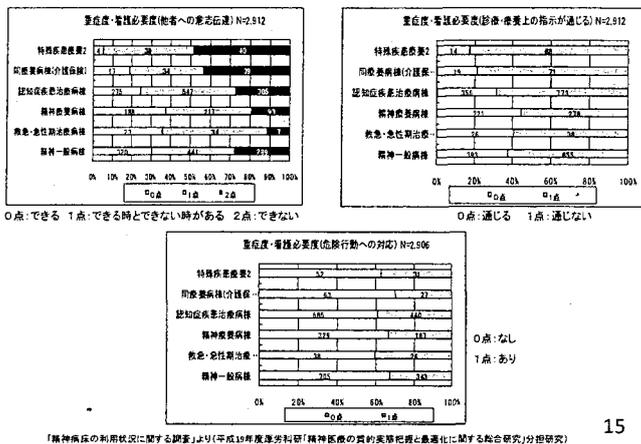
# 精神病床の認知症入院患者のADL



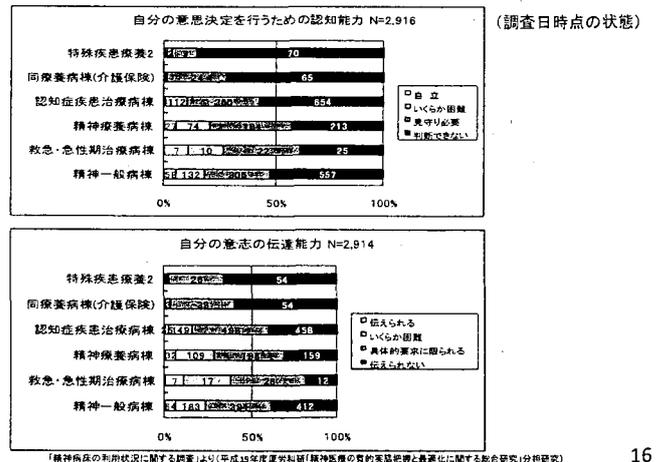
# 精神病床の認知症入院患者のI-ADL



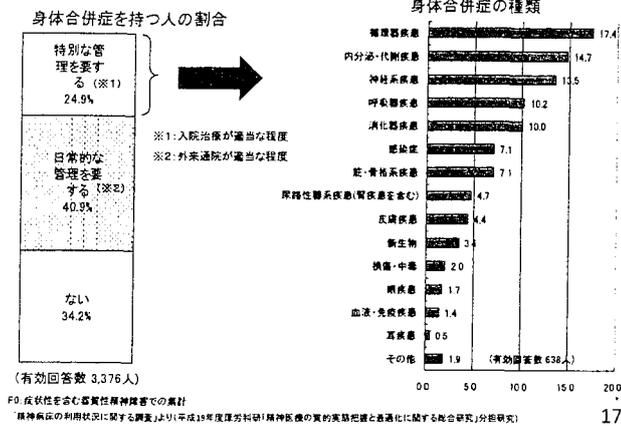
# 精神病床の認知症入院患者の重症度・看護必要度



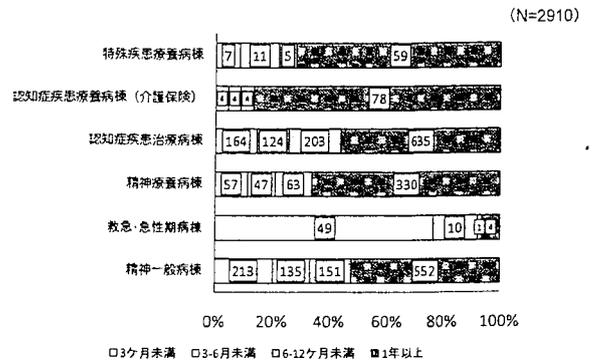
# 精神病床の認知症入院患者の認知能力・伝達能力



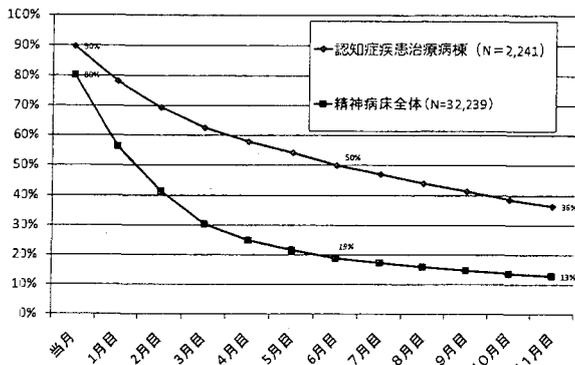
精神病床の認知症入院患者における身体合併症の状況



精神病床の認知症患者の在院期間の状況



認知症疾患治療病棟入院患者の残存曲線



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) 老人性認知症ケア管理病棟 (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 (45医療機関 3,000床*) 10:1 (45医療機関 3,000床*) 15:1 (65医療機関 2,938床*)
--	---	---

