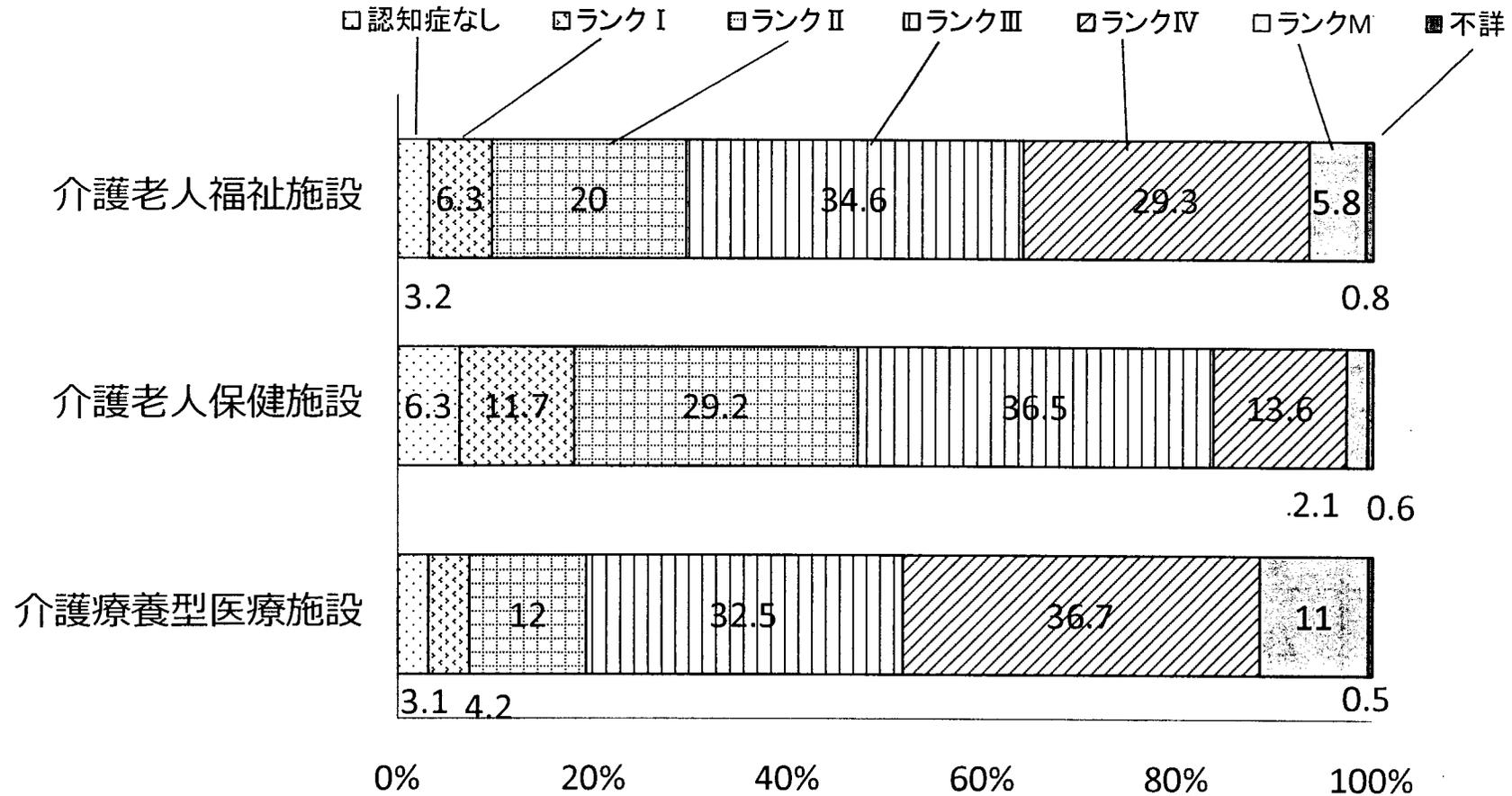


介護保険施設入所者の認知症の状況 (認知症高齢者の日常生活自立度判定基準)



平成19年介護サービス施設・事業所調査

認知症による精神病床への入院患者の 身体合併症、ADL障害の状況

GAF 51以上

合併症 ADL	特別な管理(※3)	日常的な管理(※4)	なし	計
直接介助要(※1)	19.5	25.2	17.6	62.3
準備・観察(※2)	2.7	6.7	5.5	14.9
自立	2.8	9.0	11.1	22.9
計	25.0	40.9	34.2	100.0

