

認知症について

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野(認知症、依存症、児童・思春期等)については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床(認知症病棟(旧認知症疾患治療病棟)等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行ってはどうか。

① 認知症の現状と 求められる医療機能

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計人数

要介護者の日常生活自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	日常生活自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推 計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自 立度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活自 立度Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

※ 2002年9月末についての推計。

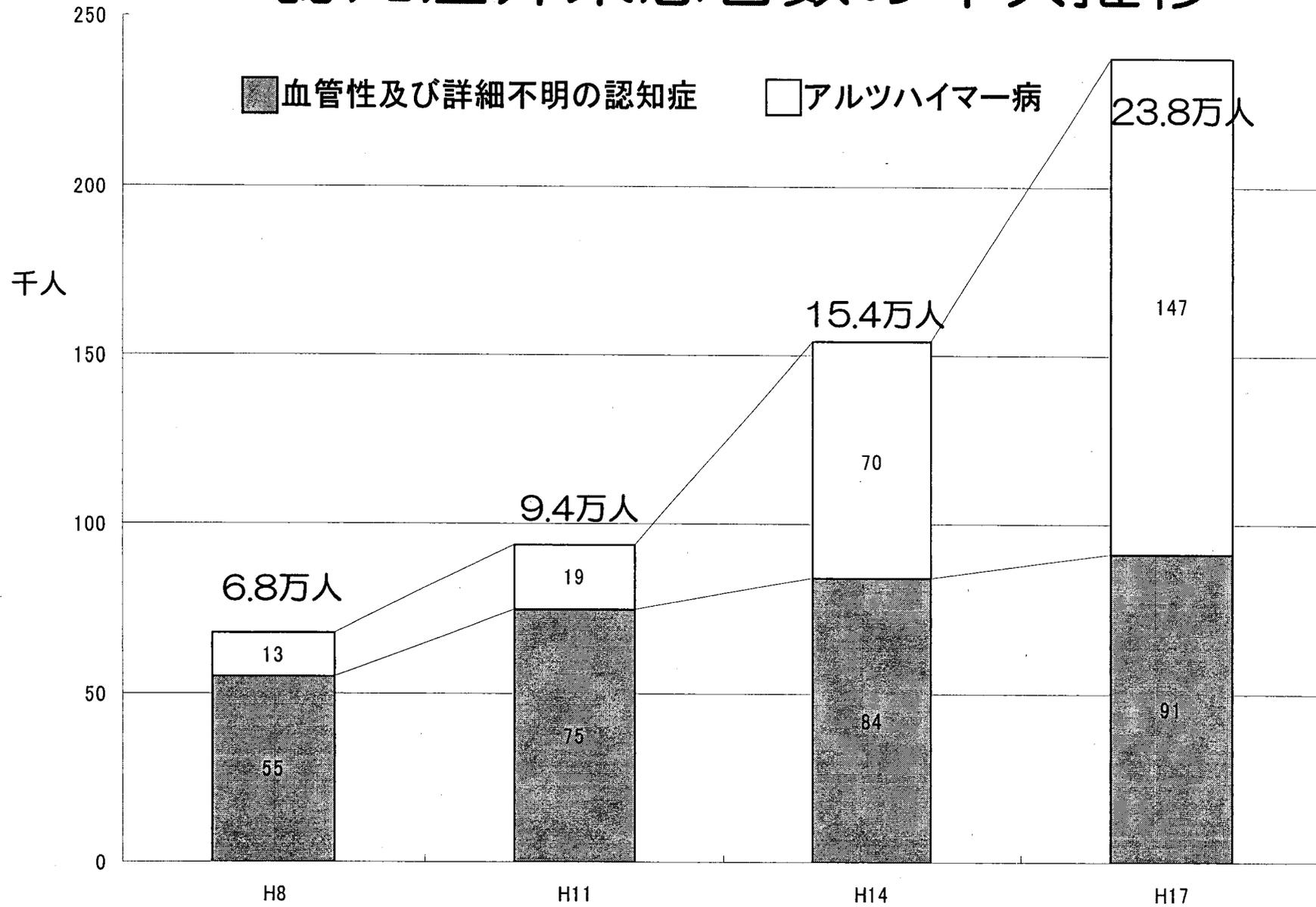
※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

(平成15年3月24日 老老発第0324001号から抜粋)

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
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・行動や意思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。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一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・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	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、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状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。	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周辺症状が継続する状態等 4

