

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10回・第2部)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年10月21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) 検討すべき論点について

 - (2) 意見交換

第10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（第2部） 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 朝田構成員提出資料

資料2 クリティカルパスについて

資料3 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2R）論
点（案）【10月14日資料と同様】

朝田構成員提出資料

1 認知症高齢者の実態把握調査 病院種別の患者特性に差異はあるか？ 速報版

筑波大学大学院 精神医学
朝田 隆

2 目的

- ・本人の状態に適した環境で生活しているか？
（相応しい医療サービスが提供されているか？）
- ・病院機能に応じた患者受け入れができていますか？
↓
- ・そうでないとしたら、その阻害要因は何か？
- ・病院種別の患者特性に差異はあるか？
→ 実態を把握する

3調査方法 その①

日本病院会
日本医療法人協会
日本精神科病院協会
全日本病院協会
日本慢性医療協会

に所属する6,071の病院の
中から2,200病院を
無作為に抽出して調査票
を送付。



認知症患者に対応していると返答した病院に、患者特性
や入退院の動向等について回答を依頼した。

4回収率

662病院の内訳

回収率は30%
662病院からの回答

臨床個人票
3,861枚

精神病床	244
(うち認知症病棟)	125)
療養病床	105
一般病床	307
その他	6

病院種別はもっと複雑だが、ここでは便宜的に圧縮

5調査方法 その②

- ・ 回収率向上に奏功したと思われるのは、以下の二点である。
 - ・ 未回収の医療機関に対して、手紙、ファックス、電話等で複数回、提出協力を依頼した。
 - ・ 現場の声を行政に届けたいであろう記載担当者の提出モチベーション向上を期待して、調査票の中に、ケアの工夫や問題点、認知症ケアに有効と思われる研究テーマ等についての自由回答の設問を設けた。
- ・ 回収後に入力・集計されたデータを下に、結果を纏め考察した。データの集計と解析にはSPSSver.18を用いた。

本調査票は合計8頁の全体票と個人票からなり、設問数は33問におよぶ。別紙参考資料

提出協力病院は、質問項目の多い本調査票に回答を寄せる労を厭わない性質があるかも。本調査の標本には、母集団の中でも意識の高い病院によるバイアスがある可能性も否定できない。

考察する際には、この点にも留意した。

6病院種別に差異はあるか？

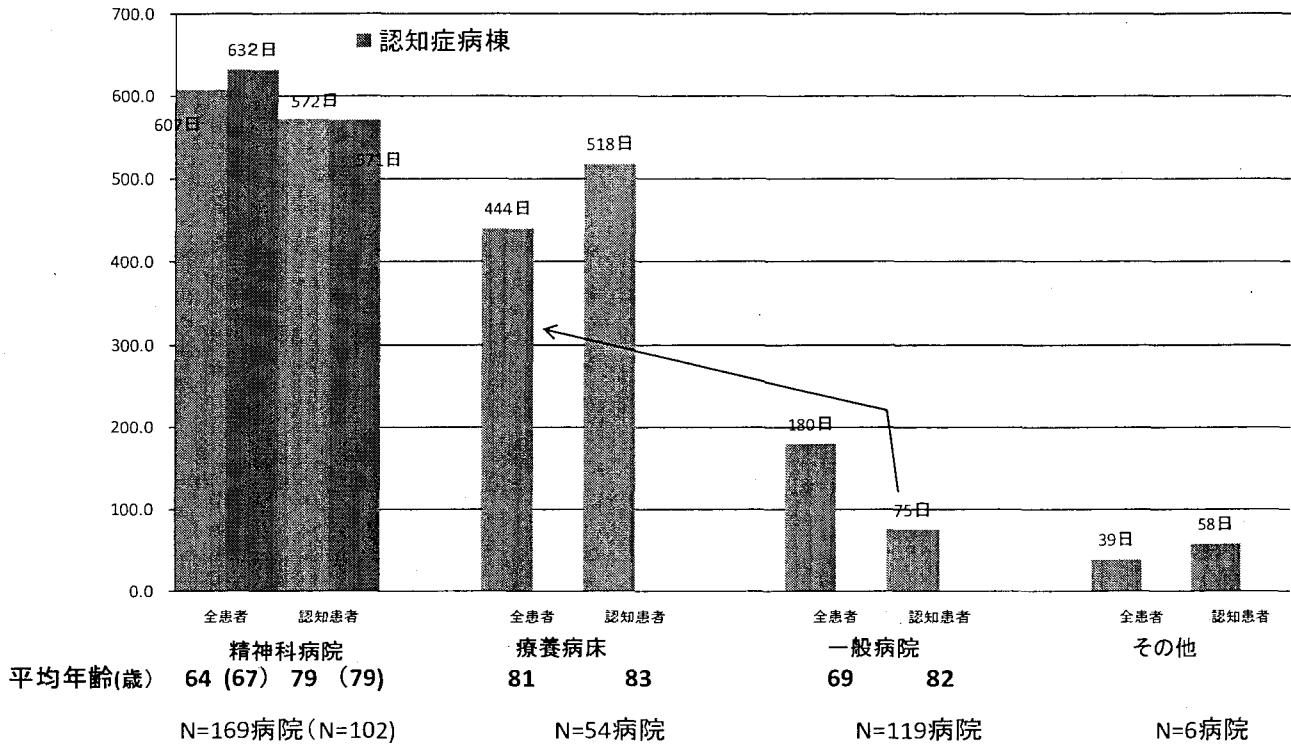
まず、病院の話を聞こう！

施設概要調査から読み取る病院種毎の特性、

患者特性、入退院の経路など・・・

7病院種別の平均在院日数と平均年齢

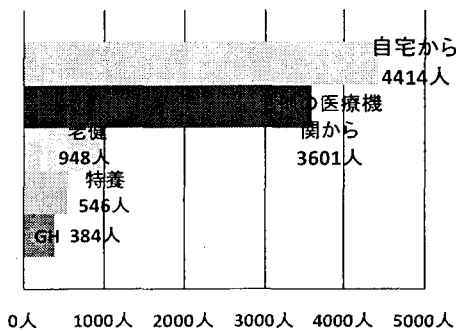
入院患者の平均在院日数と平均年齢(全入院患者 vs. 認知症患者)



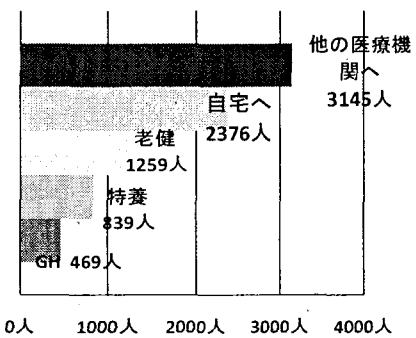
8病院種別の入退院者の動向

H20年度の精神病床への(からの)認知症入退院患者:
どこから入院し、どこへ退院していったか?

精神病床への入院者 (合計10,572人)
(N=169病院)



精神病床からの退院者 (合計 8,736人)
(N=169病院)



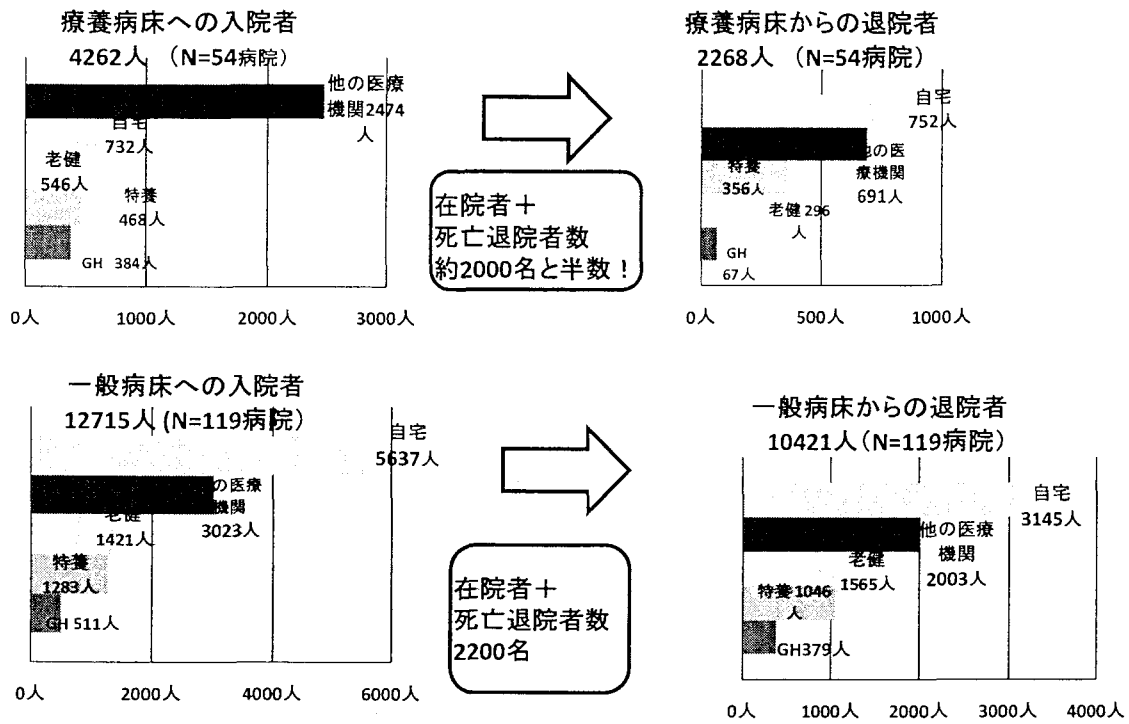
在院者+死亡退院者
1800名



認知症病棟: 精神病床全体と同様の傾向

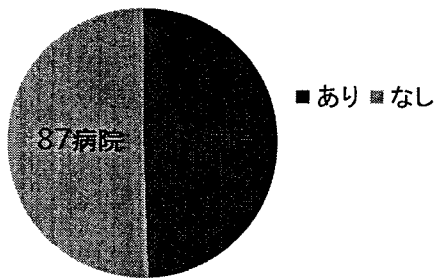
9 病院種別の入退院者の動向

H20年度の療養・一般病床への(からの)認知症入退院患者:
どこから入院し、どこへ退院していったか?

