

認知症の人の精神科入院医療と
在宅支援のあり方に関する研究会(第2回)

— 精神科医療における
認知症疾患 —

平成25年10月18日(金)

(公社)日本精神科病院協会 常務理事

(医)淵野会 緑ヶ丘保養園 院長

淵野 勝弘

精神科病院（20床以上の精神病床）

民間精神科、大学病院精神科
国公立病院の精神科
一般病院の精神科 等



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
（精神保健福祉法）



（入院制度）

患者本人が病識を欠きがちであるという精神疾患の特徴のために、その意思に反して入院措置を行い、あるいは行動の制限を行いつつ医療を行う面が少なくない。

「精神保健指定医制度」がある。

(入院形態)

精神病床—精神疾患を有する者を入院させるための病床

- ・任意入院 …… 本人の同意に基づく入院。
- ・医療保護入院 …… 自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合。
- ・措置入院 …… 入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して都道府県知事等の権限で行われる入院。
- ・応急入院 …… 本人及び保護者の同意が得られないが、直ちに入院させなければ患者の医療及び保護を図る上で、著しい支障がある場合。

精神保健指定医1名あるいは2名による診察にて入院を決めている

(入院患者の処遇)

精神科病院に入院中の患者については人権に配慮し、処遇は厳しい基準が設けられている。

- ・定期病状報告 …… 3ヶ月、6ヶ月、1年 等
- ・精神医療審査会 …… 退院請求 等
- ・隔離、身体的拘束 …… 精神保健指定医が必要と認めた場合
でなければ行うことは出来ない。

(精神科病院に対する監督)

- ・報告徴収 等 …… 立入調査
- ・指導監督 …… 実地指導
- ・改善命令 等

精神疾患について

- 1) 国際疾病分類第10版(ICD-10)
「精神および行動の障害」(F00-F99)
- 2) 精神および行動の障害にしばしば随伴するICD-10の他の章の項目リストの内のてんかん(G40)を対象としている。