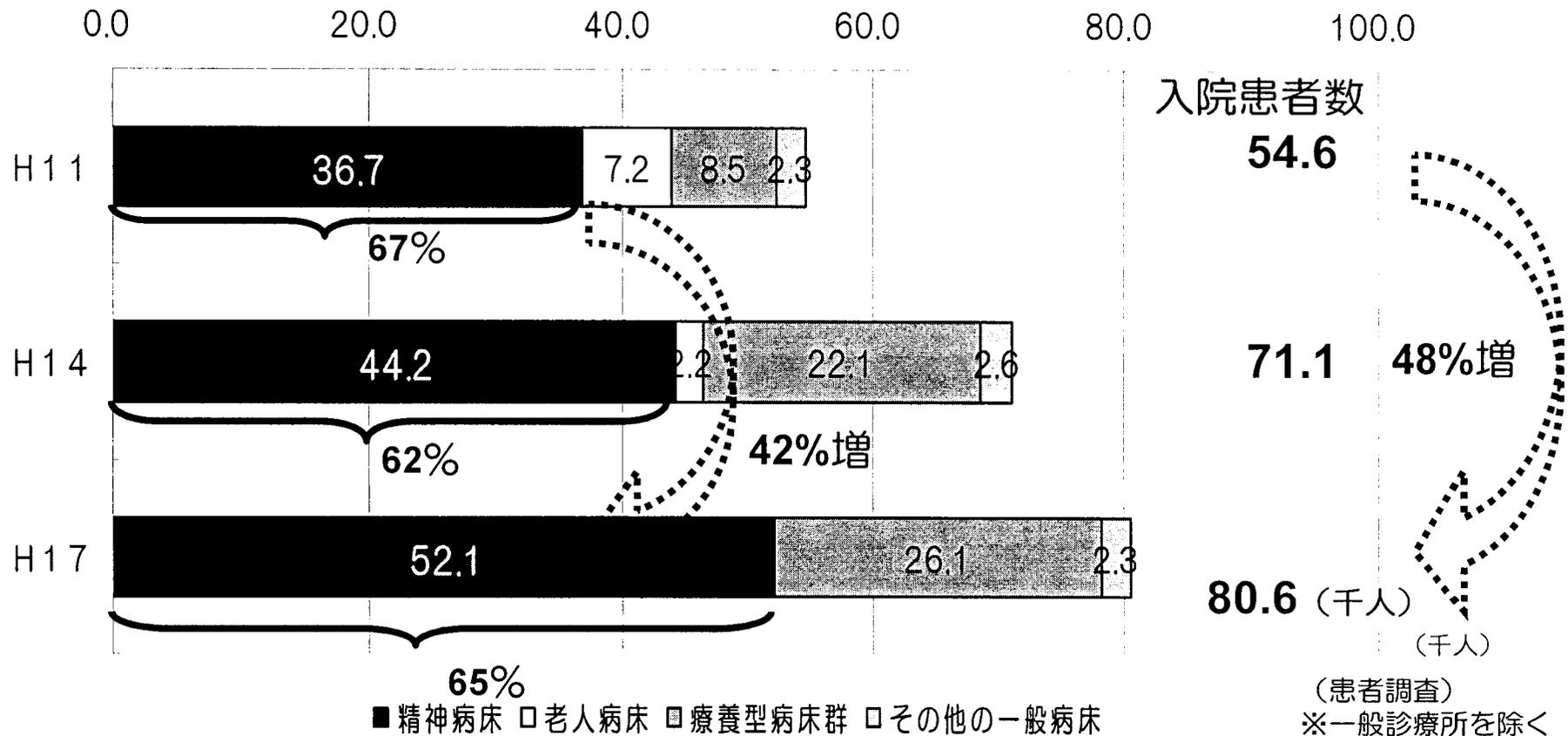
認知症外来患者数の年次推移



【出典】 患者調査

認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

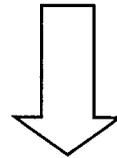
(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