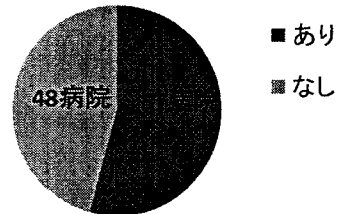


10 紹介元施設からの受け入れ拒否の経験

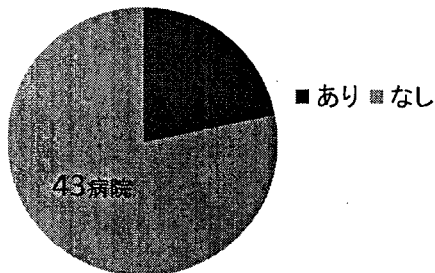
精神病床 (N=168病院)



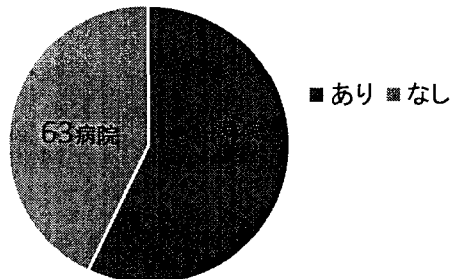
認知症病棟 (N=105病院)



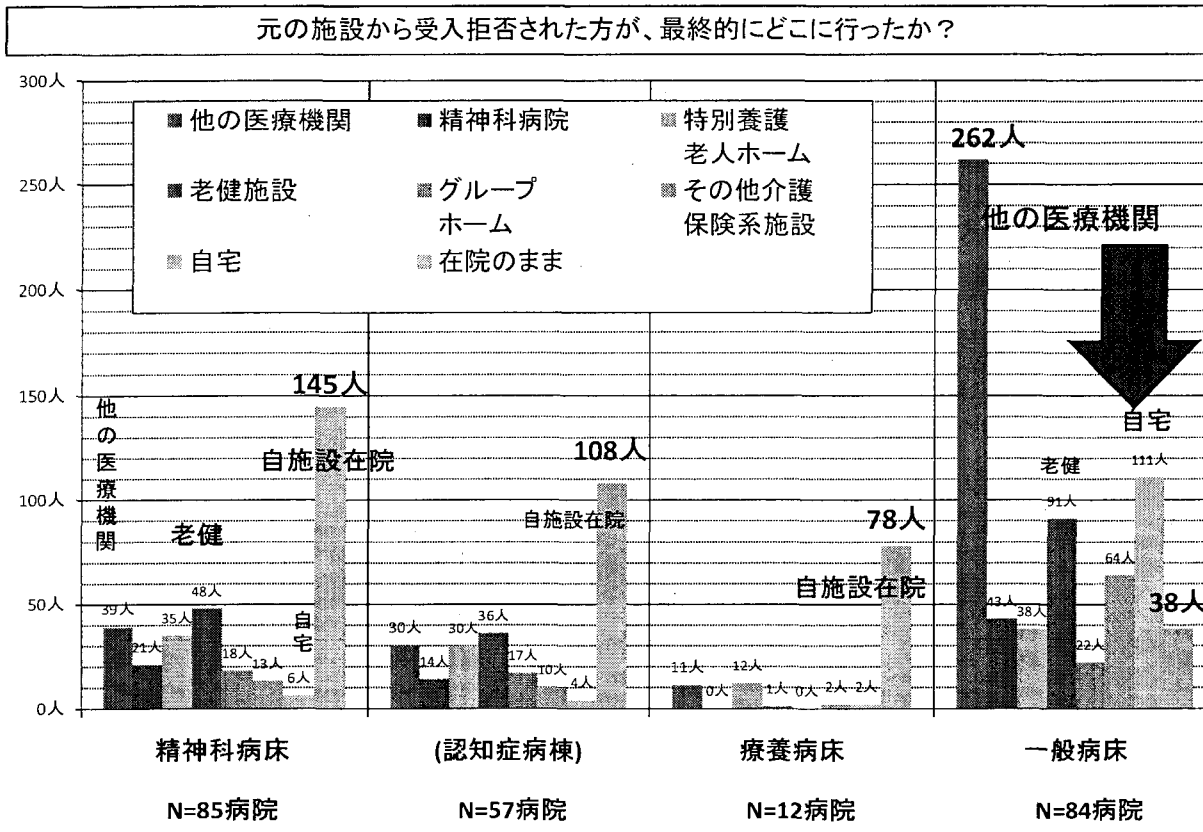
療養病床 (N=55病院)



一般病床 (N=147病院)

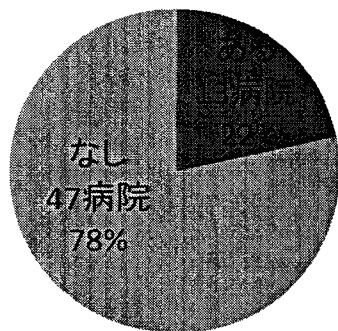


11 紹介元施設から受け入れ拒否後の最終的な行き先

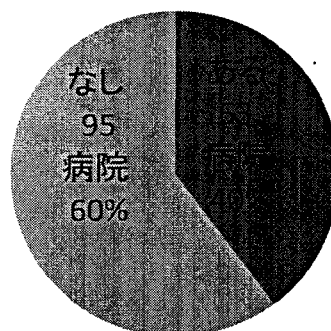


12 退院支援の際の 連携精神病院の有無

療養病床
N=60病院



一般病床
N=158病院



一般病床では6割、療養病床では約8割の病院が、精神病院との連携がない

13病院種別による患者特性があるか？

次は、ひとひひとひの状況を 聞いてみよう！

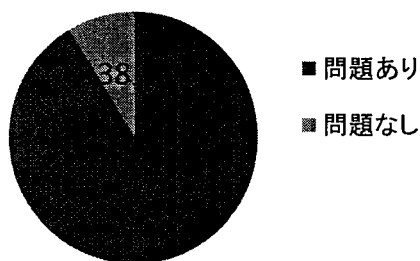
臨床個人票から読み取る患者特性と病院特性
(認知症のレベル、ADL、医療依存度、退院支援状況)

臨床個人票の回答から読み取る

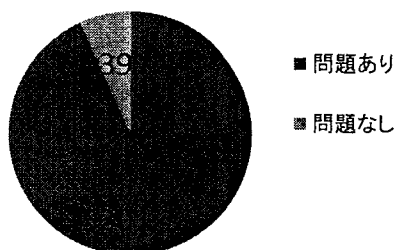
14病院種別の患者特性

① 短期記憶に問題があるか？

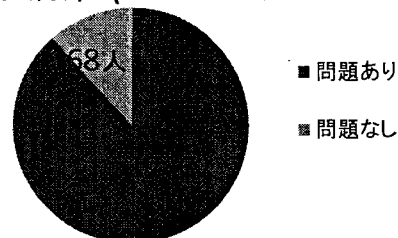
精神科病床 (N=1578人)



療養病床 (N=569人)



一般病床 (N=1578人)

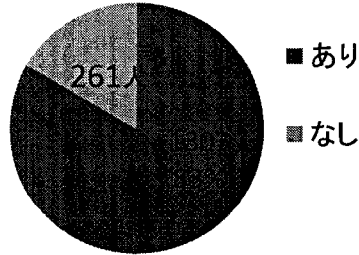


臨床個人票の回答から読み取る

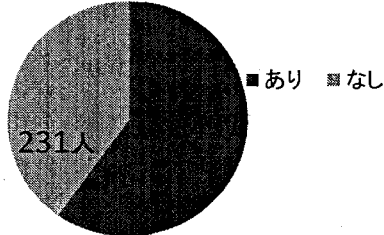
15病院種別の患者特性

② 認知症の周辺症状(BPSD)はあるか？

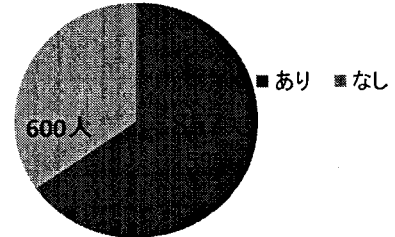
精神病床 (N=1568人)



療養病床 (N=574人)



一般病床 (N=1457人)



臨床個人票の回答から読み取る

16病院種別の患者特性

③ 認知症の周辺症状(BPSD)

(幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行動、性的問題行動、大声、他の利用者への危害、施設脱走企図)

BPSDの具体的項目の該当者は何人？

(複数回答)