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
精神科救急入院料	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	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 ※併存疾患への治療料を算定	※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)	
精神科急性期治療病棟入院料	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	特記なし	※初期加算あり 1,311点 (GAFスコア74以上) 1,240点 (GAFスコア74以下) 920点 (GAFスコア74以下) 800点 (GAFスコア74以下) 712点 (GAFスコア74以下) 658点 (GAFスコア74以下)	
精神科救急入院料	特設医 (救急対応) 1人 PSW 1人 OT又は経理事務員 1人	特設医 30人 看護 看護補助者を合わせて15人以上 OT又は経理事務員 1人	特設医 30人以上 看護 看護補助者50人以上 OT又は経理事務員 1人以上 16歳定年未満	急性期入院を要する患者を有する患者	1,050点 (GAFスコア74以上) 1,090点 (GAFスコア74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	特記なし	病棟にPSWまたは臨床心理士を常勤 病棟にPSWまたは臨床心理士を常勤	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 35:1 OT又は経理事務員 1人	特記なし	病棟にPSWまたは臨床心理士を常勤 病棟にPSWまたは臨床心理士を常勤	集中的な治療を要する認知症患者	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	特設医 1人 PSW 1人 看護 10:1 看護補助者 2人	特設医・看護が半数以上 CT等の検査が速やかに実施できる体制 ※看護単位60床以下	特設医の配置 特設医・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	特設医・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	特設医 1人 PSW 1人 看護 10:1 看護補助者 2人	特設医・看護が半数以上 CT等の検査が速やかに実施できる体制 ※看護単位60床以下	特設医の配置 特設医・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	特設医・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	特設医 1人 PSW 1人 看護 10:1 看護補助者 2人	特設医・看護が半数以上 CT等の検査が速やかに実施できる体制 ※看護単位60床以下	特設医の配置 特設医・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	特設医・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	1,920点 (-30日) 1,600点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2	特設医 1人 PSW 1人 看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理士特設医 看護補助者 1人	特設医・看護が半数以上 CT等の検査が速やかに実施できる体制 ※看護単位60床以下	特設医の配置 特設医・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	特設医・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 特設医・緊急措置入院患者の急診患者	1,820点 (-30日) 1,500点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算 (7日単位に追加)	精神科を専門 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 精神科救急入院料 (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	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	医療安全管理	災害安全管理	看護職員配置	看護士配置	医師管理	在宅医療	検査	投薬	リハビリテーション	精神科専門療法	手術	麻酔	病理診断	
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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科救急入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
認知症治療病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○: 包括 □: 別算定可能