F00 ... アルツハイマー病型認知症

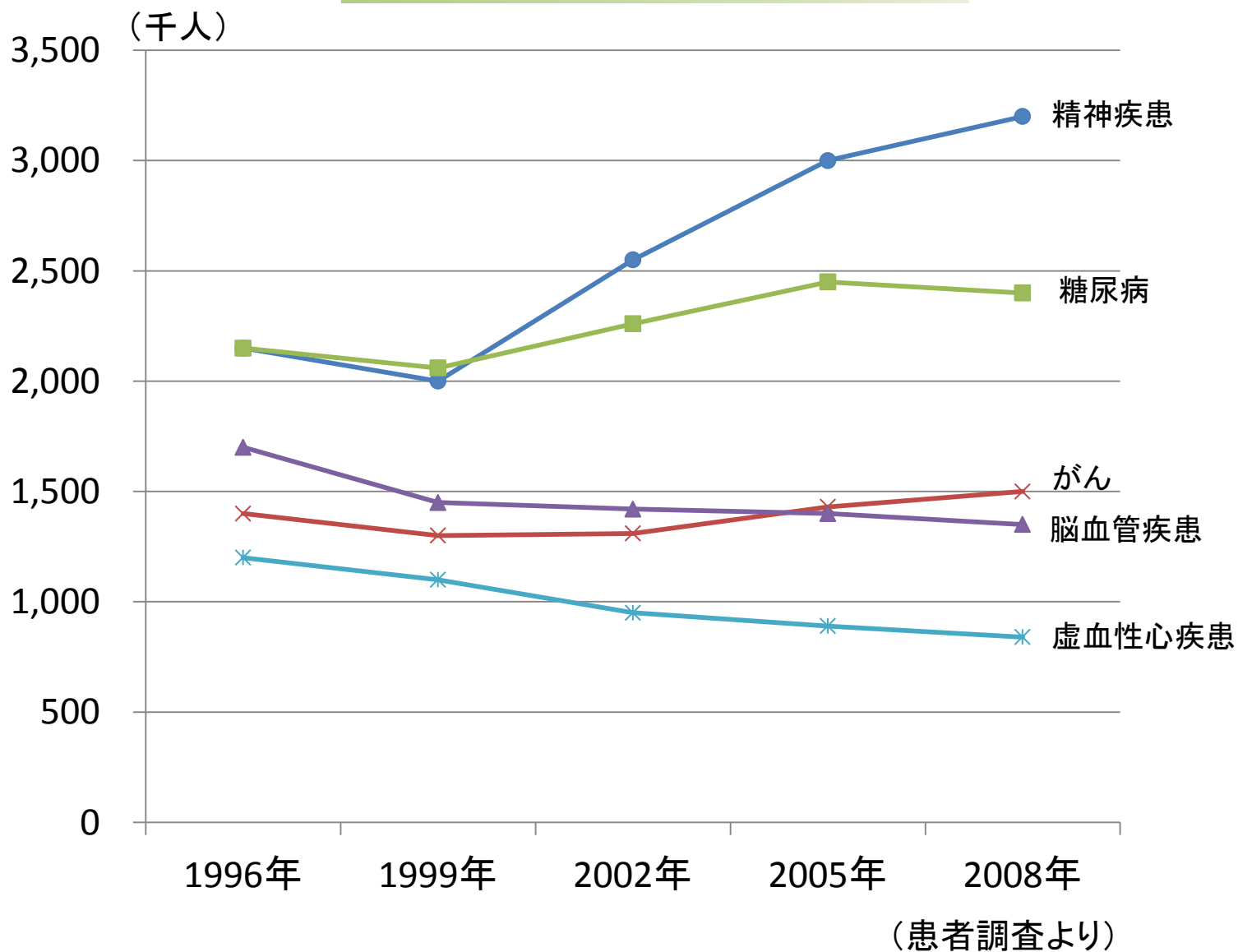
F01 ... 血管性認知症

F20 ... 統合失調症

F31 ... 双極性感情障害(躁うつ病)

⋮

受療患者数の動向



5 疾病 5 事業

< 5 疾病 >

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病
- 精神疾患

< 5 事業 >

- 救急医療
- 災害医療
- へき地医療
- 周産期医療
- 小児医療

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」

（第2． 医療機関とその連携）

5つの項目

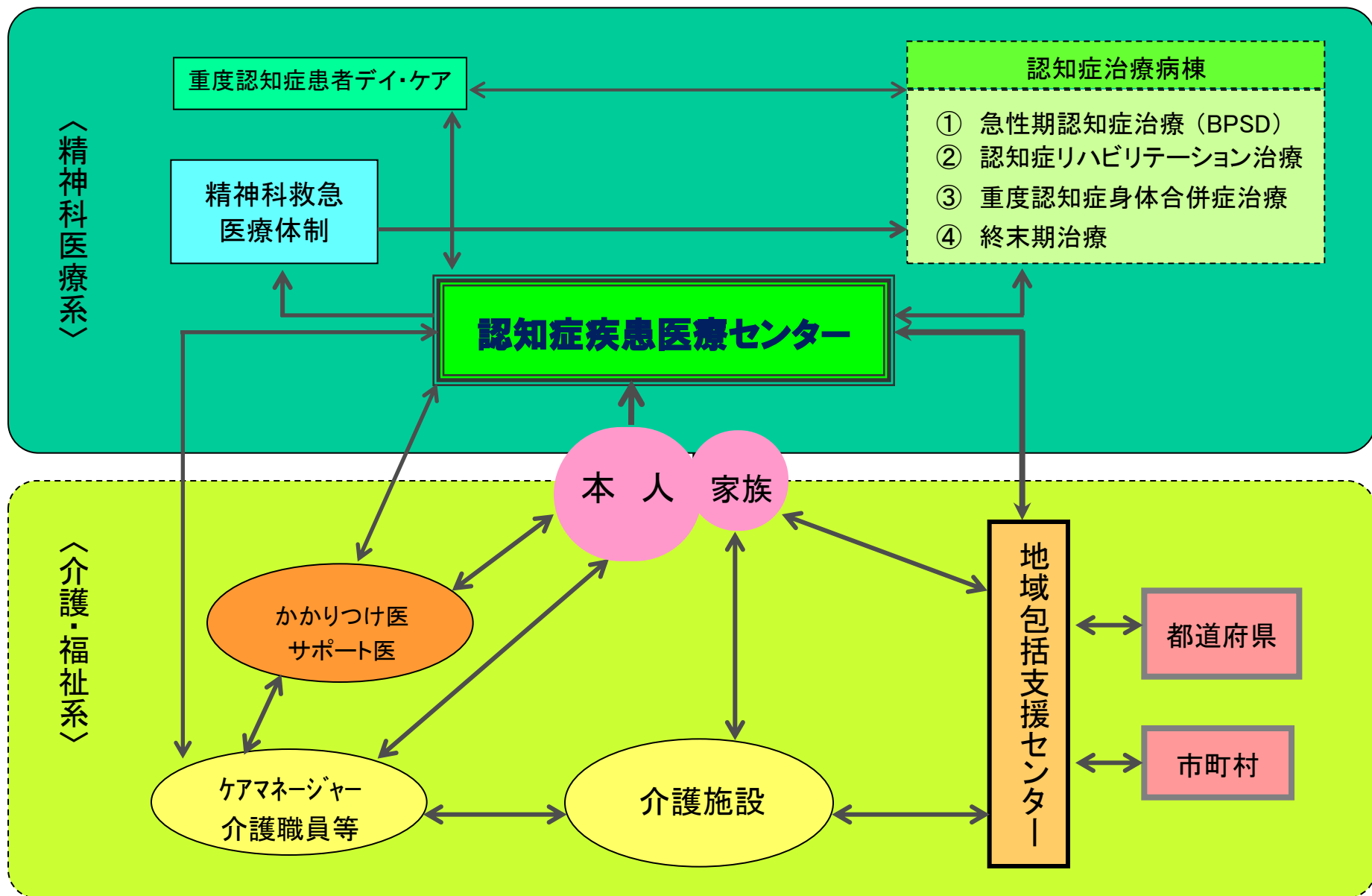
- 1) 予防・アクセス
 - 2) 治療、回復、社会復帰
 - 3) 精神科救急・身体合併症・専門医療
 - 4) うつ病
 - 5) 認知症
- 患者数の増加が著しく、
特に重要であるため項目を独立した

