

2025年へのカウントダウン

～精神の地域医療計画と認知症診断向上プログラム～

国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹





国際医療福祉大学三田病院

2012年2月新装オープン！

物忘れ外来もあります！

東京都認定がん診療連携病院



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

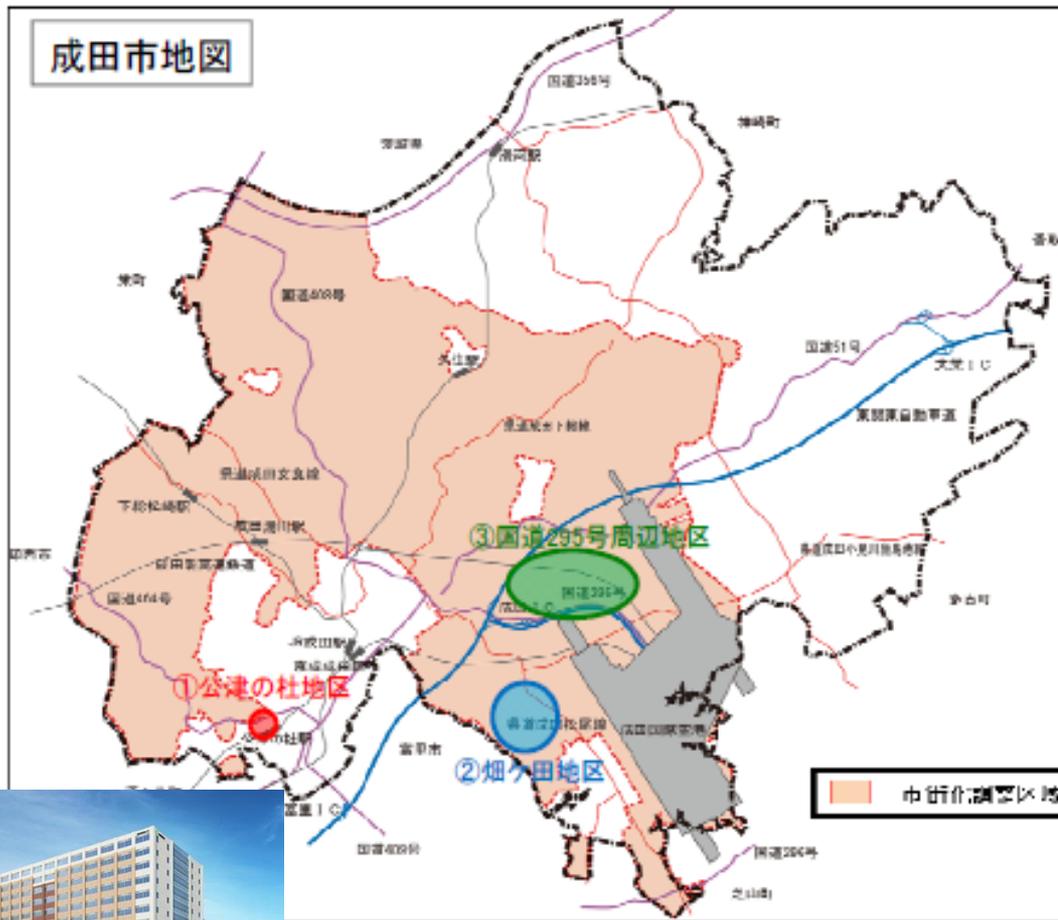


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)





2018年4月、国際医療福祉大学 大学院 赤坂キャンパス完成

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

目次

- パート1
 - 世界の精神科医療改革
- パート2
 - 医療計画と精神疾患
- パート3
 - 第七次医療計画と精神疾患
- パート3
 - 英国の認知症戦略