# 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

100点

### 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

500点

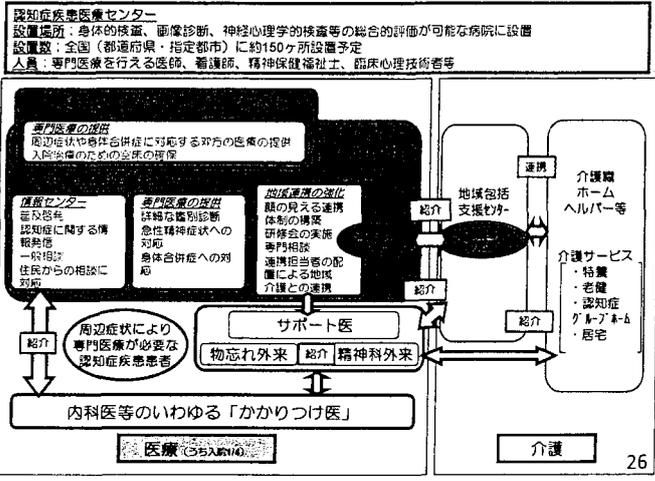
### 認知症患者地域連携加算

#### ●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

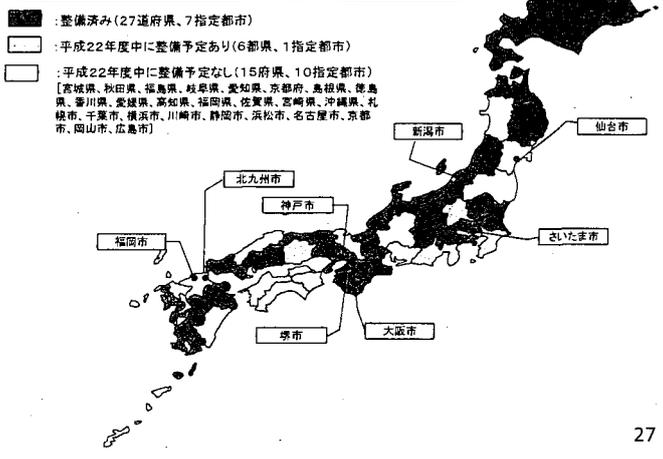
- ・症状の増悪や定期的な評価が必要な場合、月1回まで

50点

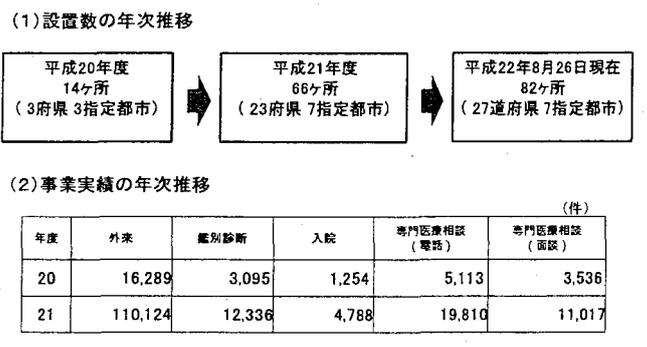
# 認知症疾患医療センター運営事業 平成22年度予算額 577,671千円



## 認知症疾患医療センター整備状況(H22.8.26現在)



## 認知症疾患医療センター運営事業実施状況



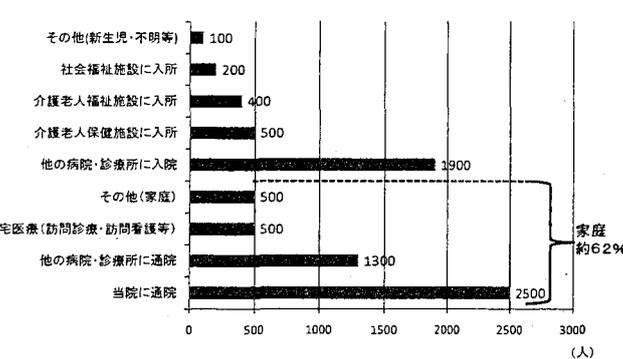
(精神・障害保護課調べ)

## 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

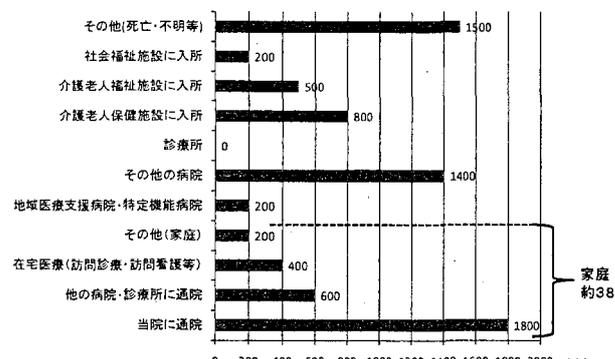
都道府県	医療機関名	都道府県	医療機関名	都道府県	医療機関名
1 北海道	道庁保健医療センター	29 徳島県	徳島県立総合医療センター	57 長崎県	長崎県立総合医療センター
2 北海道	釧路市立病院	30 三重県	三重県立総合医療センター	58 長崎県	長崎県立総合医療センター
3 北海道	旭川市立病院	31 三重県	津市立総合医療センター	59 鳥取県	鳥取県立総合医療センター
4 北海道	旭川市立病院	32 三重県	津市立総合医療センター	60 鳥取県	鳥取県立総合医療センター
5 山形県	山形県立総合医療センター	33 滋賀県	滋賀県立総合医療センター	61 熊本県	熊本県立総合医療センター
6 茨城県	日立市立総合医療センター	34 滋賀県	彦根市立総合医療センター	62 熊本県	熊本県立総合医療センター
7 茨城県	日立市立総合医療センター	35 滋賀県	彦根市立総合医療センター	63 熊本県	熊本県立総合医療センター
8 栃木県	栃木県立総合医療センター	36 茨城県	水戸市立総合医療センター	64 熊本県	熊本県立総合医療センター
9 栃木県	宇都宮市立総合医療センター	37 茨城県	水戸市立総合医療センター	65 熊本県	熊本県立総合医療センター
10 栃木県	宇都宮市立総合医療センター	38 茨城県	水戸市立総合医療センター	66 熊本県	熊本県立総合医療センター
11 埼玉県	さいたま市立総合医療センター	39 茨城県	水戸市立総合医療センター	67 大分県	大分県立総合医療センター
12 埼玉県	さいたま市立総合医療センター	40 大分県	大分県立総合医療センター	68 大分県	大分県立総合医療センター
13 埼玉県	さいたま市立総合医療センター	41 大分県	大分県立総合医療センター	69 大分県	大分県立総合医療センター
14 埼玉県	さいたま市立総合医療センター	42 大分県	大分県立総合医療センター	70 大分県	大分県立総合医療センター
15 埼玉県	さいたま市立総合医療センター	43 大分県	大分県立総合医療センター	71 大分県	大分県立総合医療センター
16 新潟県	新潟県立総合医療センター	44 大分県	大分県立総合医療センター	72 大分県	大分県立総合医療センター
17 新潟県	新潟県立総合医療センター	45 大分県	大分県立総合医療センター	73 大分県	大分県立総合医療センター
18 新潟県	新潟県立総合医療センター	46 大分県	大分県立総合医療センター	74 大分県	大分県立総合医療センター
19 新潟県	新潟県立総合医療センター	47 大分県	大分県立総合医療センター	75 大分県	大分県立総合医療センター
20 新潟県	新潟県立総合医療センター	48 大分県	大分県立総合医療センター	76 大分県	大分県立総合医療センター
21 新潟県	新潟県立総合医療センター	49 大分県	大分県立総合医療センター	77 大分県	大分県立総合医療センター
22 新潟県	新潟県立総合医療センター	50 大分県	大分県立総合医療センター	78 大分県	大分県立総合医療センター
23 新潟県	新潟県立総合医療センター	51 大分県	大分県立総合医療センター	79 大分県	大分県立総合医療センター
24 新潟県	新潟県立総合医療センター	52 大分県	大分県立総合医療センター	80 大分県	大分県立総合医療センター
25 新潟県	新潟県立総合医療センター	53 大分県	大分県立総合医療センター	81 大分県	大分県立総合医療センター
26 新潟県	新潟県立総合医療センター	54 大分県	大分県立総合医療センター	82 大分県	大分県立総合医療センター
27 新潟県	新潟県立総合医療センター	55 大分県	大分県立総合医療センター		
28 新潟県	新潟県立総合医療センター	56 大分県	大分県立総合医療センター		