認知症高齢者の推計人数

	2010年	2050年
日本	450万	580万
世界	3560万 (WHO)	1億1600万 (WHO)

(単位:人)

※ 日本においては65歳以上人口における認知症有病率15%(2011年)



認知症高齢者の支援体制

認知症疾患医療センターの役割

<3大機能>

- 1) 早期診断と鑑別診断機能
- 2) 救急医療体制と身体合併症への対応機能
- 3) 専門医療相談と専門医療研修機能

認知症治療病棟

- ・行動異常および精神症状(BPSD)が特に著しい重度の認知症患者を対象にしている
- ・重度の認知症患者とは幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊等の症状が著しく、その看護が困難な患者である。
- ・急性期(2ヵ月)に重点を置いた集中的な入院医療を行う。

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:認知症と精神科医療)

とりまとめ 概要(案) ④認知症を考慮した目標値

平成23年10月〇日

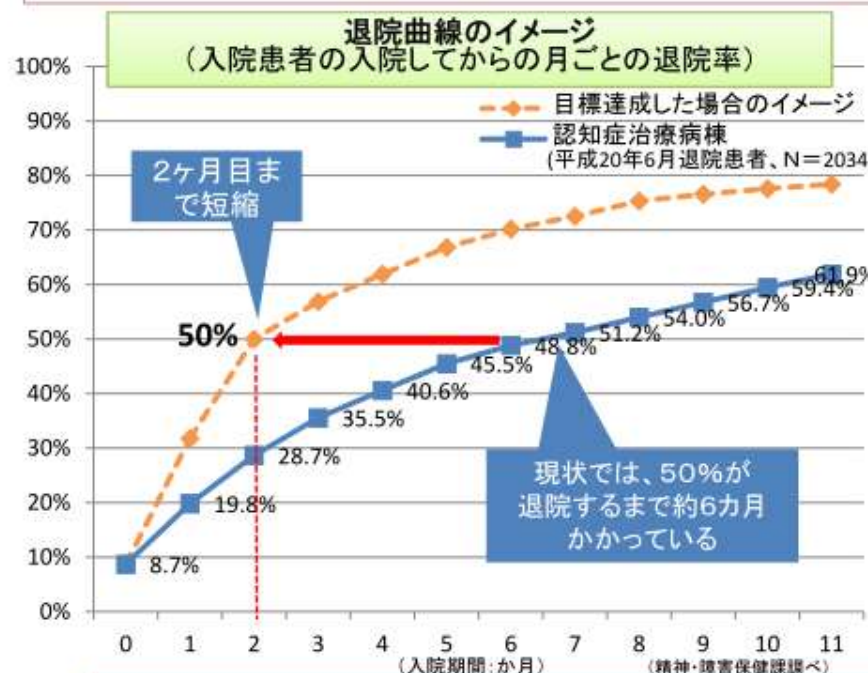
①入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とすること、②BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院促進すること、との精神科医療の提供に係る基本的考え方を前提として、平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする(現在の6ヶ月目から大幅に短縮)