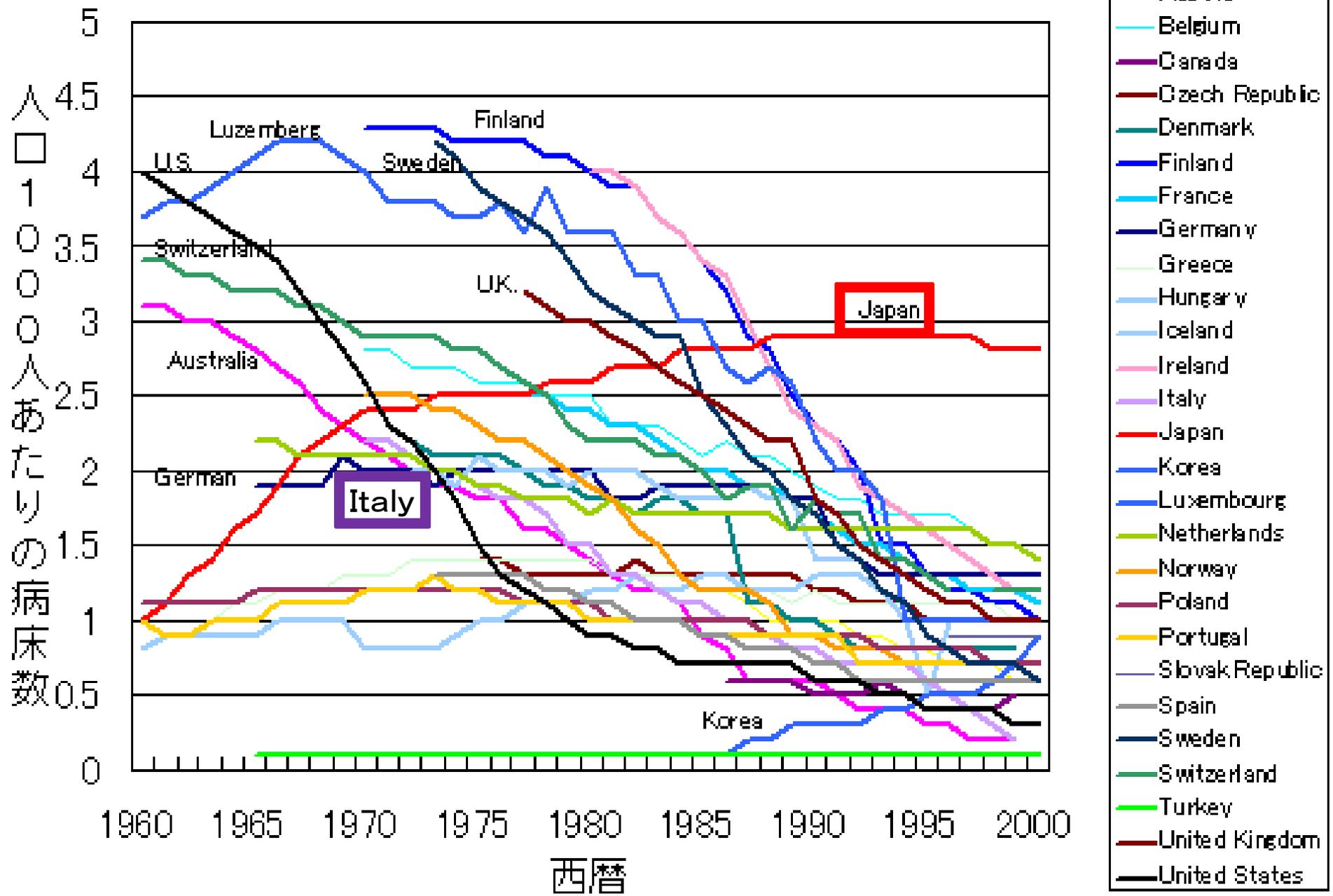
パート1

世界の精神医療改革

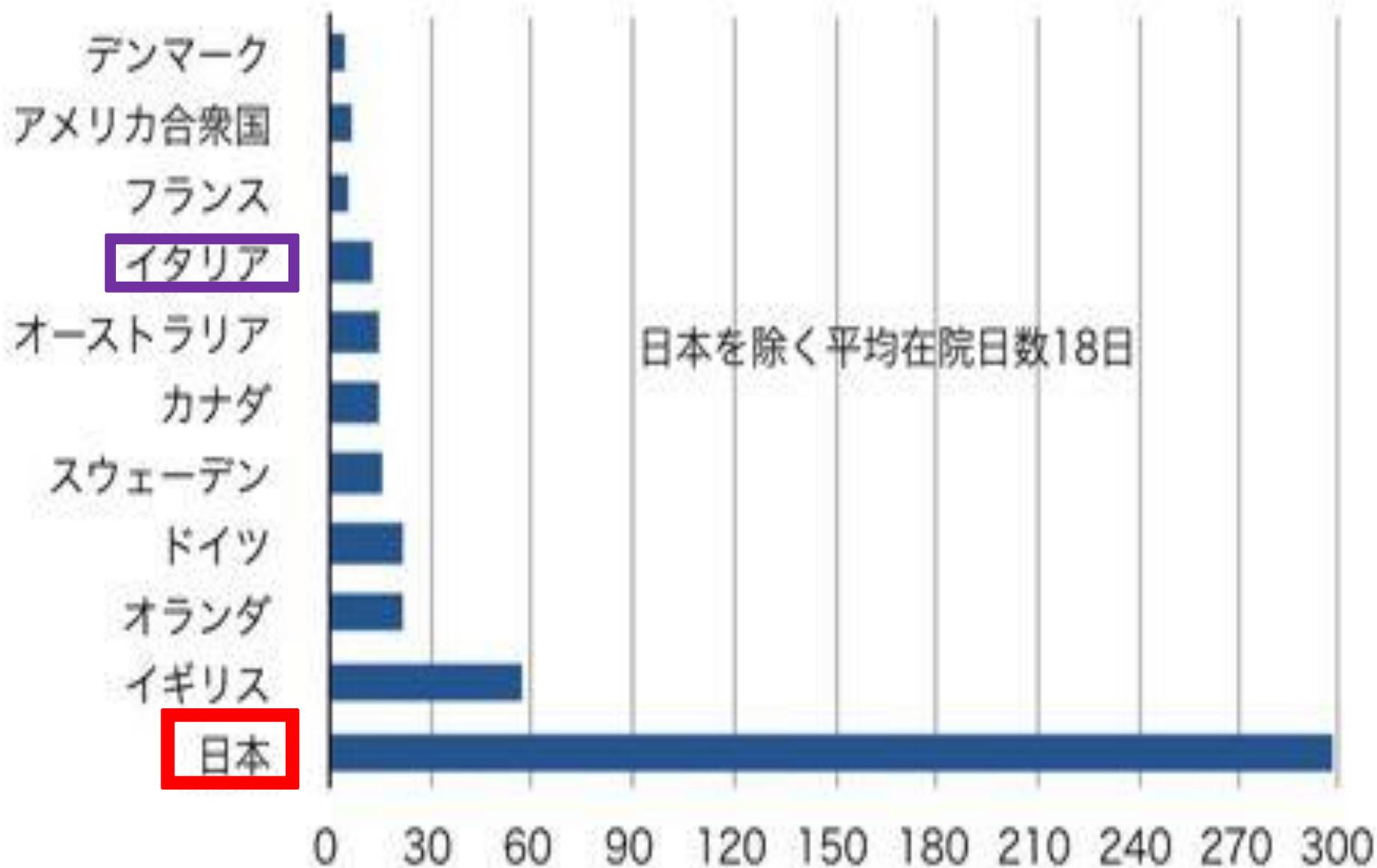


バザリア改革

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



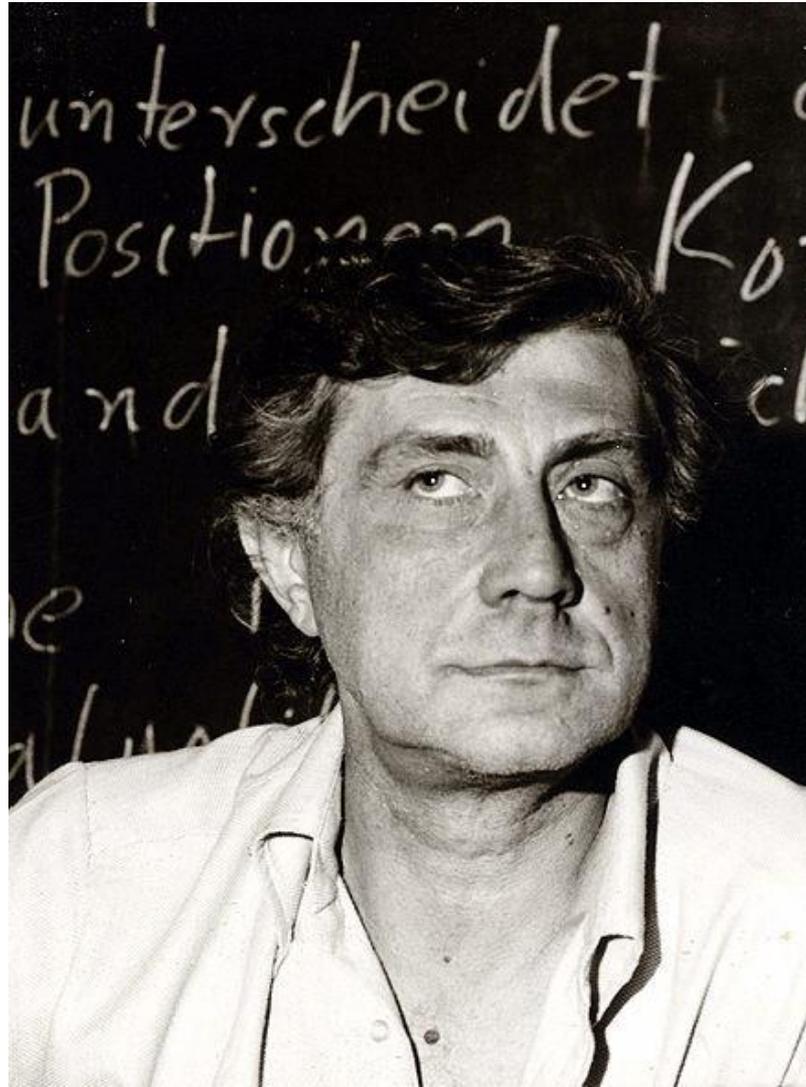
イタリアのバザーリア改革



La liberta' e' terapeutica.
自由こそ治療だ！

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年



北イタリアのゴリツィア県





ゴリツィア県立精神病院

バザーリア改革

• バザーリア法(180号法)

- 1978年5月に公布された世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に15床を限度に設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。

ライシャワー事件 (1964年 昭和39年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された。
 - 精神疾患患者の施設隔離が始まった