## 認知症の退院患者の入院前の場所



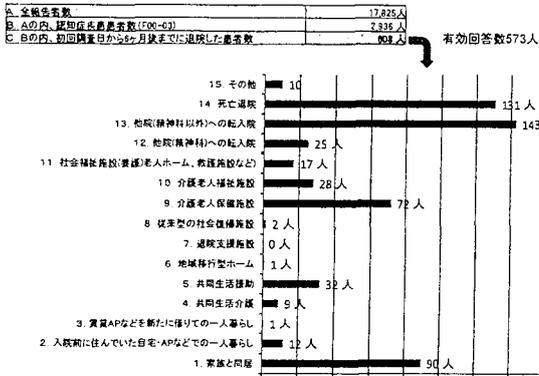
平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、血圧性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したものの(7,800人)の内訳。

## 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、血圧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。

## 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「精神科病の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究) 33

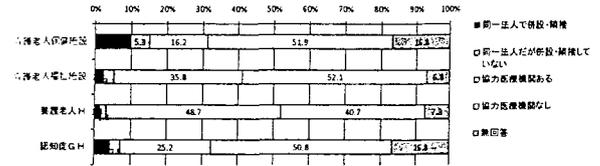
## 平成21年度高齢精神障害者の実態調査(概要)

○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

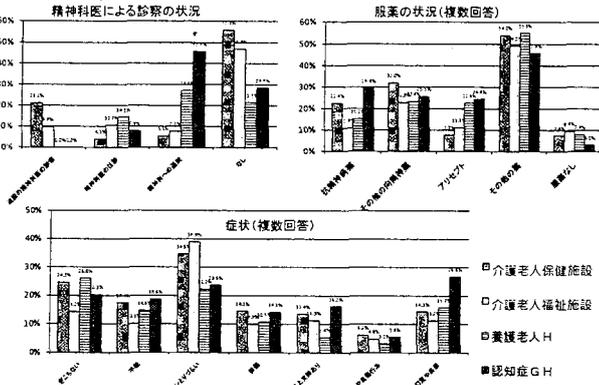
以下の各施設について、事業者団体に加盟する全ての施設を対象として調査した。  
 ・介護老人保健施設 (有効回答数 1229施設 有効回答率 36.6%)  
 ・介護老人福祉施設 (有効回答数 1780施設 有効回答率 41.4%)  
 ・養護老人ホーム (有効回答数 437施設 有効回答率 55.3%)  
 ・認知症高齢者グループホーム (有効回答数 817施設 有効回答率 47.5%)