目標値の内容

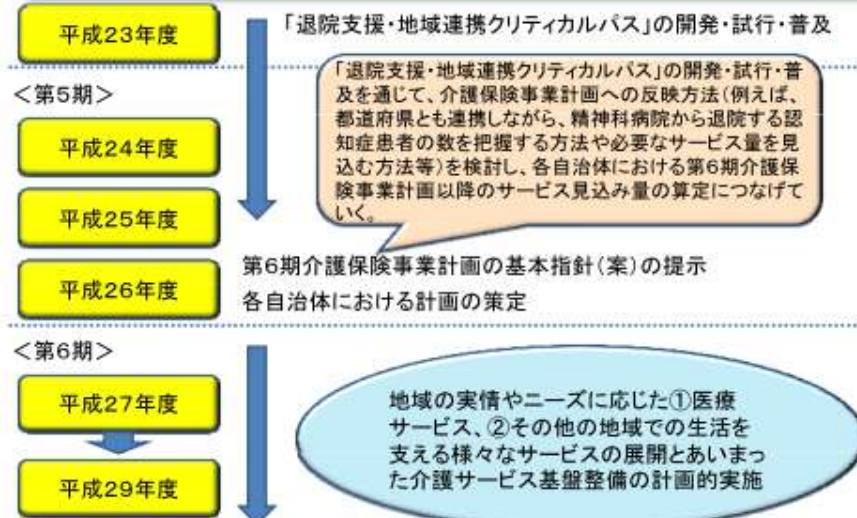
- 精神科医療の役割は、認知症の方の地域での生活を支えることであり、BPSDや身体疾患等を生じて地域での生活が困難となる場合には、入院医療を提供し、速やかな症状改善を目指す
- BPSDは多くの場合1ヶ月程度で改善すること、改善後も薬物等の調整に一定期間要すること等から、当面は、現状よりも短くすることを目標としつつ、入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする。

達成時期

- 認知症疾患医療センターの整備、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及、受け皿や支援の整備等に要する時期を考慮
- 第6期(平成27年～29年度)以降の介護保険事業計画から、精神科病院から退院する認知症患者の具体的な検討を予定、さらに、それらの計画の効果が表れるまでの期間を考慮し、平成32年度を目標の達成時期とする。



目標値の実現に向け、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、取組の進み具合を定期的に把握



目標の実現に向け、障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

急性期認知症入院クリニカルパス

患者氏名	様 (男・女)	(M・T・S)	年	月	日生 (歳)	診断名	
						身体疾患	
						既往歴	
目標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る					退院基準 転院基準	・精査完了 ・BPSDの改善 ・環境調整完了 ・その他 ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。
経過	入院前 年 月 日	入院時 年 月 日	入院1週間 年 月 日	入院2週間 年 月 日	入院1か月 年 月 日	入院2か月 年 月 日	入院3ヶ月(退院) 年 月 日
達成目標	(入院目的を確認する)	・どのような状態になったか 退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見だし、退院後の行き先を見当てる	・退院後の行き先を見当てる	・方向修正のある場合、再度退院し、退院後の行き先を見当てる		
医師	□診断・診断 □家族へ入院目的確認 □医療保護入院に関する説明 □入院予約 □他科治療状況の確認 □画像検査指示・確認 □血液、その他一般検査指示・確認 □心理検査指示・確認	□診断・診断 □本人・家族に入院時の説明 □入院診療計画書作成 □医療保護入院の入院届記入 □指示書(薬・検査・食事・他) □生活機能回復訓練指示書記載 □行動制限指示書□次回他科受診日確認	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査データ確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練評価・指示 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練評価・指示 □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練評価・指示 □退院日決定(月 日) □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法評価 □精神療法 □検査指示・確認 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □生活機能回復訓練評価・指示 □退院日決定(月 日) □家族との面談	□精神症状の評価 □薬物療法の評価 □身体合併症検査・治療 □行動制限再評価 □退院後計画書 □退院処方 □退院届記入 □次回外来の確認
精神保健 福祉士	□予防 □保護者の確認 □介護保険申請状況確認 □他科治療状況確認 □家族への入院目的確認 □随時画像検査依頼・手配 □入院に関する説明 □入院予約	□初診から入院までの状況確認 □次回他科受診日の確認(月 日) □保護者の再確認 □経済状況確認 □介護保険申請状況確認 □医療保護入院(医師指示・承認・同意) □入院時お知らせ、告知確認書準備 □入院手続き(同意書・氏・保護者責任説明) □入院カルテ準備 □関係機関との連携	□退院先確認 □介護保険申請状況再確認 □施設申し込み状況確認 □在宅サービス確認 □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Nurse・PSW) □カンファレンス日程調整 ・参加者(Dr・Nurse・PSW・OT等)	□退院先の再確認 □施設申し込み状況確認 □在宅サービス確認 □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Nurse・PSW) □カンファレンス日程調整 ・参加者(Dr・Nurse・PSW・OT等)	□希望施設先の状況確認 □在宅の場合(ケアマネ状況確認) □地域連携ケアカンファレンス(初回) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ等) □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Nurse・PSW)	□希望施設先の状況確認 □世帯医師に書状依頼 □看護サマリー依頼 □地域連携ケアカンファレンス(退院前) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ等) □家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Nurse・PSW)	□家族への書類確認 □退院届作成・依頼 □関係機関との連絡調整 □退院時カンファレンス(在宅の場合) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅時参加者:Nurse、家族、ケアマネ 他者Nurse、担当医・Dr・OT・他)
看護 介護	□身長・体重測定(外来) □血液検査 その他一般検査実施(外来) □入院予約確認 □病室調整 □病棟見学・案内	□アナムネータ(身体状況把握) □入院時オリエンテーション □持ち物チェック □持参薬確認 □内服薬確認(処方・持参薬)と準備 □精神症状・身体状況把握 □看護、転倒・転落、栄養アセスメント □看護初期計画・計画リスト記入 □指示内容確認 □検査確認と準備	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □服薬管理・服薬による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □OTとの連携	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □服薬管理・服薬による現状再評価 □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □中間サマリー	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □服薬管理・服薬による現状再評価 □外出・外泊(可・不可) □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □退院前サマリー	□精神症状・身体状況把握 □FIM評価(点) □新たな問題の抽出 □検査データ把握 □服薬管理・服薬による現状再評価 □外出・外泊(可・不可) □看護計画見直し・方向性確認 □家族指導 □退院前サマリー	□看護計画最終評価 □FIM評価(点) □退院サマリー □退院時方々の確認と準備 □退院時指導
心理技術者	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査	□心理検査
作業療法士 言語療法士		□情報収集・観察 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □Nurse-ADL/NMSスケール評価 □作業療法目標設定・計画立案	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □目標設定・計画立案 □口腔ケア・摂食訓練	□医師・看護と連携 □作業療法評価 □目標設定・計画立案 □口腔ケア・摂食訓練	□作業療法最終評価
管理栄養士 薬剤師		□栄養状態チェック □BMI(%) □薬物アレルギー、副作用の確認 □持参薬確認 □薬剤管理	□栄養計画書作成 □薬物管理	□現状把握 □薬物管理	□現状把握 □薬物管理	□現状把握 □薬物管理	□栄養計画評価 □BMI(%) □退院時・持ち込み薬追加 □服薬指導・処方箋報告
アウトカム	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行	【検査】 □HDS-R(点) □MMSE(点) □FAST(レベル:) □CDR □NPI(点) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的過剰行為() 【高次機能障害】失語 失認 失行
バイアス							
医師署名							
家族署名	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)