認知症疾患を主傷病名とする入院患者は
H11→H17の6年間で48%増加

実態の把握

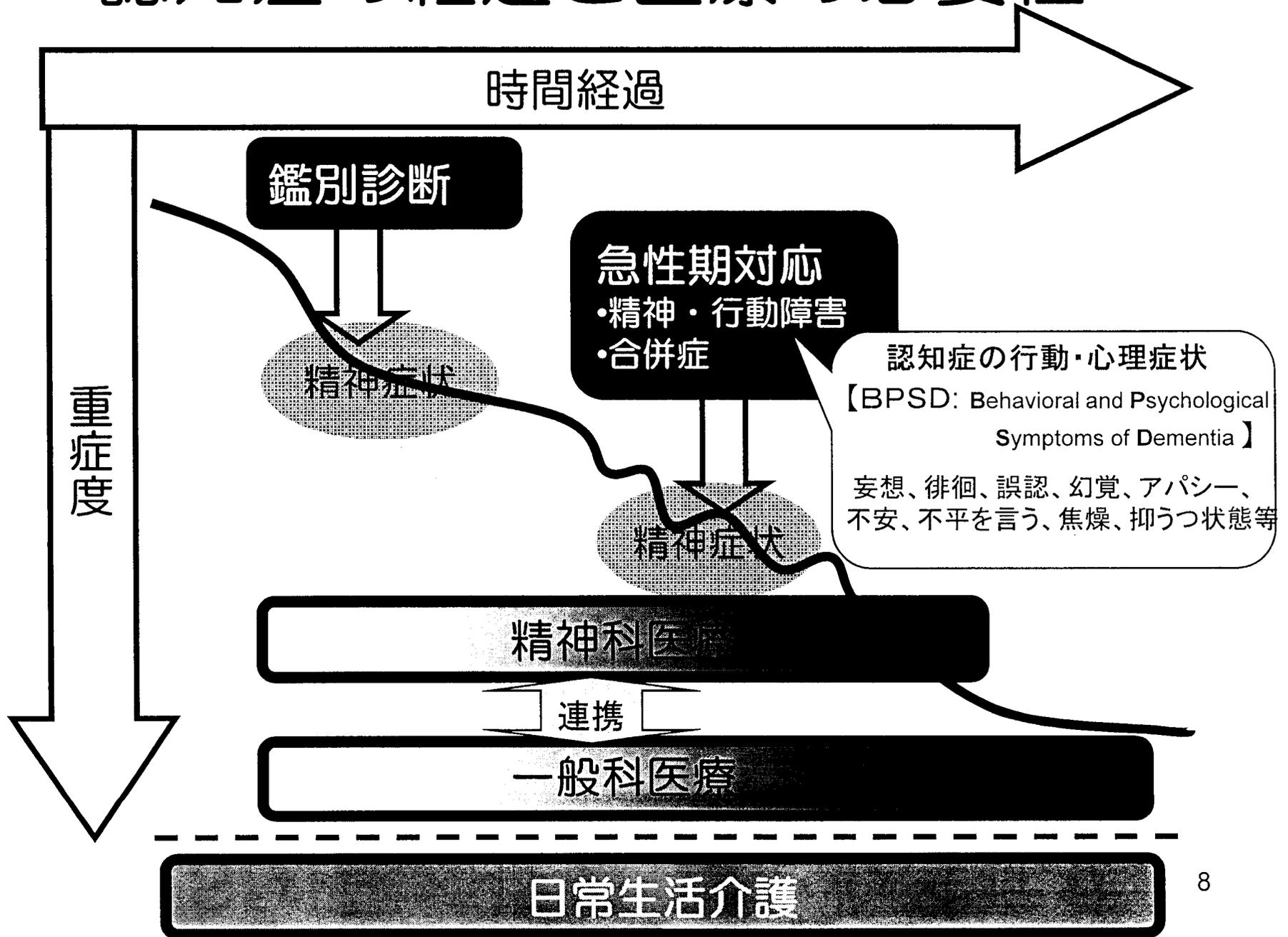
- ・わが国における認知症の有病率は昭和55年から平成2年に行われた調査に基づく全国推計(平成3年)以降は推計が行われていない。
- ・今後高齢化が進行する中、認知症に対する医療及び介護サービスの総合的な対策を行うためには、認知症の有病率や医療・介護サービス資源利用の実態など、基本的な調査が必要。



- ・ 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)

認知症の経過と医療の必要性



BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- 暴力
 - 暴言
 - 徘徊
 - 拒絶
 - 不潔行為
- 等