## ●精神科の併設・協力医療機関の状況



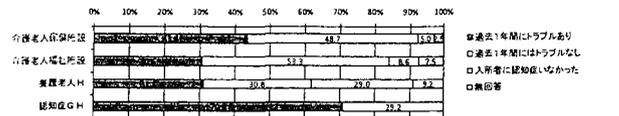
## 精神科病院からの退院後(直後又は6ヶ月以内)に入所した認知症患者の状況

【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】

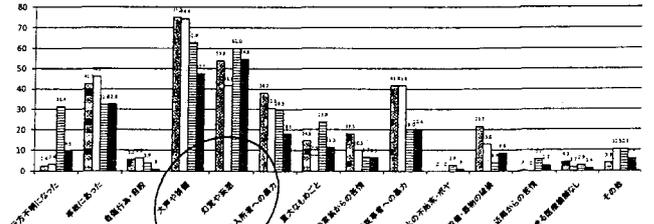


平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

## 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

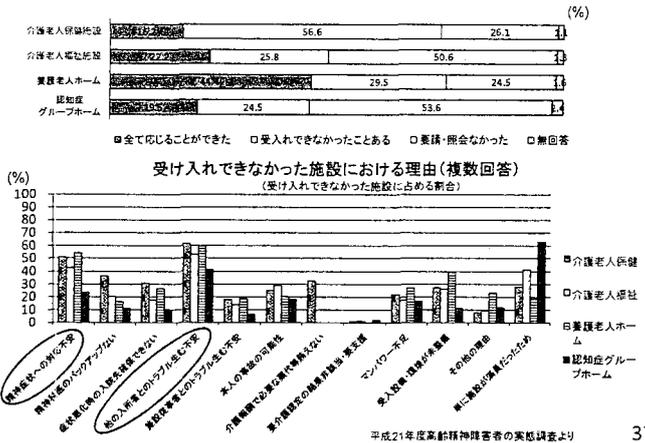


## ↓トラブルの内容 (トラブルのあった施設に占める割合)



平成21年度高齢精神障害者の実態調査より

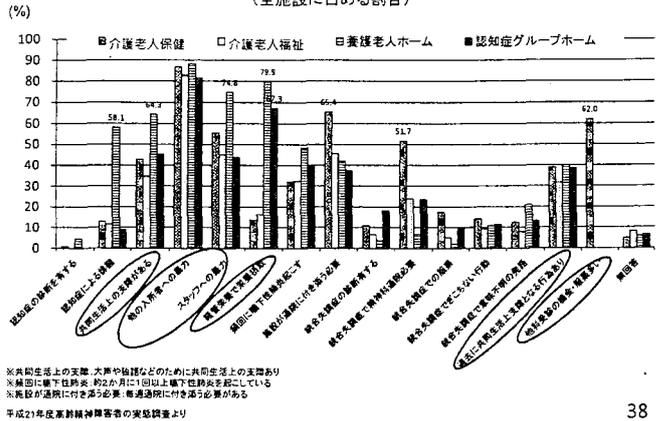
## 精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)



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)

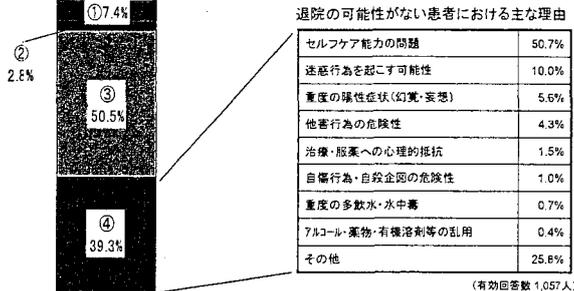


※共同生活上の支障、大声や騒音などのために共同生活上の支障あり  
 ※集団に悪影響を及ぼす恐れ、約2か月に1回以上悪影響を及ぼしている  
 ※施設が退院に付き添う必要、転居退院に付き添う必要がある

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病入院患者の退院可能性と理由

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%
重度の躁性症状(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%
7ルール・薬物・有様溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

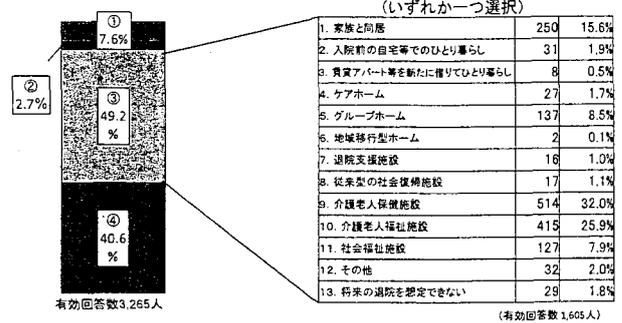
① 現在の状況でも、居住先・支援が整えば退院が可能  
 ② 状態の改善が望まれるので、居住先・支援が整った場合に退院が可能になる  
 ③ 状態の改善が望まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる  
 ④ 状態の改善が望まれます、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「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「精神科病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病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