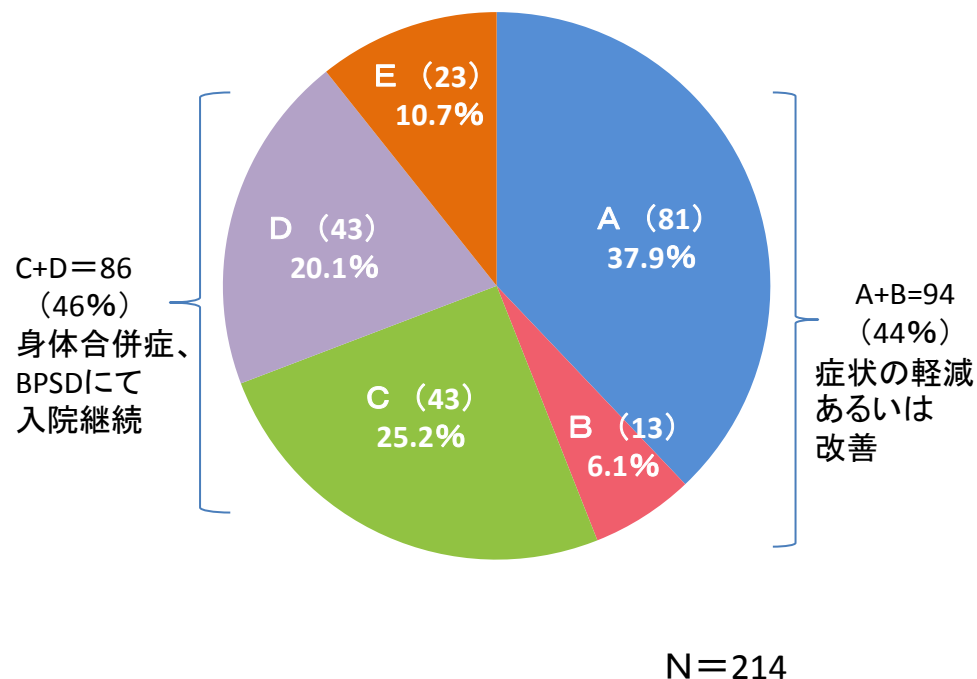
急性期認知症入院クリニカルパスの使用調査 (平成24年8月～平成25年3月末)