- ライシャワー駐日大使



パート2

医療計画と精神疾患



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

第6次医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

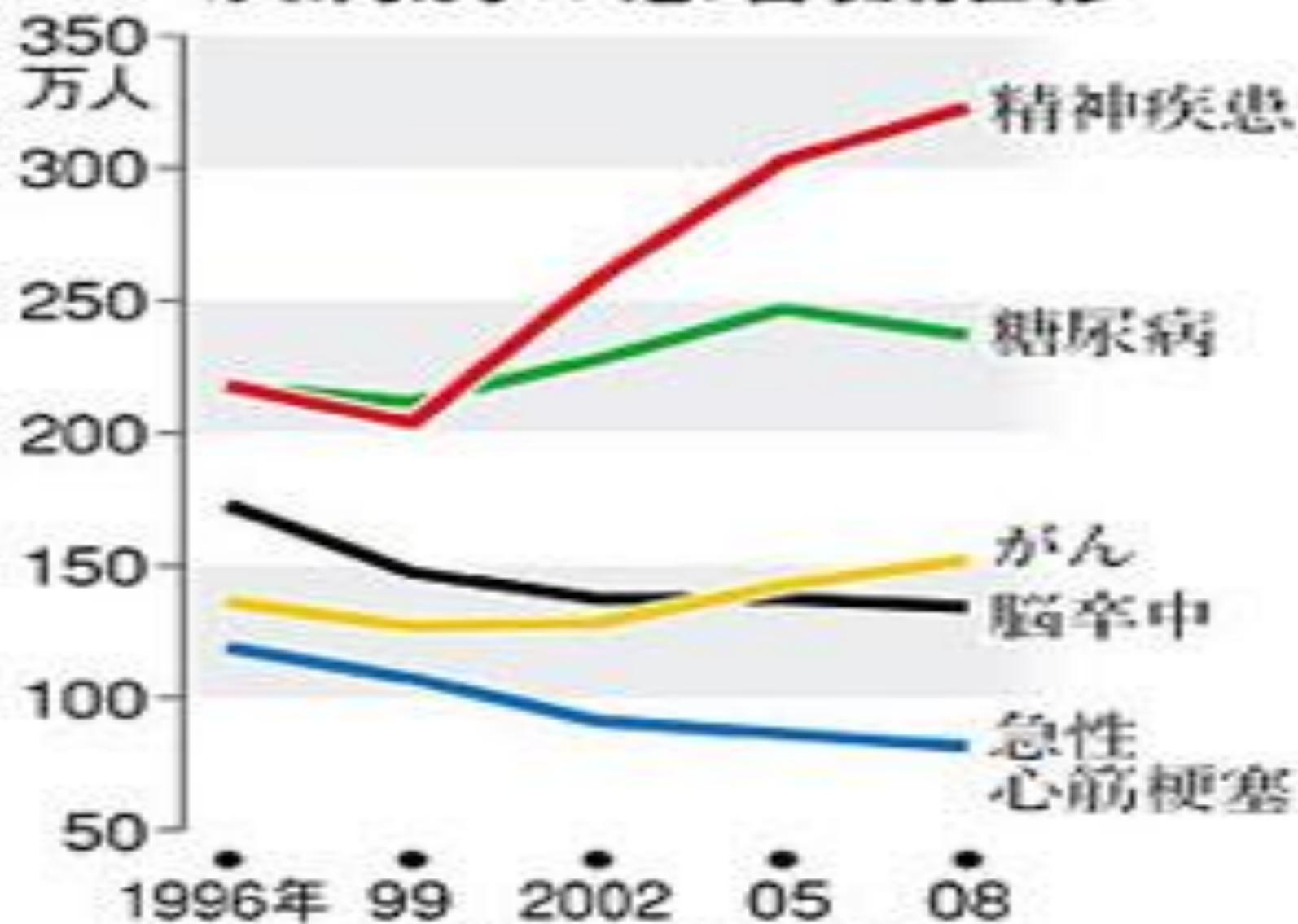
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