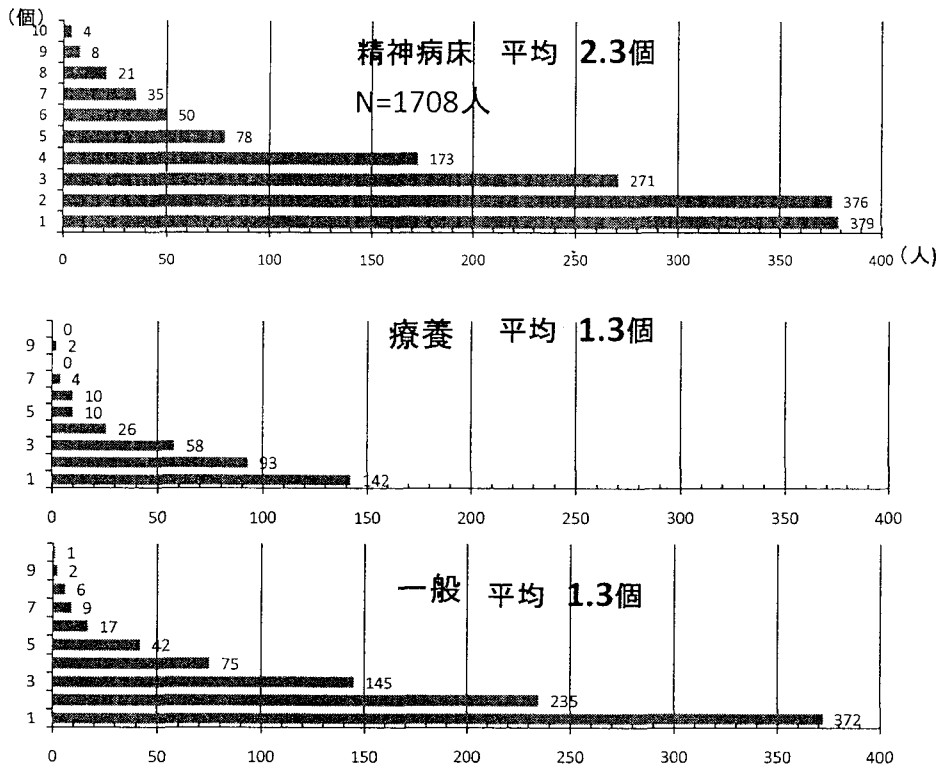
	幻視 幻聴	妄想	昼夜 逆転	暴言	暴行	介護 者への 抵抗	徘徊	不潔 行動	大声	他の 利用者 への 危害	施設 脱走 企図
精神 (N=1568人)	279 17%	477 30%	277 17%	453 29%	223 13%	561 36%	508 32%	309 20%	194 12%	75 5%	21 1.3%
療養 (N=574人)	64 11%	83 14%	102 17%	71 12%	31 5%	148 26%	47 8%	93 16%	64 11%	4 0.6%	7 1.2%
一般 (N=1486人)	154 10%	195 13%	328 22%	185 12%	94 6%	304 20%	221 15%	97 7%	150 10%	6 0.6%	12 0.8%

臨床個人票から読み取る

17病院種別の患者特性

③認知症の周辺症状(BPSD)の具体例

(幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行動、性的問題行動、大声、他の利用者への危害、施設脱走企図)の該当数

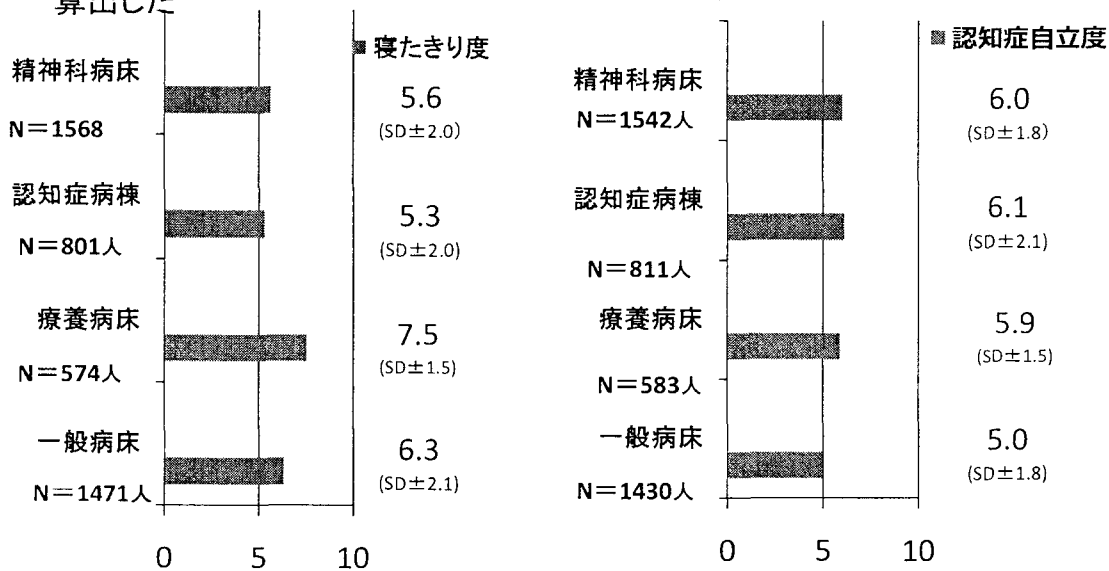


臨床個人票の回答から読み取る

18病院種別の患者特性

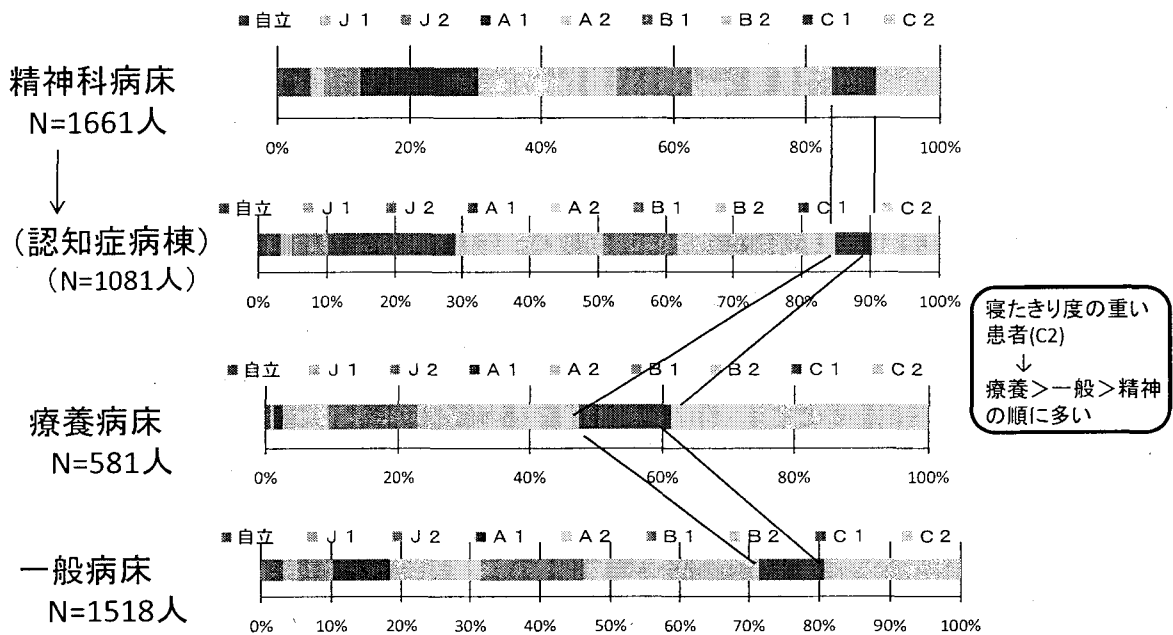
③日常生活自立度(寝たきり度と認知症の自立度)