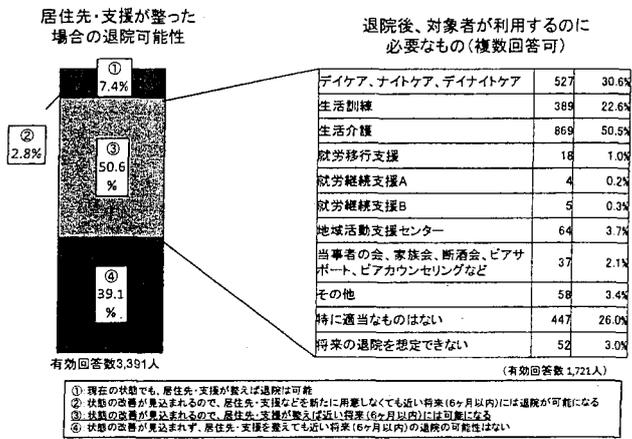
退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」(いずれか一つ選択)



① 現在の状況でも、居住先・支援が整えば退院が可能  
 ② 状態の改善が望まれるので、居住先・支援が整った場合に退院が可能になる  
 ③ 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)には退院が可能になる  
 ④ 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

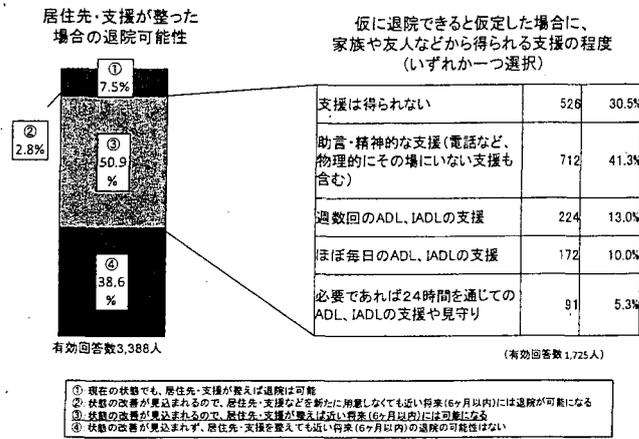
「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労省「精神科病の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

# 認知症による精神病床入院患者の退院後の日中の活動



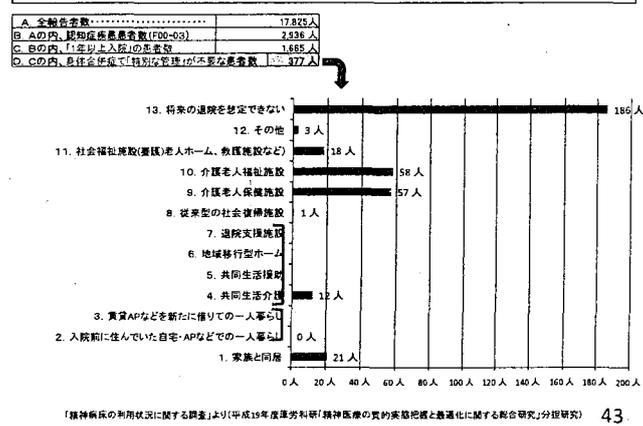
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神疾患の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分報研究)

# 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「精神疾患の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分報研究)

# 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「精神疾患の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分報研究)

# 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)注1)	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)注2)	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	要介護高齢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	…一部の看護、投薬、注射 …一部の看護、手洗	…一部の看護、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	30~110以上 31~50:2以上 51~100:3以上 101以上:3+50:1	100:1 (変動以上)	6:1以上	50:1 (13:1)
介護職員	看護・介護職員を2:1以上で配置	看護・介護職員を2:1以上で配置(55%以上の看護職員を要)	看護・介護職員を2:1以上で配置(55%以上の看護職員を要)	看護・介護職員を2:1以上で配置(55%以上の看護職員を要)	3:1以上 (10:1以上)
施設数	6,015	3,500	2,232	2,617	6,292
定員数	427,703	219,032	89,209	97,645 (32:2)	121,989 (13:2)