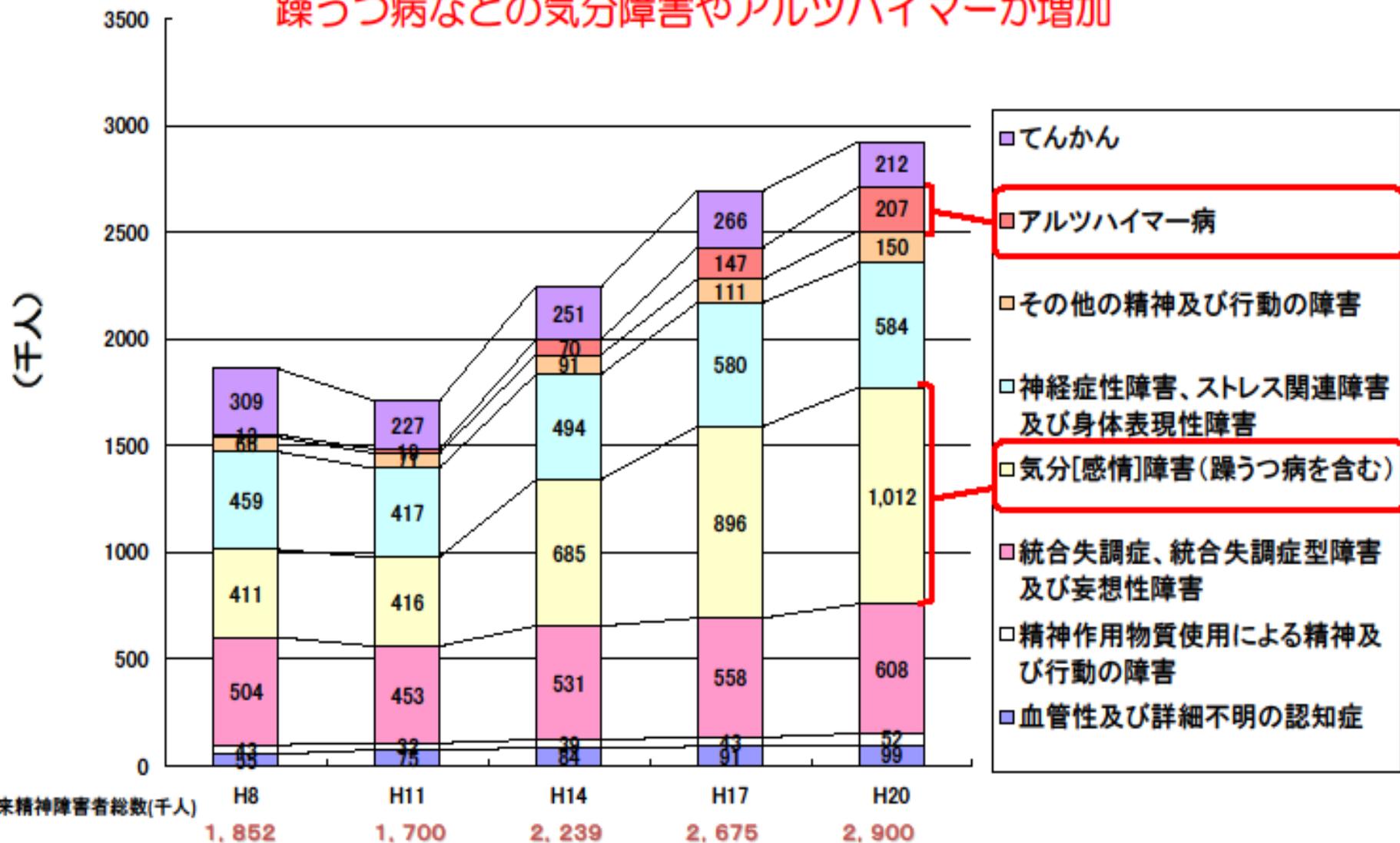
疾病別の患者数推移



(厚生労働省による)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

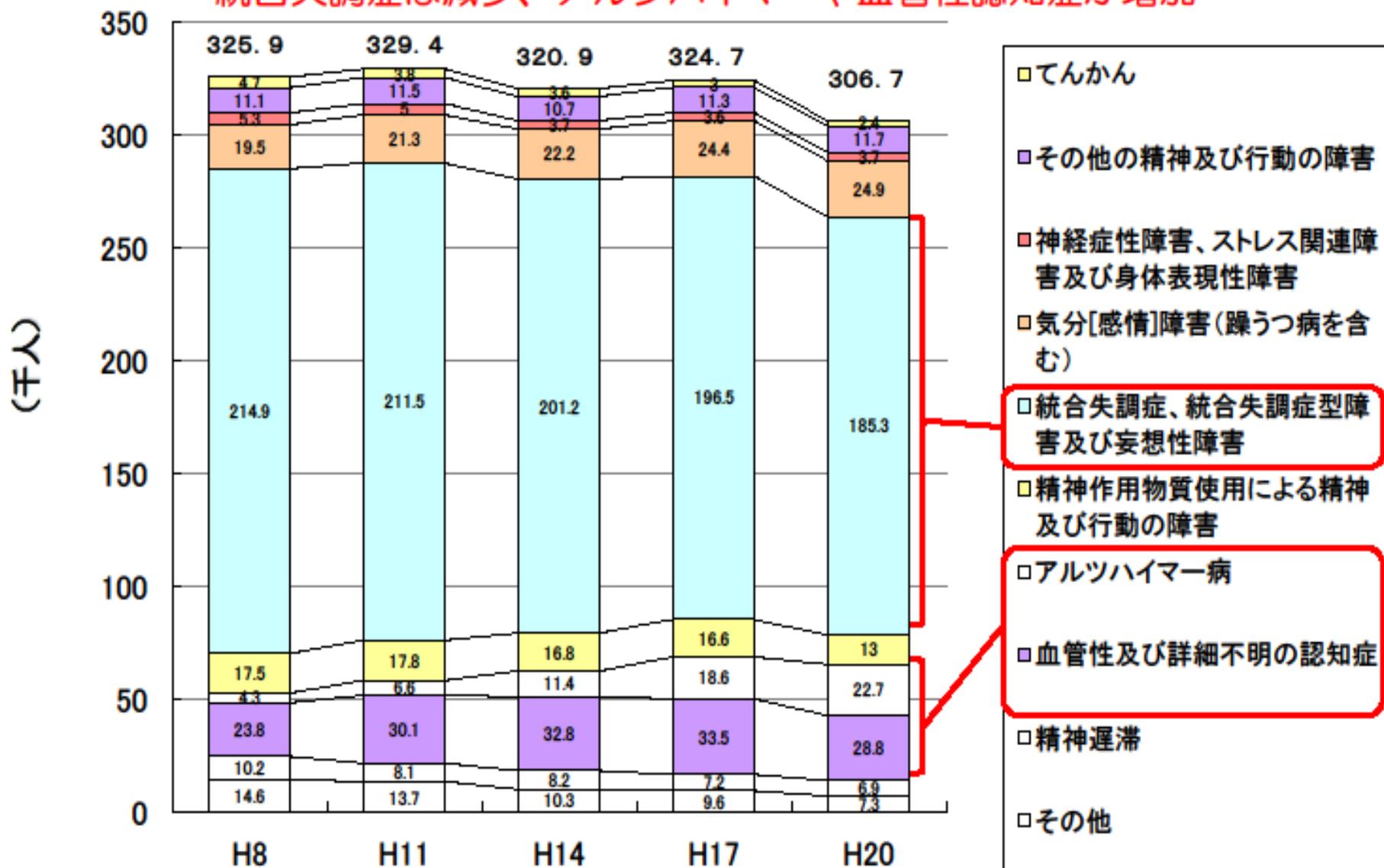
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

3大精神疾患

うつ病は増えている

統合失調症による入院は減っている

認知症入院が増えている

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

看護配置3:1以上
169,771床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)
2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床) 6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1
15:1
(2,710病棟、145,959床*)

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床*)

2:1 10:1
(8病棟 261床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症治療病床
入院
入院

認知症、77±14歳

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

10:1 (34病棟、1,361床*)
13:1 (平成22年から導入)
15:1 (2,710病棟、145,959床*)
統合失調症
58±16歳
1年以上6割
18:1 (303病棟 17,655床*)
20:1 (153病棟 9,265床*)
特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

7:1 (7病棟 220床*)
13:1 (平成22年から導入)
15:1 (84病棟 2,971床*)

20万床

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

パート3

7次医療計画と精神疾患