主治医意見書中の「日常生活の自立度」を数値化(順位尺度)し、寝たきり度(点数:1-9)と認知症の自立度(点数:1-8)を病院種別に平均値を算出した



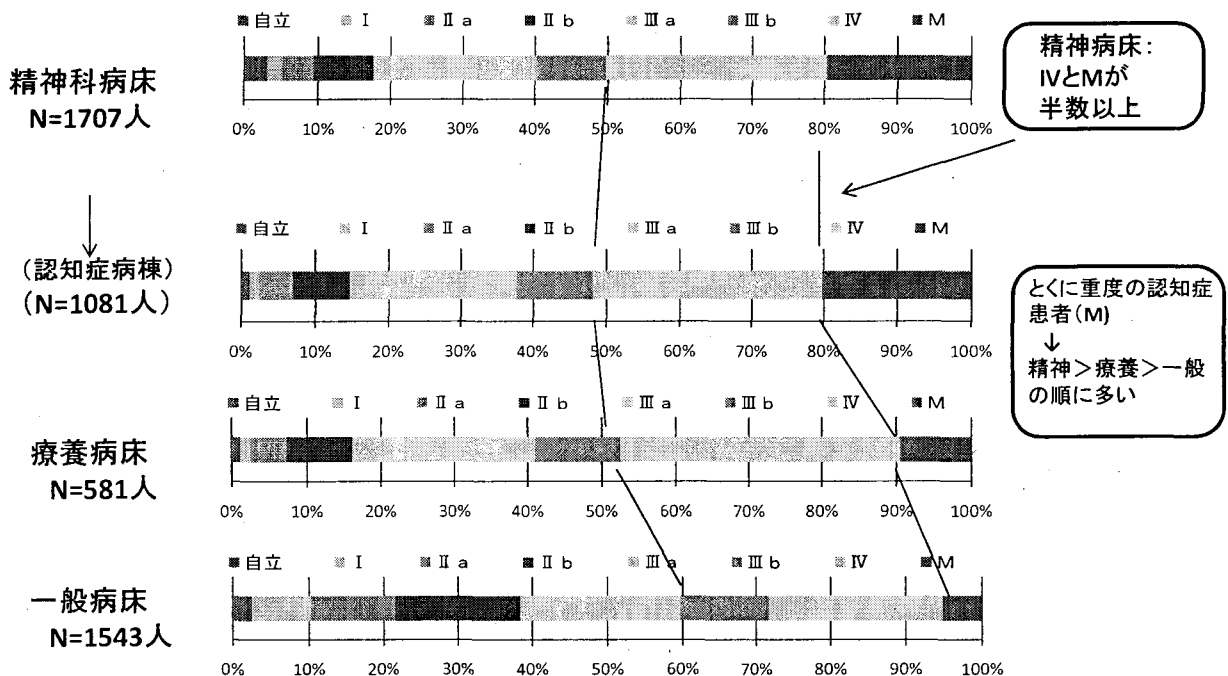
臨床個人票の回答から読み取る
19病院種別の患者特性

④ 日常生活自立度(寝たきり度)の詳細



臨床個人票の回答から読み取る
20病院種別の患者特性

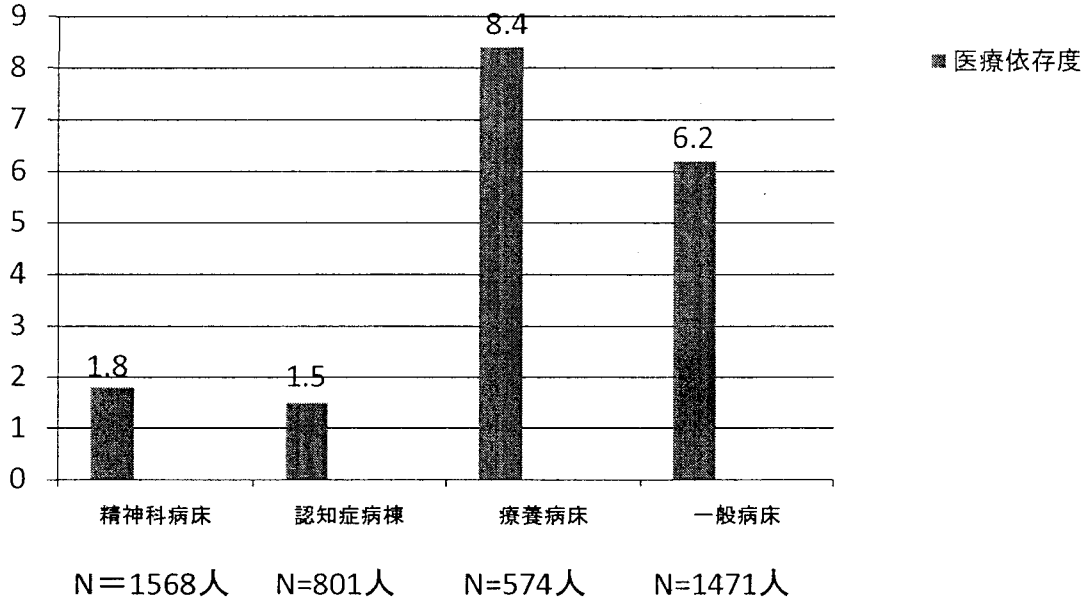
⑤ 日常生活自立度(認知症の自立度)



臨床個人票の回答から読み取る 21病院種別の患者特性

⑥ 医療依存度

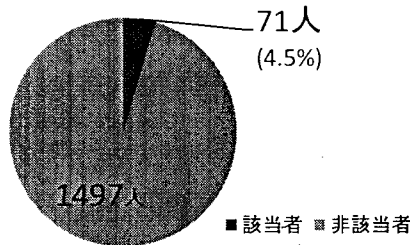
14日以内に受けた処置内容(主治医意見書中の設問:点滴の管理、中心静脈栄養、透析、レスピレーター、経管栄養等)を、診療報酬点数に基づき数値化し、病院種毎に平均値を算出した。



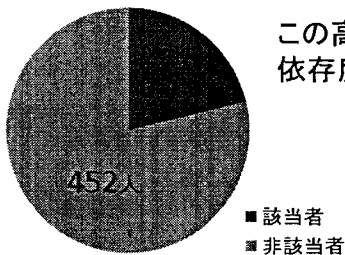
臨床個人票の回答から読み取る 22病院種別の患者特性

⑦ 経管栄養の患者数

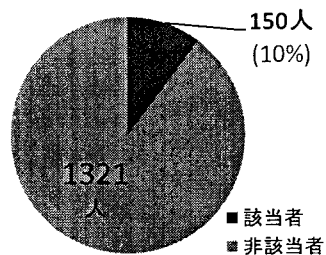
精神科病床
(N=1568人)



療養病床
(N=574人)



一般病床
(N=1471人)

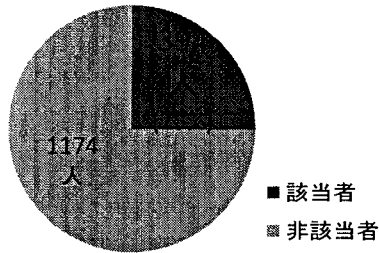


この高さが医療
依存度の背景？

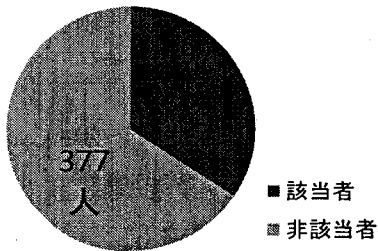
臨床個人票の回答から読み取る
23病院種別の患者特性

⑧ 摂食嚥下機能低下の状態にある患者数

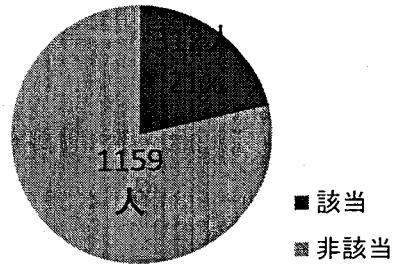
精神病床(N=1568人)



療養病床 (N=574人)



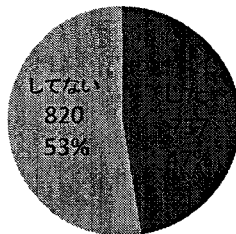
一般病床 (N=1471人)



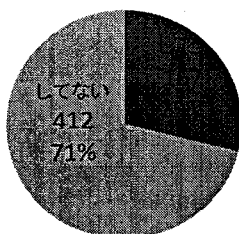
臨床個人票の回答から読み取る
24病院種別の退院支援状況

「特に力を入れた」退院支援の有無

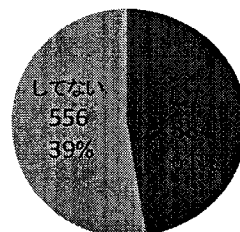
精神病床(N=1557人)



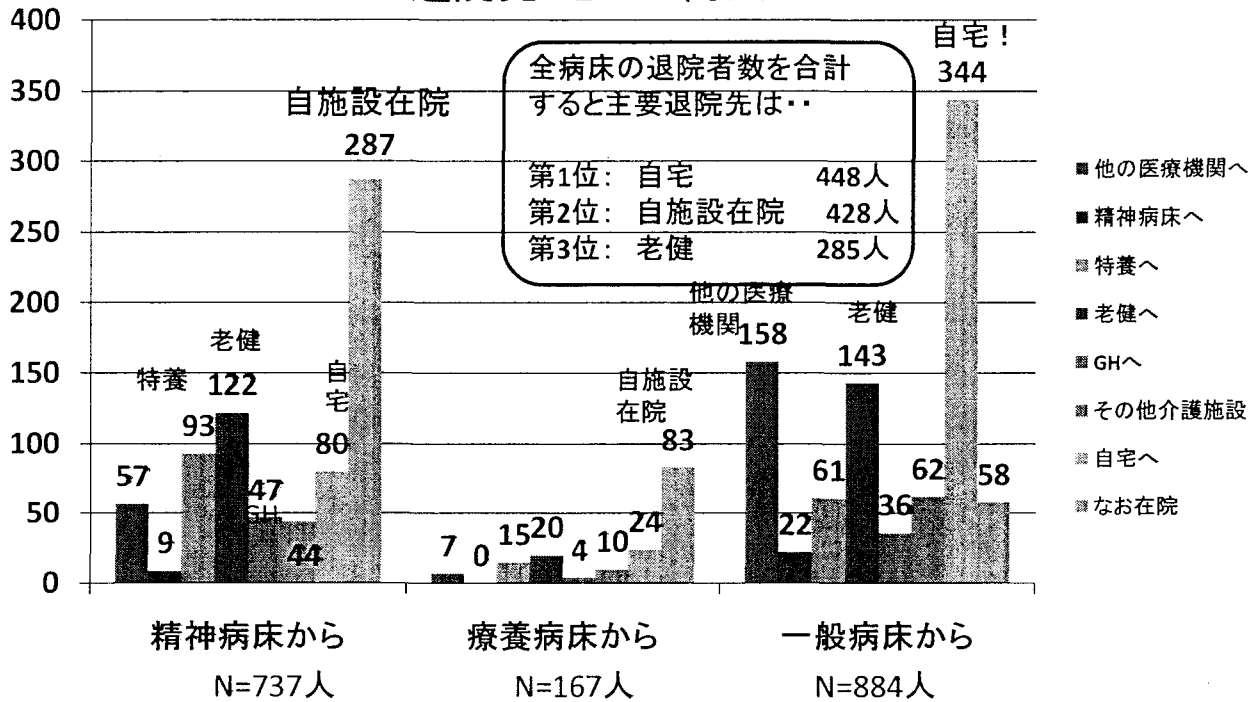
療養病床(N=579人)