【心理症状】

- 抑うつ
 - 不安
 - 幻覚
 - 妄想
 - 睡眠障害
- 等

※せん妄

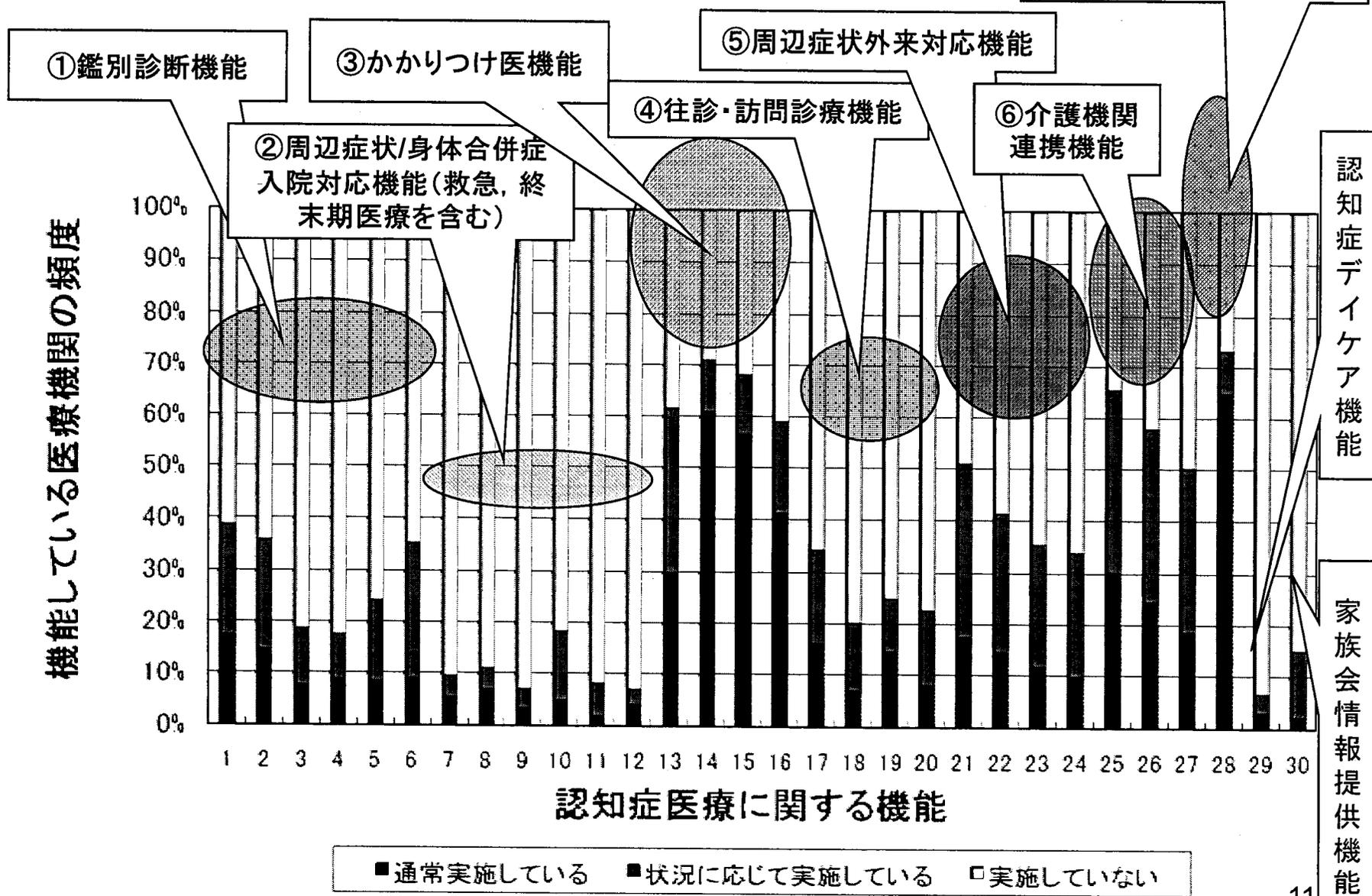
- 急激かつ一過性に意識水準が変化した状態で、1日の中でも状態は変動する
- 意識障害、認知機能障害に加え、BPSDに類似の症状が出現する
- 認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との鑑別が困難となることも多い

認知症患者に提供すべき医療 30項目:

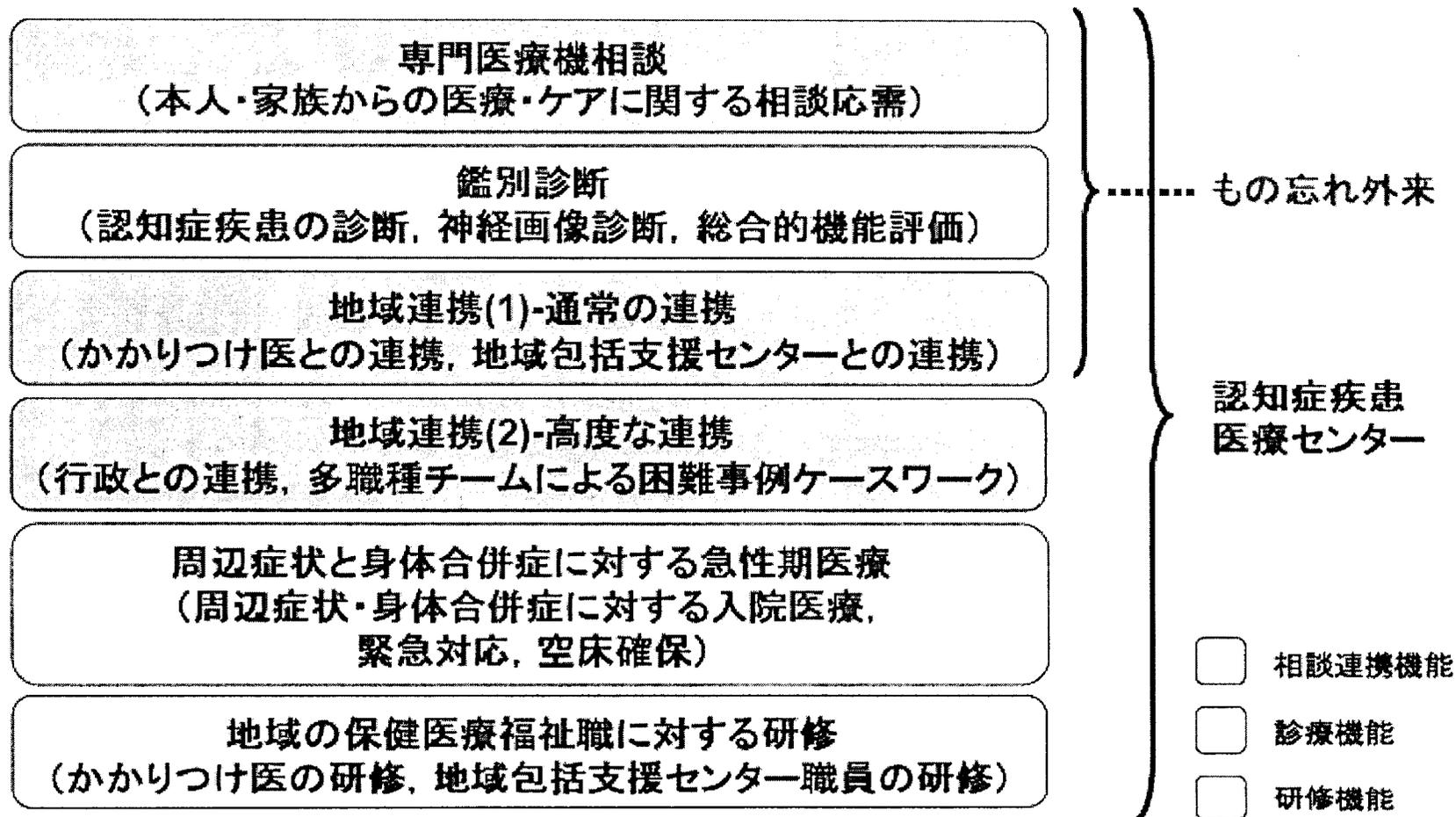
1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断
5	上記1)~4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)	
7	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治医意見書の記載
15	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬

4. 往診・訪問診療機能	
17	往診・訪問診療による身体疾患の治療
18	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)
19	施設(グループホーム, 介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療
20	往診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
24	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

機能別に見た認知症のための医療資源の分布 (仙台市医師会登録医療機関 N=275)



「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」に求められる機能 (日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査 N=255)



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

GAF 50以下

(n=499) (%)

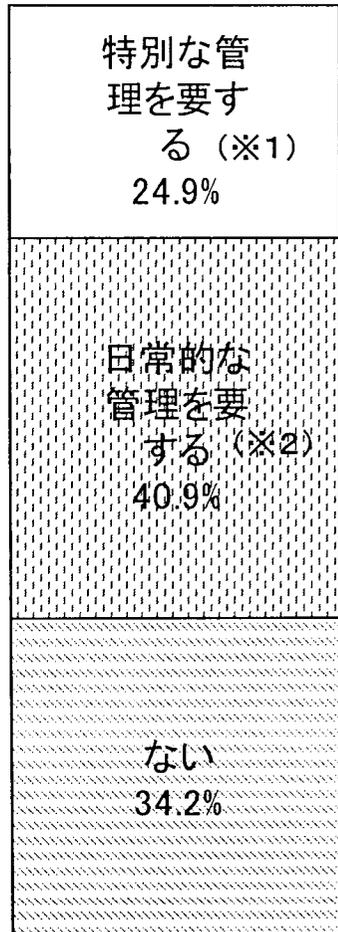
合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