(n=3,356) (%)

※1: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のいずれかについて、直接の(ボディタッチを含む)援助が必要

※2: 「直接介助要」には該当しないが、4項目のいずれかについて、準備・観察が必要

※3: 入院治療が適当な程度

※4: 外来通院が適当な程度

合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	9.8	15.7	8.6	34.1
準備・観察	3.9	7.8	6.4	18.1
自立	5.6	20.8	21.4	47.8
計	19.3	44.3	36.4	100.0

(n=499) (%)

GAF 50以下

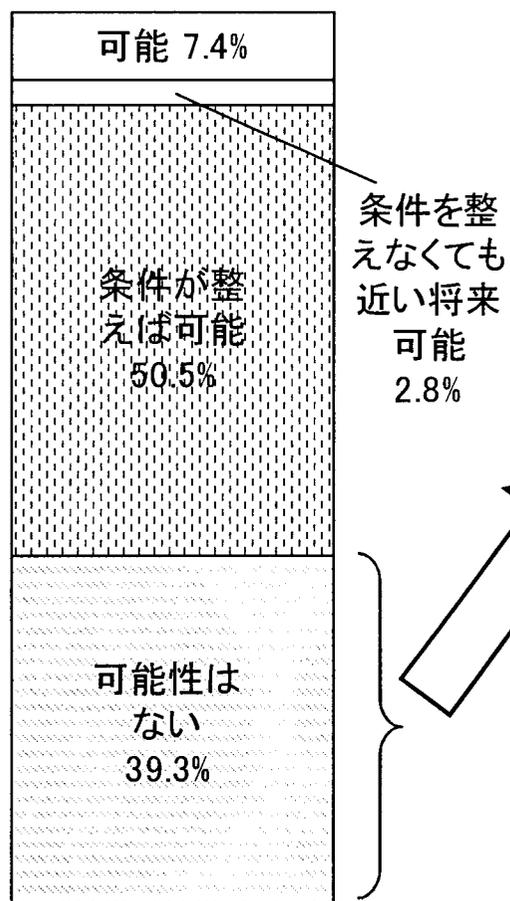
合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

(n=2,857) (%)

「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)

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

居住先・支援が整った
場合の退院可能性



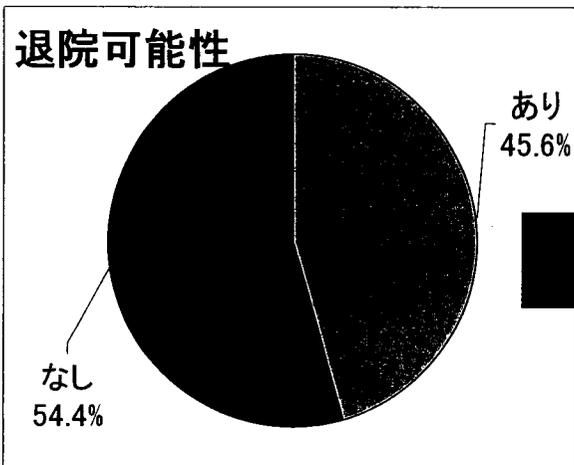
(有効回答数 3,458人)