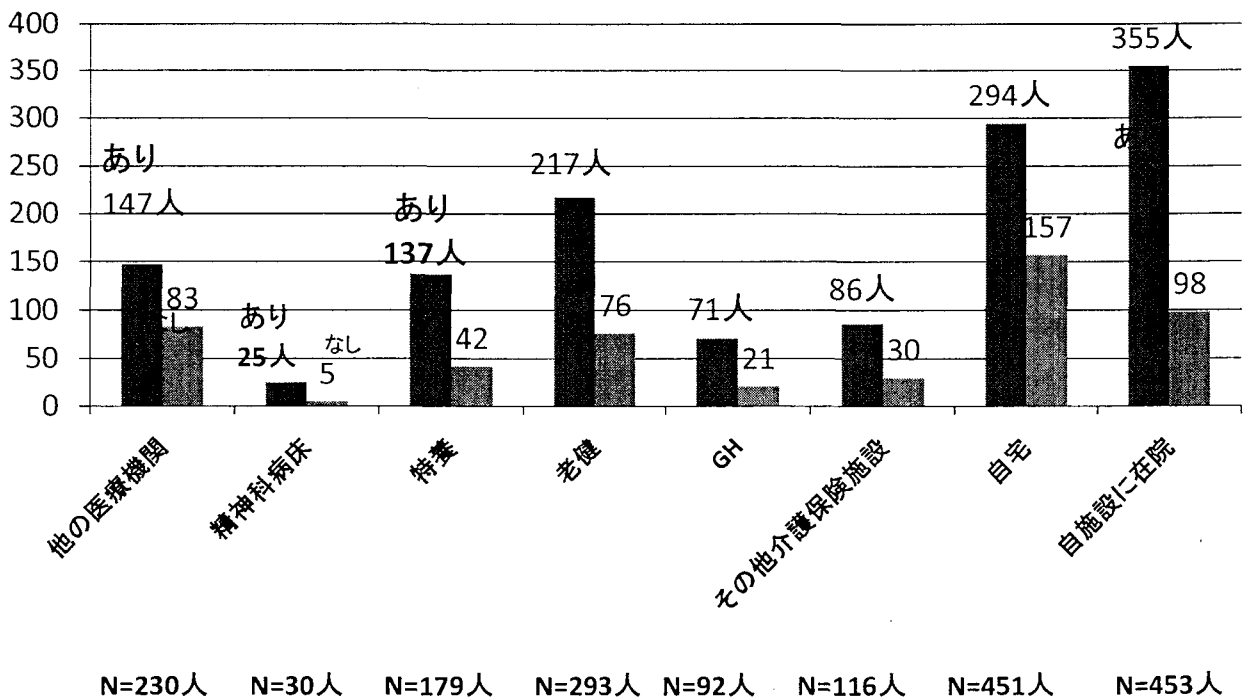
一般病床(N=1440人)



臨床個人票の回答から読み取る
 25病院種別の退院支援状況
 「特に力を入れた」退院支援の結果
 退院先:どこに何人？



臨床個人票の回答から読み取る
 26「特に力を入れた」退院支援の結果
 退院患者の周辺症状の有無
 —退院先毎に差異はあるか？—

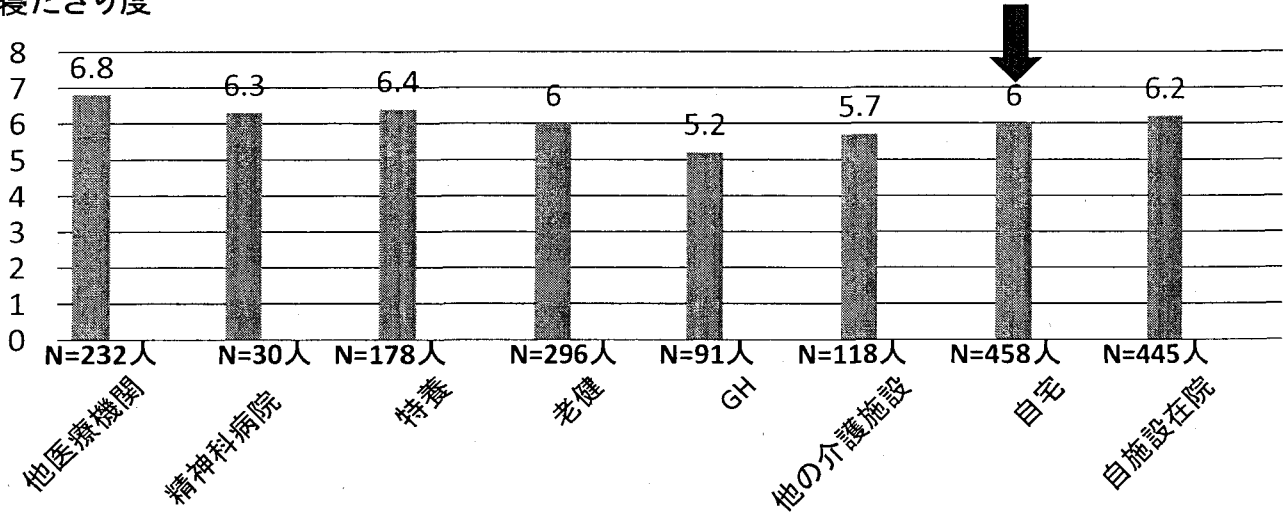


臨床個人票の回答から読み取る

27「特に力を入れた」退院支援の結果 退院先別の患者特性に差異があるか？ 日常生活の自立度(寝たきり度)

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の障害高齢者の日常生活自立度を数値として寝たきり度(点数:1-9)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

寝たきり度

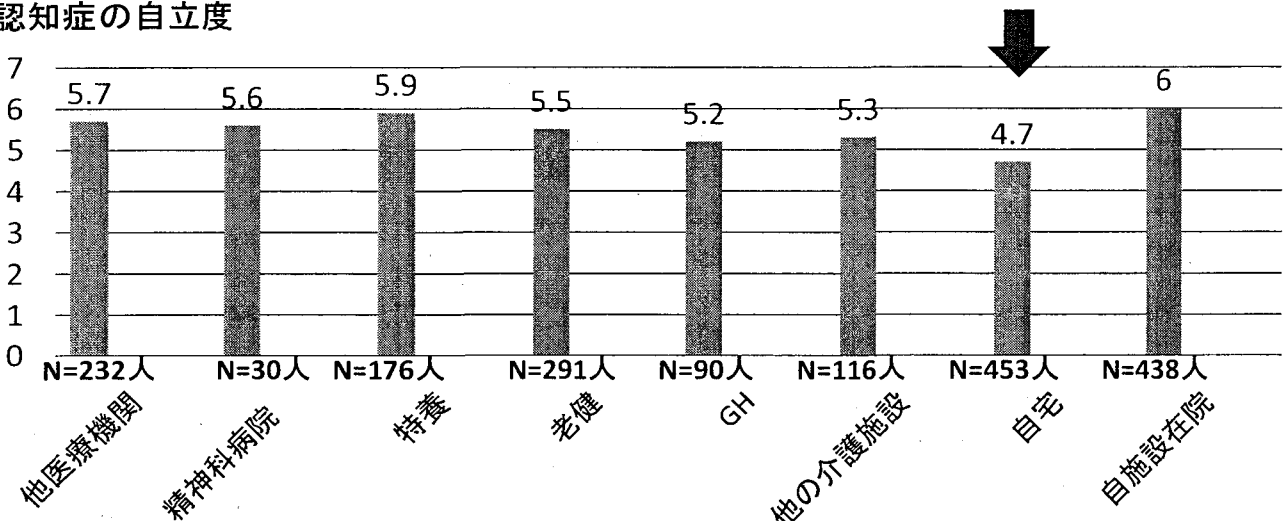


臨床個人票の回答から読み取る

28「特に力を入れた」退院支援の結果 退院先別の患者特性に差異があるか？ 認知症の自立度

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の認知症高齢者の日常生活自立度化して認知症の自立度(点数:1-8)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

認知症の自立度

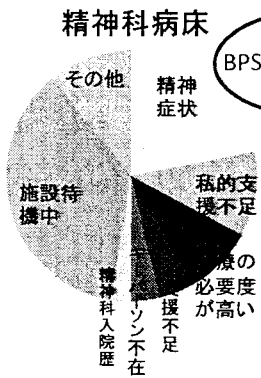


臨床個人票の回答から読み取る
29病院種別の退院支援状況

「特に力を入れた」退院支援にもかかわらず、なお在院の理由
 (複数回答)



	感染症	精神症状 行動異常	精神科 入院歴	医療の必 要 度が高い	キーパー ソン不在	公的支援 不足	私的支援 不足	施設入所 待機中	その他
精神科病床	0人	95人	11人	38人	20人	16人	47人	159人	47人
(認知症病棟)	0人	59人	39人	27人	15人	8人	7人	98人	31人
一般病床	1人	3人	0人	24人	4人	2人	18人	17人	11人
療養病床	0人	5人	0人	16人	2人	6人	22人	40人	7人



施設入所待機中を除くと...

	1位	2位	3位
精神	BPSD	私的支援不足	医療の必要性
療養	私的支援不足	医療の必要性	公的支援不足
一般	医療の必要性	私的支援不足	キーパーソン不在

30まとめと考察(入退院の経路)

- ・精神病床への入院患者:「自宅から」が最多 (42%)

推測される背景: 症状が重くなって在宅介護が限界に達した末、入院にいたるケースが多い

- ・精神病床からの退院患者:「他の医療機関へ」が最多 (36%)

- ・介護施設から精神病床への(からの)入退院者:

老健が最多 (老健→精神 9% 精神→老健 14%)

推測される背景:・老健: 初期の通院治療を経ずに、症状が重くなってから入院するケースが多い

- ・老健は終身ではないため、特養に比べ、入所が容易
- ・老健入所後に特養待ち、老健めぐり(老健→老健)などが発生?