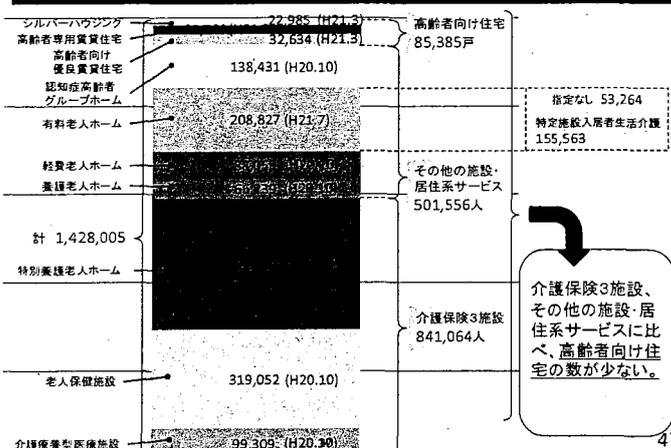
(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。  
 (注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。  
 (資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。  
 (第27回社会保険審議会介護保険部会資料(一部抜粋))

# 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>① 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>② 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>○介護予防特定居宅介護</li> </ul> </li> <li>③ 介護予防支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>④ 居宅サービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問サービス(※4+7+9+12)</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>○特定居宅入居者生活介護</li> <li>○福祉サービス用具貸付</li> </ul> </li> <li>⑤ 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>⑥ 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(7日~14日)</li> <li>○短期入所療養介護</li> <li>○福祉用具貸付</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ 介護給付を行うサービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>【訪問サービス】                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護(※4+7+9+12)</li> <li>○訪問介護通所介護(デイサービス)</li> <li>○訪問介護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>○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸付</li> </ul> </li> </ul> </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

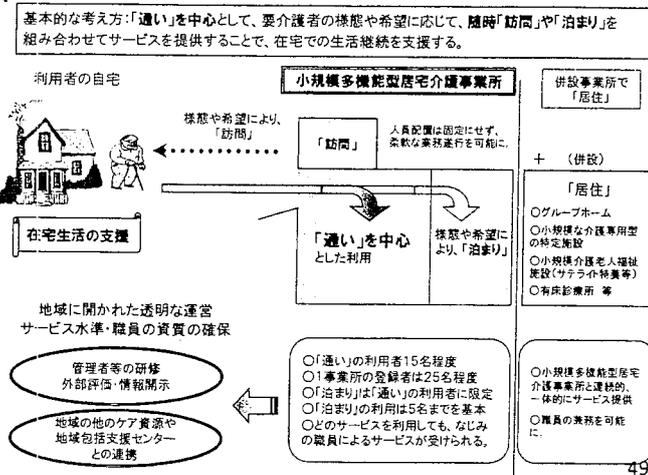


「第27回社会保険審議会介護保険部会資料」

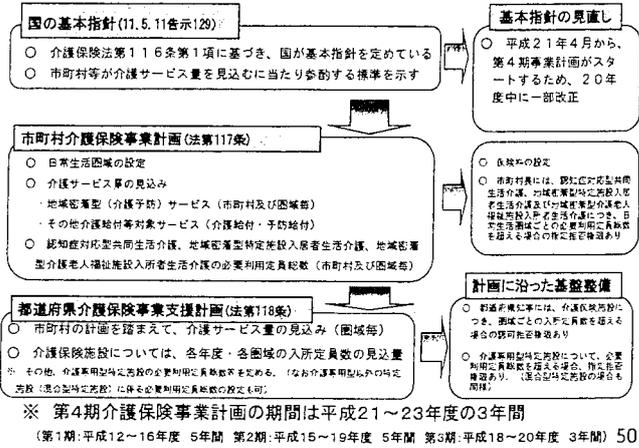
# 有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の比較

	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	高齢者専用賃貸住宅、食事の提供、介護の提供、洗濯掃除等の家事、健康管理のサービスを受け、食事の提供を受けているもの	一定基準を満たし、事業計画等に基づき建設されたもの、専ら高齢者の専ら生活に必要とする居住住宅について、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し、供給計画を行うもの
区分要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 各戸の専有面積が13㎡以上であること</li> <li>2. 1戸1室、専ら高齢者(又は高齢者型)に供給されること</li> <li>3. 居室に必要とする設備(キッチン、洗面所、トイレ、浴室、洗面台、専ら高齢者専用)を備え、洗濯室・衣類乾燥室・居室・健康・生きがい施設を備えること</li> <li>4. 1.4m(中層下1.8m)以下すべての介護用エレベーター(18㎡以上)で、居室に併設及び洗濯機が設置されている場合</li> <li>5. 1.8m(中層下2.7m)以上の高さの場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 各戸の専有面積が13㎡以上であること</li> <li>2. 1戸1室、専ら高齢者専用賃貸住宅として利用するため十分な設備を有するものにあっては18㎡以上</li> <li>3. 併設して各戸に台所、洗面、収納庫、洗濯機、浴室を備えていること</li> <li>4. 共用部分に共同して利用するため適切な設備、収容計画又は管理費を徴収する場合は、各戸が水洗便所と洗面設備を備えていなければならない</li> </ul>
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配置 介護職員・看護職員・機能訓練職員・栄養士・生活相談員 施設長・事務員・調理員	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 (500万円が超過償還限度のいずれか低い方の金額)	新築費等の算定根拠の明示及び保証金の義務化 (500万円が超過償還限度のいずれか低い方の金額)
契約形態	利用権方式 賃貸借方式	賃貸借方式
行政監督	都道府県知事(福祉部局)への届出 報告徴収、立入検査、改善命令	都道府県知事(住宅部局)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(1)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施設入所者が重症化し、医療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、施設入所者確保の観点から、今後の施設整備のあり方について、(中略) 【施設整備のあり方について】 ①介護保険の在り方により、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、医療サービスが提供され、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、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) - 認知症の介護(介護職員の確保) - 認知症の介護(介護職員の確保)	