- ・民間精神科病院(10病院)において新入院患者に対しクリニカルパスを実施した。
- ・認知症治療病棟に入院した214例
- ・クリニカルパスの結果を評価するため5つのレベルに分けた。

レベル評価の基準

レベル	内 容
A	3ヶ月以内に自宅または施設へ退院 (BPSDは軽減あるいは改善)
B	3ヶ月以内にBPSDは軽減あるいは改善 家族の拒否、施設や地域の受入れ拒否のため 退院できない
C	身体合併症治療のため継続入院 (同病院内転棟等含む)
D	BPSDの軽減あるいは改善なく、継続入院
E	パス中断 (家族の希望による治療中止、退院または死亡)

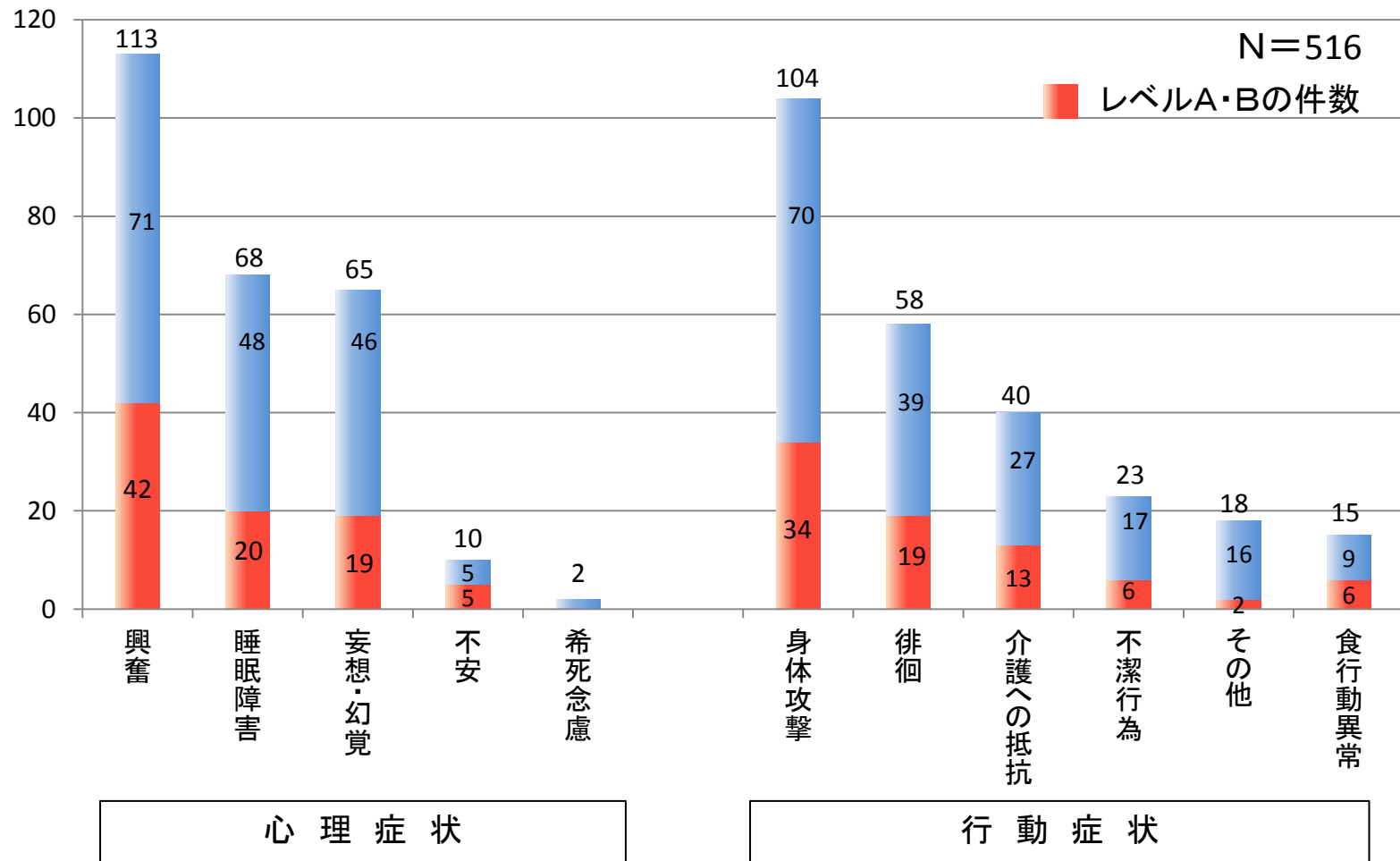
レベル評価



入院時に認められたBPSDの延べ件数と クリニカルパス使用により軽減あるいは改善（レベルA・B） したBPSDの延べ件数

—— NPIによる分類 ——

(件数)