- ・療養病床では、入院者の約半数程度が、自施設在院者と死亡退院者であると推測される

31まとめと考察（地域毎の差異）

平均在院日数、入退院の流れ、患者特性

→各病院による差異が大きい

仮説： 地域毎の差異が大きい？

地域の高齢化率、医療・介護施設介護サービスの整備・稼働状況、家族構成、コミュニティの力 などに左右される可能性があるのではないか？

32まとめと考察（患者特性）

◆ 病院種別に明確な患者特性がみられた

精神病床： 約半数が、認知症自立度(1から8まで)の7と8(IVとM)
BPSDの重い患者が多い

(認知症病棟との差異： 入退院の流れはほぼ精神病床全体と同じ。認知症のレベルはやや高め。自由回答で、作業療法、レクリエーション、非薬物療法等の実施、徘徊できる廊下など認知症に特化した工夫についての記載がみられた。家族とのコミュニケーションや院内デイケアなど在宅復帰に向けた取り組みがみられた。

急性期の精神科では、認知症患者に特化できず、苦慮しているとの記載が複数みられた。
合併症治療には、受け入れ病院がなく、苦労している。)

- ・寝たきり度
療養病床 > 一般病床 > 精神病床
- ・認知症自立度
精神病床 > 療養病床 > 一般病床
- ・医療依存度
療養病床 > 一般病床 > 精神病床

33 自由回答より抜粋

認知症ケアは「人」が必要です。

「人」が関わることで症状が改善することがよくあります。

34 自由回答より抜粋 — 提言 —

認知症は経過とともに進行する。

認知症に特化し、フルステージに対応できる医療施設を作る。

終末期の延命治療について、社会全体での議論し、老いや死を受け入れる。

地域連携クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは
 - クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
 - もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1980年代に米国の医療界で使われ出した後、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
 - 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施(EBM)、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

- 地域連携クリティカルパスとは
 - 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
 - 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
 - 内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。
 - 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずすむなど、転院早々から効果的なりハビリを開始できる。
 - これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

平成19年10月31日 中央社会保険医療協議会資料 抜粋

精神障害者を対象とする「地域連携パス」(例)

アウトカム	入院から 退院決定まで	退院決定から 退院まで	(中間施設)	退院(退所)から 3ヶ月頃まで	生活安定期まで
医療継続					
家族理解					
制度利用					
相談相手					
生活技能					
集団生活					
住む場					
社会的役割					
	病院			地域	

認知症入院医療のステージ

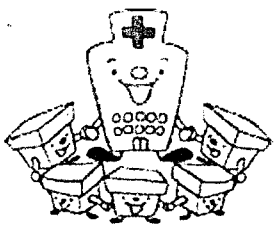
病院	ステージ	備考
A病院	1) 入院時、1週、退院先検討 2) 退院決定、退院生活準備、退院直前、退院(地域生活)	退院までの経緯理解(入院時)
B病院	1週、1月、2月	当初に入院目的・退院後の方向性の確認
C病院	入院前、入院時、1週、2週、3週、4週(退院)	入院前から入院目的を確認(家族・前施設)
D病院	入院前、入院当日、2週、1月、2月、退院	入院当日に、退院後の方向性の確認
E病院	入院時、1週、3週、4週、2月、退院	入院時に退院先の設定、2週に抗精神病薬副作用チェック
F病院	1週、2～11週、12週	1週目までに退院後の受け入れ先確認、12週頃に退院連携パス作成

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部 伊藤弘人部長作成資料より抜粋

認知症のクリティカルパス(例)

例1) 認知症 退院支援パス
土浦厚生病院の例

例2) もの忘れ診断 地域連携パス
世田谷区医師会・玉川医師会の例



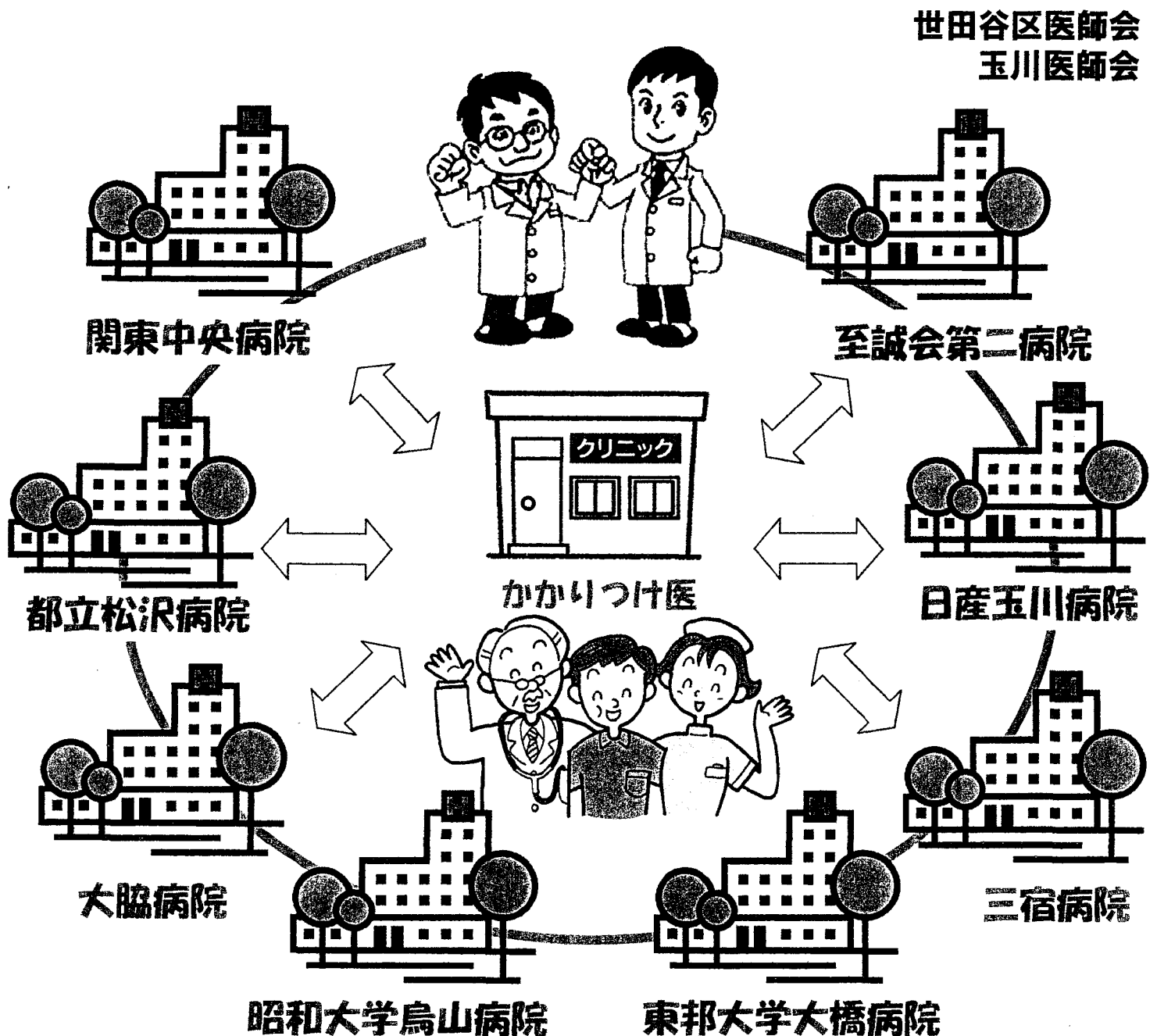
世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

例2

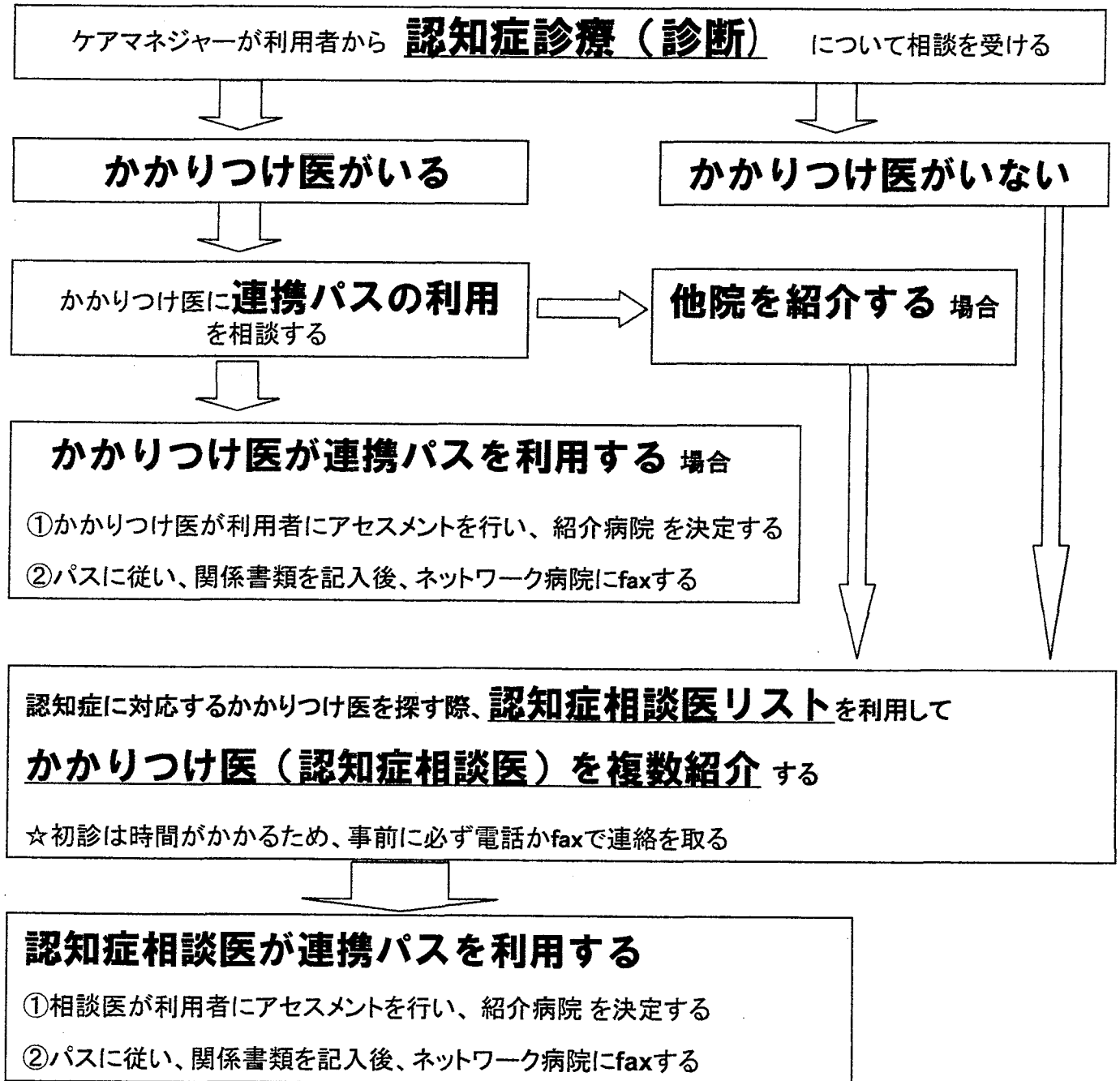
世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