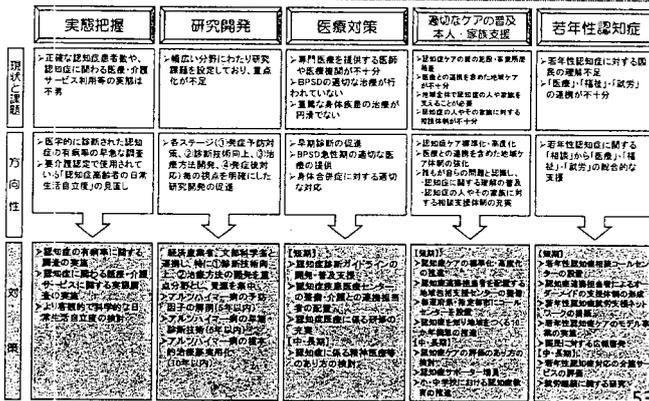
認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

- ・ 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、障害者福祉部部長、老健局長 [事務局長]

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早期の把握、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。



「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込む事例も生じている。

(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に対する適切な医療の提供を促進すること。
- 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) 早期対応

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、看護課等のコミュニティカルケアの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                 |
| 金子 利之    | 東京大学大学院法政学研究所教授            |
| 桜井 敬子    | 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     | 社会福祉法人浴敷会認知症介護研究・研修東京センター長 |
| 岩倉 香澄    | 日本テレビ報道局経済部 解説委員           |
| 川村 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       |
| 湯田 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、病院等に転院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結果、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。自覚的異常のないBPSDに対しては入院治療を行い、改善試みをやむを得ない限り、重症施設への長期入院の問題は軽減されている。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→重度化して退所→特別養護老人ホーム等)に入所を余儀なくされていたが、施設間においても広がり続けることが可能な在宅介護と連携したケアの提供が実現した結果、在宅生活の維持が促進され、高齢者が必要に応じて適切なケアを受けられるようになっている。また、(住まい)に必要な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)

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

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

- 表が(四)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、③の機能は、④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、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) いわゆる総合精神科、認知症医療センター等の専門医療機関が急性期の重症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する役割を担う

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指摘がある。
- 一方、認知症を主とする精神科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必要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、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。

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(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年度までのものに現行行われている若狭の取組を早急に導入し、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・入所病床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や介護サービス等の供給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か年の重点施策群において追加するもの)

- 認知症に関する目標値(入院・入院患者数、等)：平成23年度までに具体化する。

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慢性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場合の迅速な対応の実現や、早期からの在宅ケアの推進を図るべきではないか。
- (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に活用する必要があるが、具体化が十分ではないという指摘もある。
- 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え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。今後は、介護サービス高度化を前提とした在宅生活を支えるための体制の整備を進めるべきではないか。
- (後略)

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

② 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・治療、家族への相談・支援などを継続的に実施するため、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。
- 早期発見後の適切な診断や治療、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、一般病院における医師層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。
- 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、更に検討すべきである。
- 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通じて、再び認知症対応能力を高めることで地域に受け入れ、再び認知症対応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周知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。
- (後略)

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病床が十分でないとの指摘がある。

(3) 改革の長所

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在行われている、認知症の有病率や認知症に関する医療サービスの現状等に関する調査を早急に進めるべきである。
- その上で、その結果に基づき、認知症高齢者による限り地域に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を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を持つ患者に対応できるよう、認知症医療センターの機能の充実・促進を図り、これらの専門医療機関を確保するとともに、
- ② 認知症病棟等の体制の充実
- ③ 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、入院治療を必要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た生活の更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される。
- また、あわせて、精神科の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。
- 認知症の身体合併症については、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ているが、認知症の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、精神科の病棟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、認知症医療センター等における専門医と、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。