退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

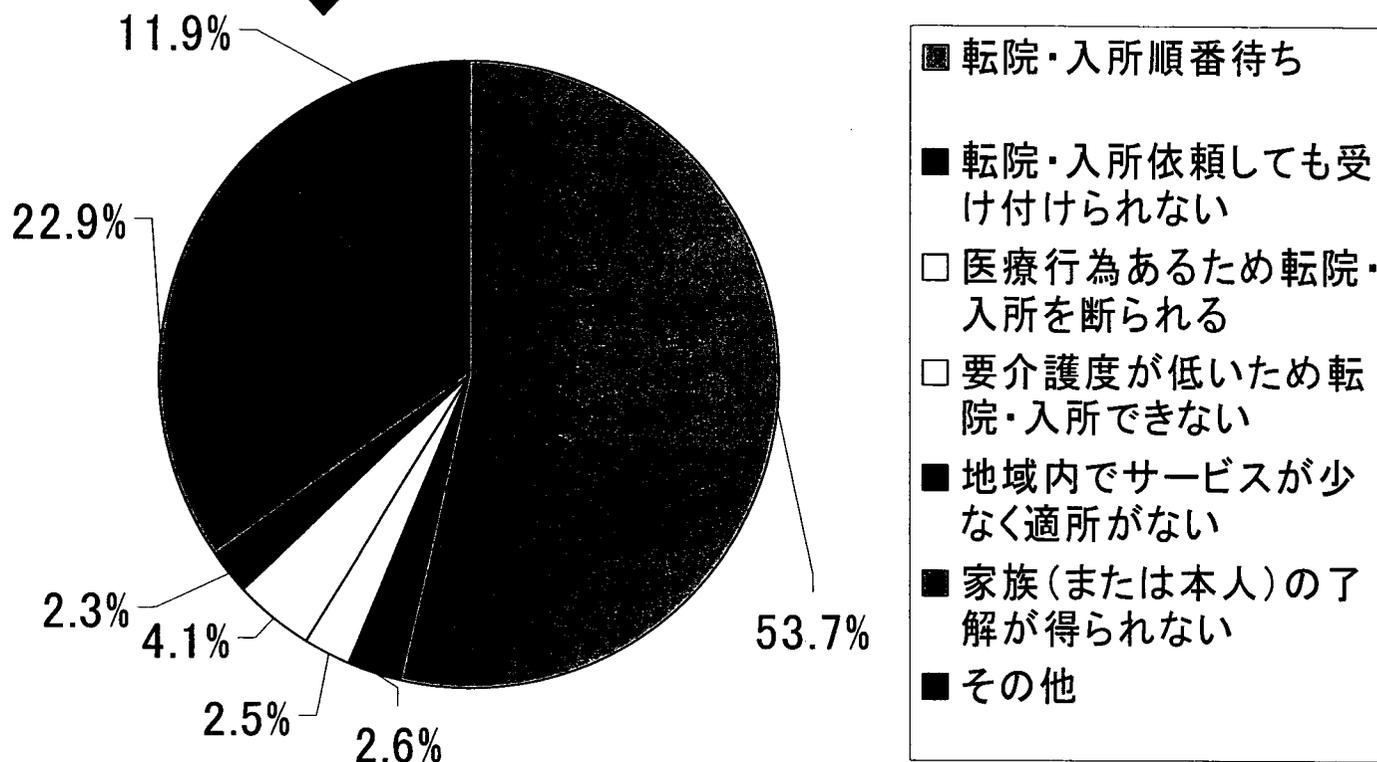
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



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

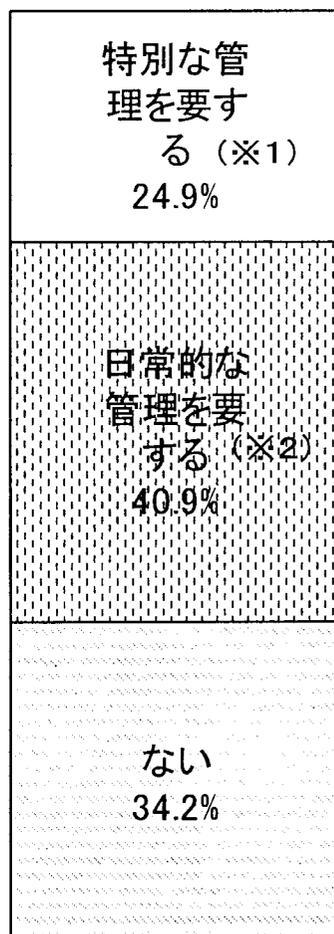
退院可能性ありの患者が退院に結び付かない理由

(n=834)