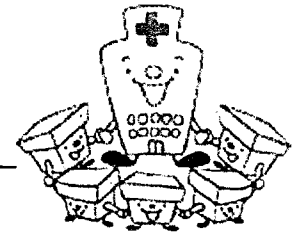
世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

病 院:

様

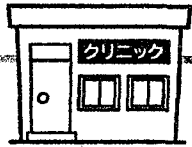
紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

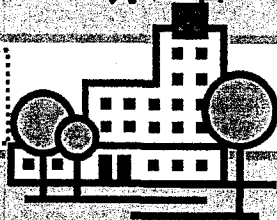


ご紹介

病院への紹介の際には事前に予約をお取り致します

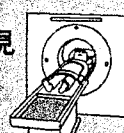


FAX
予約

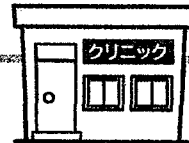
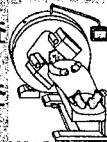


診断・治療
各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見
- 血液検査
- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査



脳MRI

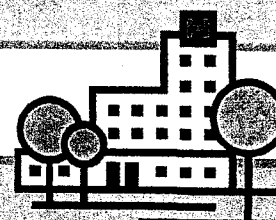


定期的な診察
検査・治療



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

FAX
予約

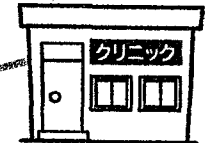


診断・治療
各種検査等

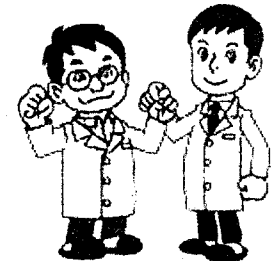
- MMSE
- 神経学的所見
- 血液検査
- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査



脳MRI



定期的な診察
検査・治療



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

F A X

FAX 受付時間は紹介先医療機関にご確認ください。

保険者番号						公費負担番号							
記号		番号				公費受給者番号							
被保険者との続柄	本人・家族					負担割合	1割・3割						
資格取得年月日	年 月 日					資格取得年月日	年 月 日						
有効期限	年 月 日					有効期限	年 月 日						

初回 半年 1年

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

紹介先医療機関

- 関東中央 至誠会第二 玉川 松沢
 三宿 東邦大橋 昭和大烏山 大脇

医療機関名

住所

科 先生

TEL

FAX

受診歴	無・有 (年 月 頃)
ID 番号	
受診希望日	
<input type="checkbox"/> 早めに	<input type="checkbox"/> 月 日希望
<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日 ()	

医師名

(診療科)

印
科)

フリガナ		男・女	M T S H	年 月 日 才
患者氏名				
住所	〒 -		自宅 TEL ()	携帯 TEL ()

紹介目的・治療経過・既往歴・その他	現在の処方

神経学的所見 (初回のみ記入してください)

ある	ない	① 構音障害・嚥下障害
ある	ない	② 振戦
ある	ない	③ 歩行障害

OLD (初回のみ記入してください)

ある	ない	① いつも日にちを忘れている
ある	ない	② 少し前のことをしばしば忘れる
ある	ない	③ 最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	④ 同じことを言うことがしばしばある
ある	ない	⑤ いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	⑥ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
ある	ない	⑦ 話の文脈をすぐに失う
ある	ない	⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる
ある	ない	⑨ 会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑩ 時間の観念がない
ある	ない	⑪ 話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑫ 家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族のほうを向くなど)

添付データ 無 有 内容 ()

診療情報提供書(世田谷区 もの忘れ診断用)

紹介先医療機関

公立学校共済組合関東中央病院

〒158-8531 世田谷区上用賀 6-25-1
 TEL:03-3429-1346(地域医療室直通)
 FAX:03-3429-1702(地域医療室専用)

_____ 先生

医師名

印

関中 ID : _____

(神経内科)

フリガナ		男・女	M・T・S・H	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒 _____		自宅 TEL ()				
			携帯 TEL ()				

<既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方>

ご紹介ありがとうございました。結果・診断など以下に報告させていただきます。

【検査報告】

- MMSE _____
- MRI _____
- VSRAD _____
- MIBG _____

【診 断】

- アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 軽度認知障害
- 加齢に伴う物忘れ その他 (_____) と考えられます。

【コメント】

(_____)

【今後の予定】

- パスで対応します 半年後 1年後 パスに該当しません

今後のスケジュールは以下の通りです。

- アリセプトD錠を処方いたしますので、5mgでのフォローをお願い致します

次回は _____ 年 _____ 月頃に予約を取って下さい。

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(世田谷区)

病院名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査			
			問診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査
医療法人社団和誠会 大脳病院 世田谷区奥沢3-33-13	フロントサービス課	脳神経外科 もの忘れ外来	○	○	○	○	(○)	○	(○)		
TEL 03-3720-2151(代表)	3720-2151(代表)										
FAX 03-3720-9411(代表)	3720-9411(代表)										
公立学校共済組合関東中央病院 世田谷区上用賀6丁目25-1	地域医療室	神経内科 (認知症外来)	○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)
TEL 03-3429-1171(代表)	3429-1346(直通)										
FAX 03-3426-0326(代表)	3429-1702(直通)										
至誠会第二病院 世田谷区上祖師谷5丁目19-1	地域医療連携室	神経内科 もの忘れ外来	○	○	○	(△)	○	○	(△)	△ (委託)	
TEL 03-3300-0366(代表)	3300-0384(直通)										
FAX	3307-0013(直通)										
昭和大学附属烏山病院 世田谷区北烏山6丁目11-11	メディカルサポート センター	高齢者外来	○		○	○			○		
TEL 03-3300-5231(代表)	3300-5329(直通)										
FAX 03-3308-9710(代表)	3300-5408(直通)										
東京都立松沢病院 世田谷区上北沢2丁目1-1	社会復帰支援室	老人外来	○		○	(△)	○	(△)	○	(△)	
TEL 03-3303-7211(代表)	3303-7211(代表)										
FAX	3303-7467(直通)										
日産厚生会 玉川病院 世田谷区瀬田4-8-1	内科外来	脳神経内科	○	○	○		○		○		
TEL 03-3700-1151(代表)	3700-1151(代表)										
FAX 03-3700-2090(代表)	3700-2090(代表)										

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(目黒区)

病 院 名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査				
			問 診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査	
国家公務員共済組合連合会 三宿病院	目黒区上目黒5丁目33-12 地域医療連携室	神経内科	○	○	○		○	○	(△)	(△)		
TEL 03-3711-5771(代表)											5724-6474(直通)	
FAX											5724-6471(直通)	
東邦大学医療センター大橋病院	目黒区大橋2丁目17-6 病診連携室	神経内科 脳神経外科	○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)	
TEL 03-3468-1251(代表)												3468-7385(直通)
FAX 03-3468-6191												3468-6191(直通)

50音順

○ 認知症における主な検査項目 (○) 必要時に実施
(△) 検査可能

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2R) 論点 (案)

これまでの構成員の意見を踏まえ、認知症患者に対する精神科医療のあるべき姿と役割に関して、現時点で考えられる論点を以下にまとめた。

論点 I 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化 (案)

1 地域での生活を支えるための精神科医療

入院を前提として考えるのではなく、できるだけ地域で暮らしていけるよう支援するため、以下のような役割を担っていくべきではないか。

① 専門医による早期の診断

周辺症状が出てから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、精神科等の専門医を受診して、正確な診断を行うことができるようにすべきではないか。

【現在の制度等】

- 認知症疾患医療センター設置92病院(平成22年10月12日現在)
- 認知症専門診断管理料(500点)
- 認知症患者地域連携加算(50点)

② 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス

早期の正確な診断により判明した原因疾患や、認知症の経過や状態に応じた診断を適宜行うこと等により、予測される症状や経過を踏まえて、本人、家族、介護者等に適時適切な生活のアドバイスを与えることができるようにすべきではないか。

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

訪問診療、訪問看護、必要な時には24時間365日いつでも連絡可能な電話相談等を通じて、患者だけでなく家族や介護者に対する適時適切な支援を行う役割を担うべきではないか。