急性期認知症入院クリニカルパスの有用性

- 1) 早期退院への意識づけが明確
- 2) 医師、看護・介護職員だけでなく、精神保健福祉士、心理技術者、作業療法士、言語療法士、管理栄養士、薬剤師等の職員が病状の経過や治療過程(退院支援を含め)を把握できる。
- 3) 入院後の経過を定期的(入院1週目、2週目、1ヵ月、2ヵ月・・・)に家族へ説明し、治療への理解を得る。
- 4) 退院に向け、地域の介護保険サービスがスムーズに利用できるよう、病院側、患者・家族と介護の職員とが連携を図る。
- 5) 退院後も専門医療機関は長い認知症の治療経過をサポートしていく。

認知症治療病棟における専門治療

- 1) 精神保健福祉法による人権に最も配慮した病床である。
- 2) 精神保健指定医が病院にいる。
- 3) 「傾聴、受容、共感、支援的対応」という精神科看護を身につけた専門スタッフがいる。
- 4) 多くのコメディカルスタッフ(PSW、CP、OT 等)が治療に加わる、さらに常勤の身体科医師がいる。
- 5) 薬物療法(薬物の調整を含む)、非薬物療法(精神療法、心理教育、作業療法 等)を行う。
- 6) その人らしさを支持し、居場所を作り、治療空間を整え多面的治療を行う。

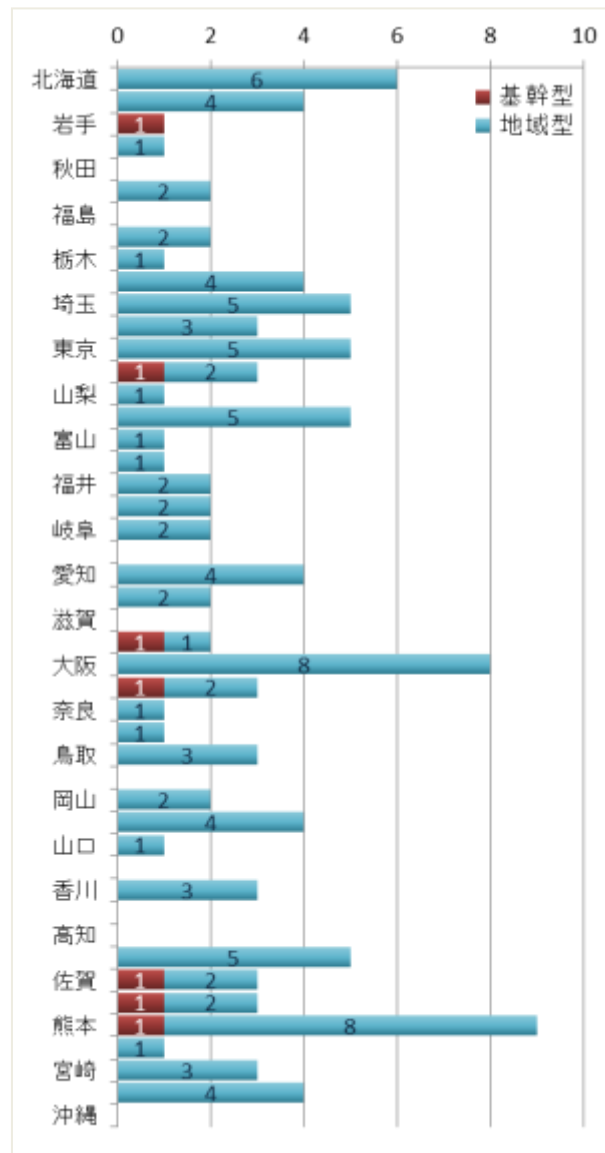
全国認知症疾患医療センター連絡協議会（第9回）（平成25年8月2日開催）

認知症疾患医療センター 実績報告書(平成24年6月～平成25年5月)

調査対象:193病院(※会員病院:109病院 非会員病院:84病院)(平成25年4月15日現在)