(n=2,857) (%)

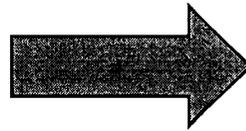
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

症状性を含む器質性精神障害（主に認知症）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



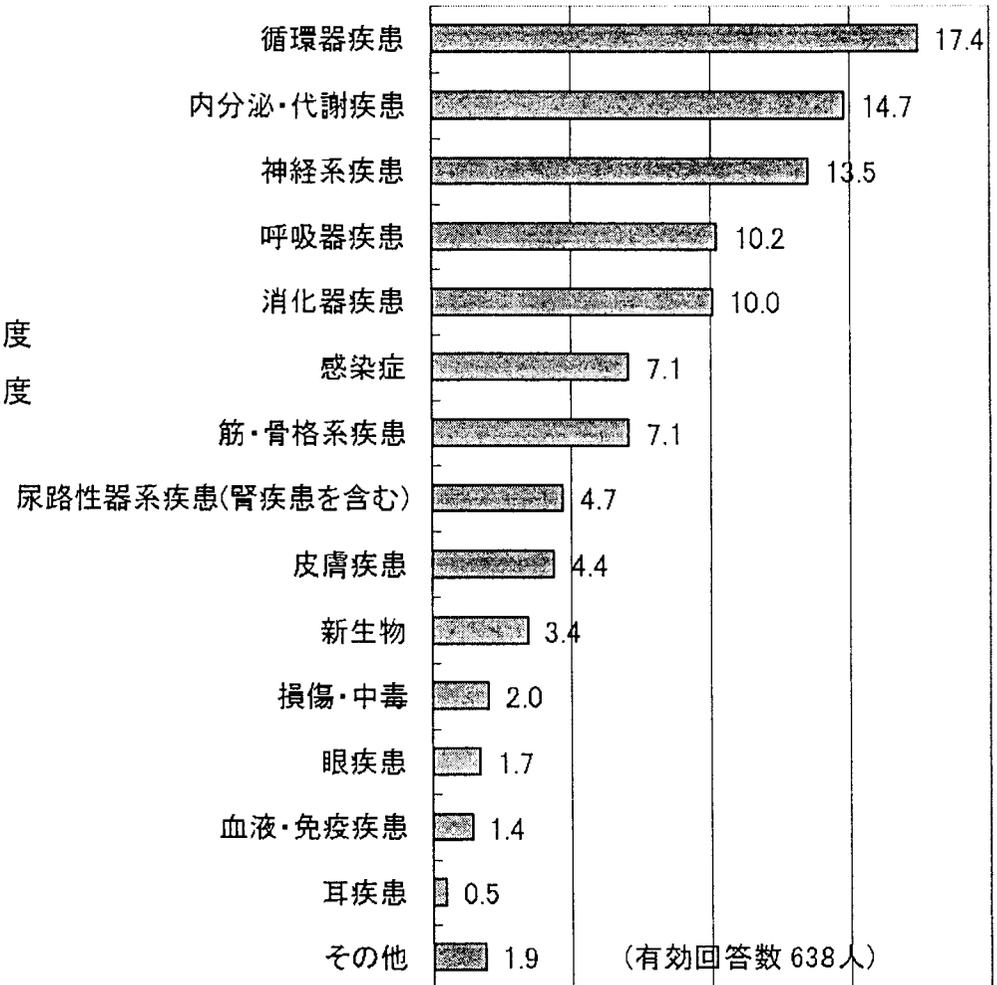
(有効回答数 3,376人)



※1:入院治療が適当な程度

※2:外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



(有効回答数 638人)

0.0 5.0 10.0 15.0 20.0
14

認知症における精神科医療の役割

新健康フロンティア戦略(平成19年4月18日)

【認知症対策の一層の推進】

(3) 認知症の方に対する医療の提供(誰もが身近で受けられる治療を提供)

- 認知症の鑑別診断の実施
- 医療機関において周辺症状を良好に抑制するための診断や治療の提供
- 認知症の方の身体合併症に対する治療の提供

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(平成20年7月10日)

II 今後の認知症対策の具体的内容

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- 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・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から、治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症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。