④ 施設等に入所する認知症患者への訪問支援(アウトリーチ)

施設等に入所する認知症患者への訪問診療を積極的に行うことにより、施設等において安心して認知症の人を受け止めることができるよう、支援すべきではないか。

【現在の制度等】

◆医科診療点数（精神科を標榜する医療機関）

- 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）575点（週3回に限り算定）
入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族に対して行った場合。

複数名訪問加算 450点

複数の保健師、看護師等を訪問させた場合に加算。

- 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）160点（週3回に限り算定）
精神障害者施設に入所している複数のものに対して行った場合。

時間加算 40点/時（8時間以内）

3時間を超えた場合。

◆訪問看護療養費（訪問看護ステーション）

- 訪問看護管理療養費 月の初日 7,300円、2日目以降12日目まで 2,950円
訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含めた計画的な管理を継続して行った場合。

- 訪問看護基本療養費（Ⅰ）

看護師等 5,550円（週3日目まで）6,550円（週4日目以降）

准看護師 5,050円（週3日目まで）6,050円（週4日目以降）

入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族に対して行った場合。

複数名訪問加算（週1回の算定） 看護師等 4,300円、 准看護師 3,800円

複数の看護師、准看護師等を訪問させた場合

対象：暴力行為・著しい迷惑行為・器物破損行為等が認められる者、特別訪問看護指示期間中 等

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ） 1,600円（週3回まで）
精神障害者施設入所している複数のものに対して行った場合。

- 訪問看護基本療養費（Ⅲ）

看護師等 4,300円（週3日目まで）5,300円（週4日目以降）

准看護師 3,800円（週3日目まで）4,800円（週4日目以降）

同一建物居住者に対して、同一日に行った場合。

具体的には以下の利用者のことをいう。

- ① 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者
- ②（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、（介護予防）認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

◆精神障害者アウトリーチ推進事業 概要（平成23年度概算要求）

在宅精神障害者の未治療・治療中断による症状の重篤化を防ぎ、地域で安心して暮らせるよう自分からサービスを受けることが出来ない者に対する訪問による丁寧な支援を行う

- ・ 多職種チームによる訪問等の活動やこれらに従事する者への研修の実施
- ・ 地域での一時的な住まいの場の確保
- ・ 医療機関による地域移行の支援 等

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科医療機関のアウトリーチ等により、在宅等であっても精神症状へ対応できる体制構築を図るべきではないか。

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養にスムーズに移行できるよう、必要な外来医療体制を提供する役割を担うべきではないか。

【現在の制度等】

◆医科診療点数

精神科作業療法		220点
精神科ショート・ケア	小規模なもの	275点
	大規模なもの	330点
精神科デイ・ケア	小規模なもの	590点
	大規模なもの	700点
精神科ナイト・ケア		540点
精神科デイ・ナイト・ケア		1,040点
重度認知症デイ・ケア		1,040点

2 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

BPSD を合併する場合など、地域での対応が困難となった場合には、迅速かつ十分な精神科医療が提供できる体制の充実をはかるべきではないか。

① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療

認知症に合併する精神症状や異常行動（BPSD）に対して、患者の背景や生活状況なども考慮し、BPSD の要因が精神疾患等の精神科医療が必要なものであるかどうか判断した上で、必要最小限の適切な薬物治療を行える、認知症に習熟した精神科医を養成すべきではないか。

② BPSD を伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）

日頃から外来診療や地域の事業所と連携を保ち、認知症患者の情報交換を行っておくことで、周辺症状への対応が必要になった場合の円滑な受入れ（入院）が行えるようにするべきではないか。

③ 認知症患者に必要な入院医療

短期間で周辺症状を落ち着かせるような質の高い入院医療を提供できるようマンパワーの充実（特に夜間）をはかるべきではないか。

【現在の制度等】

認知症治療病棟入院料では、入院早期（60日以内）により手厚い加算を設定。

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

重度の周辺症状を有する認知症患者の状態像の条件を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟の配置等を検討すべきではないか。加えて、重度の周辺症状を有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるよう、内科医の配置や地域の医療機関との連携確保等について検討すべきではないか。

3 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

認知症患者は高齢者が多く、ほとんどの患者が身体合併症を有しており、それへの対応力の向上について、検討してはどうか。

① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）

身体合併症については、急性期の合併症治療は、総合病院精神科など他の専門診療

科とのリエゾンが可能な受入先が必要であり、基幹型認知症疾患医療センター運営事業等を活用して、急性期の身体合併症の受け入れができる体制を確保していくべきではないか。

【現在の制度等】

◆認知症疾患医療センター運営事業

基幹型

身体合併症に対する救急医療機関としての機能

(ア) 身体合併症に関する三次救急又は二次救急医療の機能

(イ) 精神科と一般身体科との院内連携の機能

(ウ) 休日、夜間においても入院患者に対応できる病床の確保

以上の機能に加え、地域型同様の人員配置とし、検査体制においてはCT及びMRI双方を所有し、病床においては一般病床と精神科病床の双方を有することとする。

② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

認知症については、慢性の身体合併症を有していることが多いことから、慢性の身体合併症を持つ認知症患者であっても、入院治療が必要となるような認知症の周辺症状が発生した場合には、円滑に精神科病院への入院が可能となるよう、地域型認知症疾患医療センター運営事業等を活用し、体制を確保すべきではないか。

【現在の制度等】

◆医科診療点数

- 精神科身体合併症管理加算 350点

算定期間：7日間（複数の疾患を発症した場合は7日×2回まで）

対象疾患：肺炎、虚血性心疾患、手術・介達牽引を要する骨折・インスリン投与を要する糖尿病、手術・化学療法・放射線療法を要する悪性腫瘍等

※ 精神科身体合併症管理加算は引き上げられたものの、算定期間は7日間のみであり、慢性疾患に対応していない。

◆認知症疾患医療センター運営事業

地域型

認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神科病床を有していること。

ただし、同一の施設において上記の一般病床と精神科病床の確保が困難である場合は、以下のいずれかを満たしていれば差し支えない。

(ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行える精神科病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

(イ) 身体合併症の急性期入院治療を行える一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神科病床における入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科と連携が容易な総合病院精神科を受け皿とするが、地域の医療資源を考慮し、必要に応じて、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携強化につながる取組の推進について、検討が必要ではないか。

4 地域全体の後方支援機能

認知症患者への総合的なケアの中に精神科医療があるということを鑑みると、認知症患者、在宅介護を行っている家族、認知症を受け入れている事業者、行政機関等との連携を強化していくべきではないか。

① 地域住民や地域の他施設との連携強化

地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の事業者等との会合や情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化や、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成(論点Ⅱ-2-②を参照。)等を積極的に進めるべきではないか。

また、ケアマネジメント機能を拡充するため、介護支援専門員が中心となって行う個別支援会議にも積極的に参加すべきではないか。

② 地域住民への啓発活動

認知症の症状や対処法に関して、地域住民や関係事業者向けの説明会などを行うべきではないか。

論点Ⅱ 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組（案）

現在入院している認知症患者で、必ずしも入院医療を要しないと判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、及び入院医療を要しないと判断される患者が今後地域の生活の場で暮らせるようにするためには、身体合併症や治療抵抗性のBPSDのような入院せざるを得ない場合を除き、認知症患者を地域で受け入れることが基本となるような取組を進めるべきではないか。

1 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

医療機関側からみれば、認知症の症状がある患者を介護施設や事業者が受け取れないのが現実であるとの指摘がある一方、介護施設側からみれば、医療機関が認知症患者への退院後の医療的支援が不十分であるとの指摘もある。認知症患者を地域で受け入れるためには、医療と介護が連携してサービスを提供する体制が必要であることから、医療側と介護側との認識を共有化するための取組が重要ではないか。

① 医療側の介護サービスに対する理解の向上

医療側においては、認知症患者を地域で支えるために必要な介護サービスや生活支援に対する理解を深めることが重要であるため、医療従事者に対し、地域の介護サービス資源に関する情報提供や研修の機会を提供するべきではないか。

② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化

入院を要するような周辺症状が出なければ地域で暮らせることから、日頃から、認知症患者や家族、介護事業者等との関係を築き、周辺症状の兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を提供できるようにすべきではないか。

③ 医療側からの介護施設へのアウトリーチ

認知症患者や、認知症患者を受け入れている介護施設に対して、積極的に相談支援や訪問支援を行えるよう環境を整備すべきではないか。

④ 介護側の対応力の向上

介護側においては、精神科病院を退院する認知症患者であっても、積極的に受け止められるよう、周辺症状への適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上をはかるべきではないか。

2 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

入院医療を要さない認知症患者が、地域で安心して生活することができるよう地域の認知症の方に対する必要なサービスの整備を推進すべきではないか。

また、そのためには認知症患者の状態的確な把握や、地域での生活に必要な支援の内容について十分な検討吟味を行うべきではないか。

① 居住系施設等やサービス支援の整備

介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、その地域の認知症患者のニーズを的確に把握した上で、認知症支援策の充実について、地域の実情を踏まえて記載することを検討してはどうか。

その際、既存の精神病床の活用についても検討すべきではないか。

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

受け皿の整備に加えて、周辺症状等が改善した後、退院先での生活への移行を円滑に行うことも重要であるため、入院早期に、症状が改善するまでの診療計画、退院先、退院後の医療的支援等を含めた退院支援・地域生活医療支援計画（認知症版退院支援・地域連携クリティカルパス（※））が作れるよう、モデルとなる退院支援・地域連携クリティカルパスを開発・普及させるべきではないか。

（※）地域連携クリティカルパス

入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な転院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。医療計画に定める疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）や、大腿骨頭部骨折等で既に導入されている。