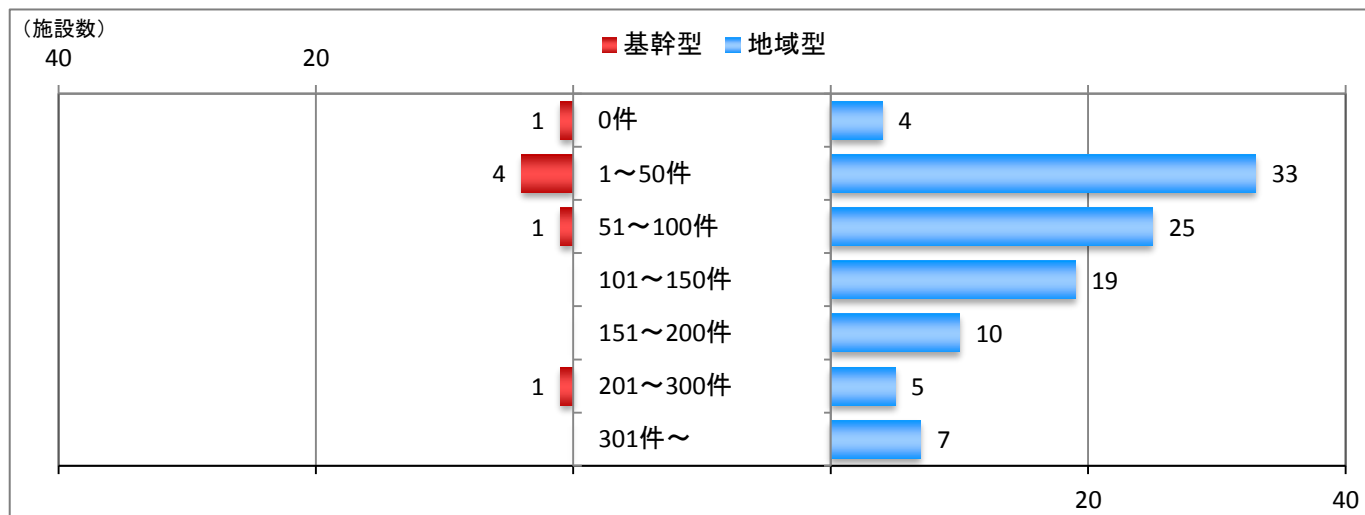
有効回答:113病院(※会員病院:75病院 非会員病院:38病院)(回答率58.5%)

都道府県	基幹型	地域型	計
全国	7	106	113
北海道	0	6	6
青森	0	4	4
岩手	1	0	1
宮城	0	1	1
秋田	0	0	0
山形	0	2	2
福島	0	0	0
茨城	0	2	2
栃木	0	1	1
群馬	0	4	4
埼玉	0	5	5
千葉	0	3	3
東京	0	5	5
神奈川	1	2	3
山梨	0	1	1
新潟	0	5	5
富山	0	1	1
石川	0	1	1
福井	0	2	2
長野	0	2	2
岐阜	0	2	2
静岡	0	0	0
愛知	0	4	4
三重	0	2	2
滋賀	0	0	0
京都	1	1	2
大阪	0	8	8
兵庫	1	2	3
奈良	0	1	1
和歌山	0	1	1
鳥取	0	3	3
島根	0	0	0
岡山	0	2	2
広島	0	4	4
山口	0	1	1
徳島	0	0	0
香川	0	3	3
愛媛	0	0	0
高知	0	0	0
福岡	0	5	5
佐賀	1	2	3
長崎	1	2	3
熊本	1	8	9
大分	0	1	1
宮崎	0	3	3
鹿児島	0	4	4
沖縄	0	0	0

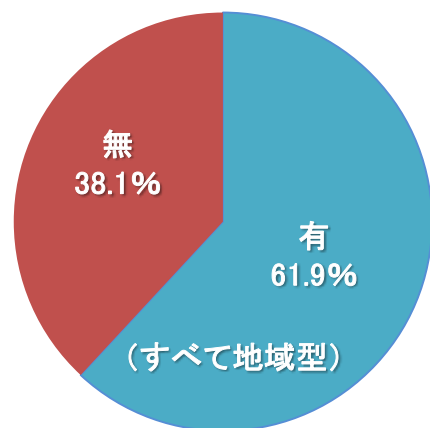


認知症疾患医療センター 一般病床と精神病床を有する

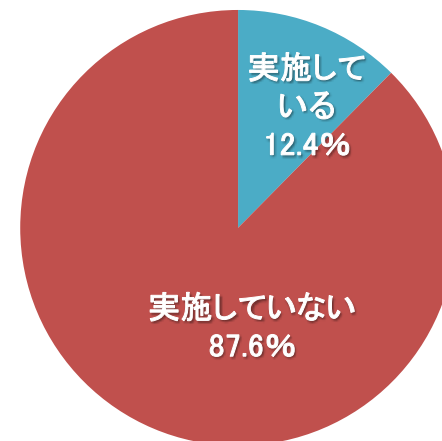
センターへの入院件数（年間）別施設数



認知症治療病棟の有無



急性期入院クリニカルパスの実施



(資料) 全国認知症疾患医療センター連絡協議会(第9回)