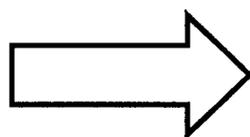


症状性を含む器質性精神障害（主に認知症）の 入院患者における身体合併症の有無

身体合併症を持つ人の割合



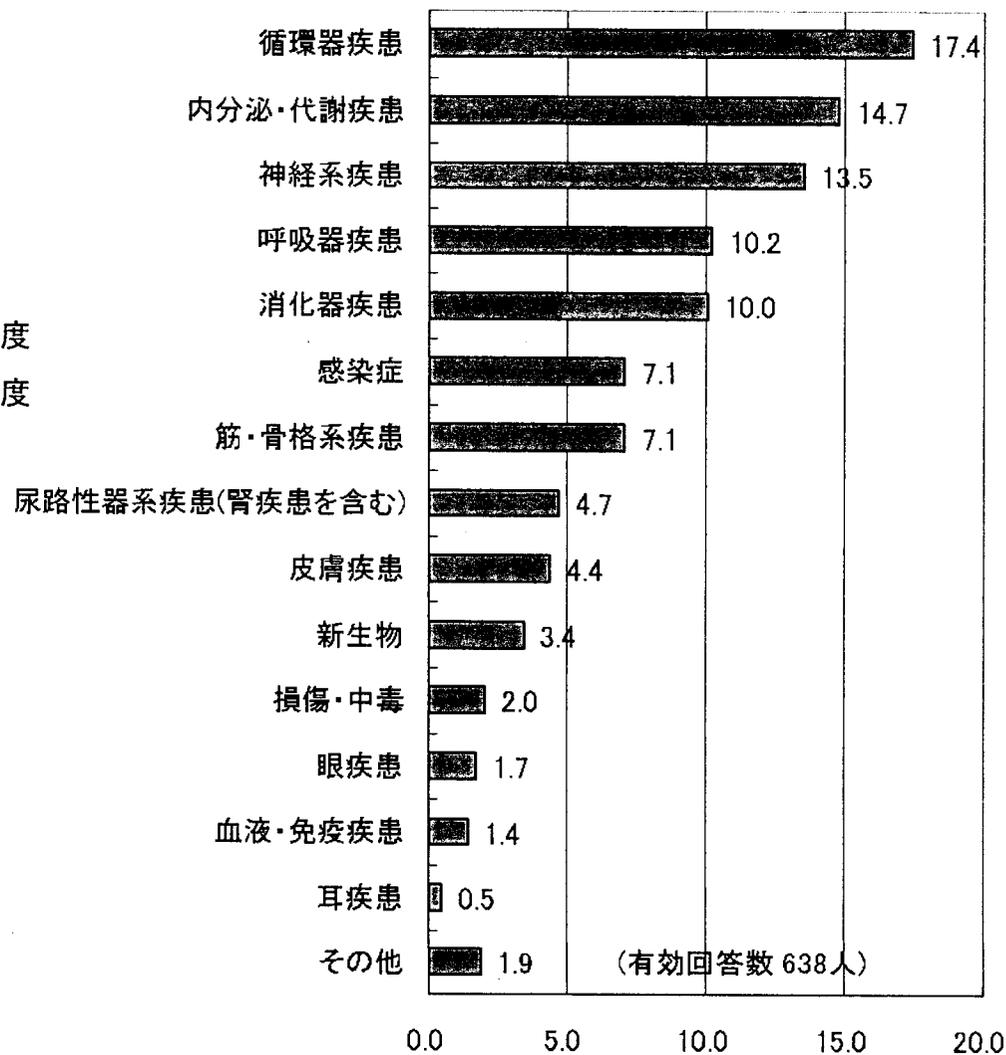
（有効回答数 3,376人）



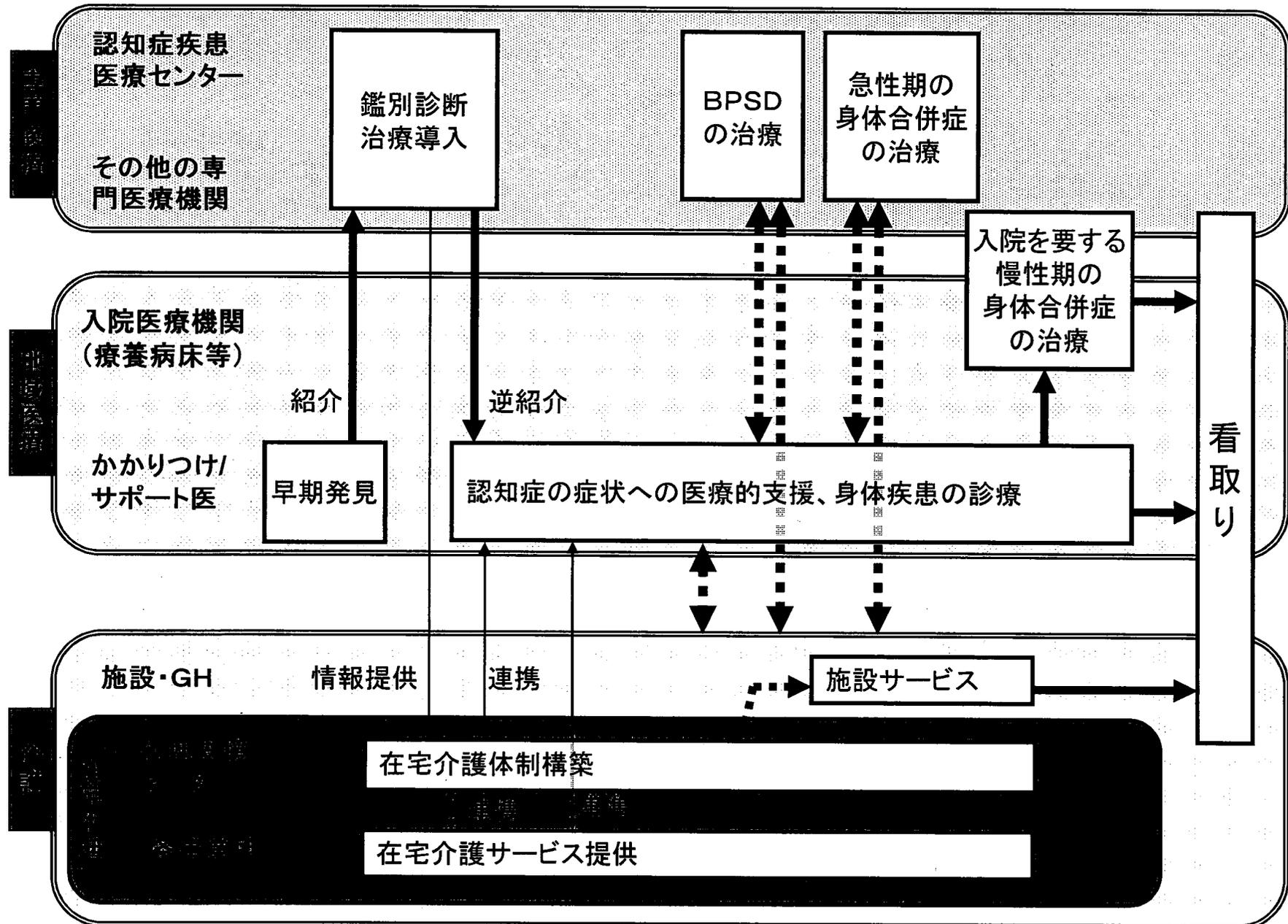
※1:入院治療が適切な程度

※2:外来通院が適切な程度

身体合併症の種類

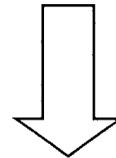


認知症への医療体制(イメージ)



実態の把握

- ・わが国における認知症の有病率は昭和55年から平成2年に行われた調査に基づく全国推計(平成3年)以降は推計が行われていない。
- ・今後高齢化が進行する中、認知症に対する医療及び介護サービスの総合的な対策を行うためには、認知症の有病率や医療・介護サービス資源利用の実態など、基本的な調査が必要。



- ・ 医学的な診断基準に基づく、日本の認知症の有病率(全国推計)の把握
- ・ 認知症に関する医療・介護サービス資源利用についての実態調査

(平成21・22年度厚生労働科学研究費認知症対策総合研究「認知症の実態把握に向けた総合的研究」事業)

検討(2)

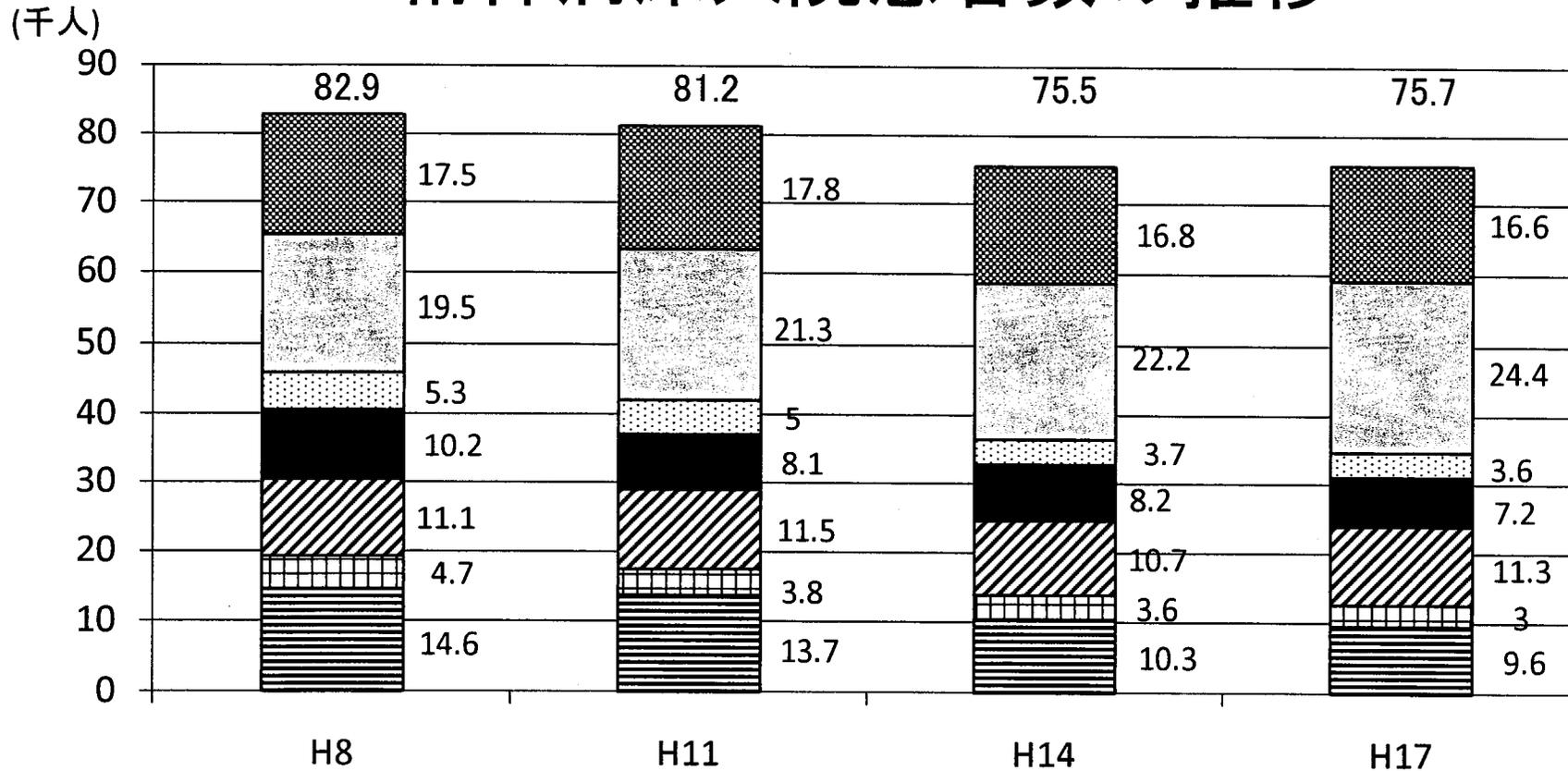
認知症による 今後の入院患者数についての考え方

- 我が国においては、人口の高齢化により、今後も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かかりつけ医による認知症に対する外来医療、②ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、③BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、④身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- ③のうち、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主な役割として位置付けられている。
- また、④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、
 - (ア) 総合病院精神科、認知症疾患医療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担い、
 - (イ) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められている。
- 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、その中には、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による治療を要さない者も存在する状況が明らかになっており、医学的に精神病床への入院が必要な者は、入院患者のうち一定割合であるものと考えられる。

- このため、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BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、その結果に基づき、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て、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を検討すべきではないか。
- 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機能させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討するべきではないか。
- また、あわせて、精神症状の面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、一般病床及び療養病床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はないか。

④—(3) その他の疾患

統合失調症・認知症以外の 精神病床入院患者数の推移



- [F1]精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- [F3]気分(感情)障害(躁うつ病を含む)
- ▨ [F4]神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- [F7]精神遅滞
- ▨ その他の精神及び行動の障害
- ▤ てんかん
- ▩ その他

検討(3)

その他の疾患による 今後の入院患者数についての考え方

- 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数は、近年やや減少傾向にある。
- 一方で、この中には、気分障害など患者が増加している疾患や、依存症等、今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含まれている。
- このため、統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数については、当面、これまでと同程度と見込むことでよいか。