2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)

7次医療計画と精神疾患

- ①長期入院精神障害者の地域移行
 - 3ヶ月未満の「急性期医療」
 - 3か月～1年未満の「回復期医療」
 - 「重度かつ慢性」
 - 1年以上の長期高齢者入院の「慢性期医療」
 - 急性期、回復期、慢性期の病期に対応した精神科医療
- ②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向け、重層的な連携による支援体制を整える
- ③多様な精神疾患患者等への対応
 - 多様な精神疾患ごとによる対応を可能にするため、各医療機関の機能を明確化し、「都道府県・2次医療圏を集計単位とした指標」を追加する。

①長期入院精神障害者の 地域移行



医療計画における精神疾患の医療体制に関する検討経緯

第6次医療計画(平成25年～)

精神疾患を追加(4疾病⇒5疾病)

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 (平成25年7月～12月)

- ・良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針について

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 (平成26年3月～7月)

- ・長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 (平成28年1月～)

- ・精神病床のさらなる機能分化について
- ・精神障害者を地域で支える医療の在り方について
- ・多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(2012年)



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
 - 3ヶ月未満の急性期医療
 - 3か月～1年未満
 - 重度かつ慢性
 - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)
2012年3月23日～6月28日まで
厚労省において7回の検討会を行った

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

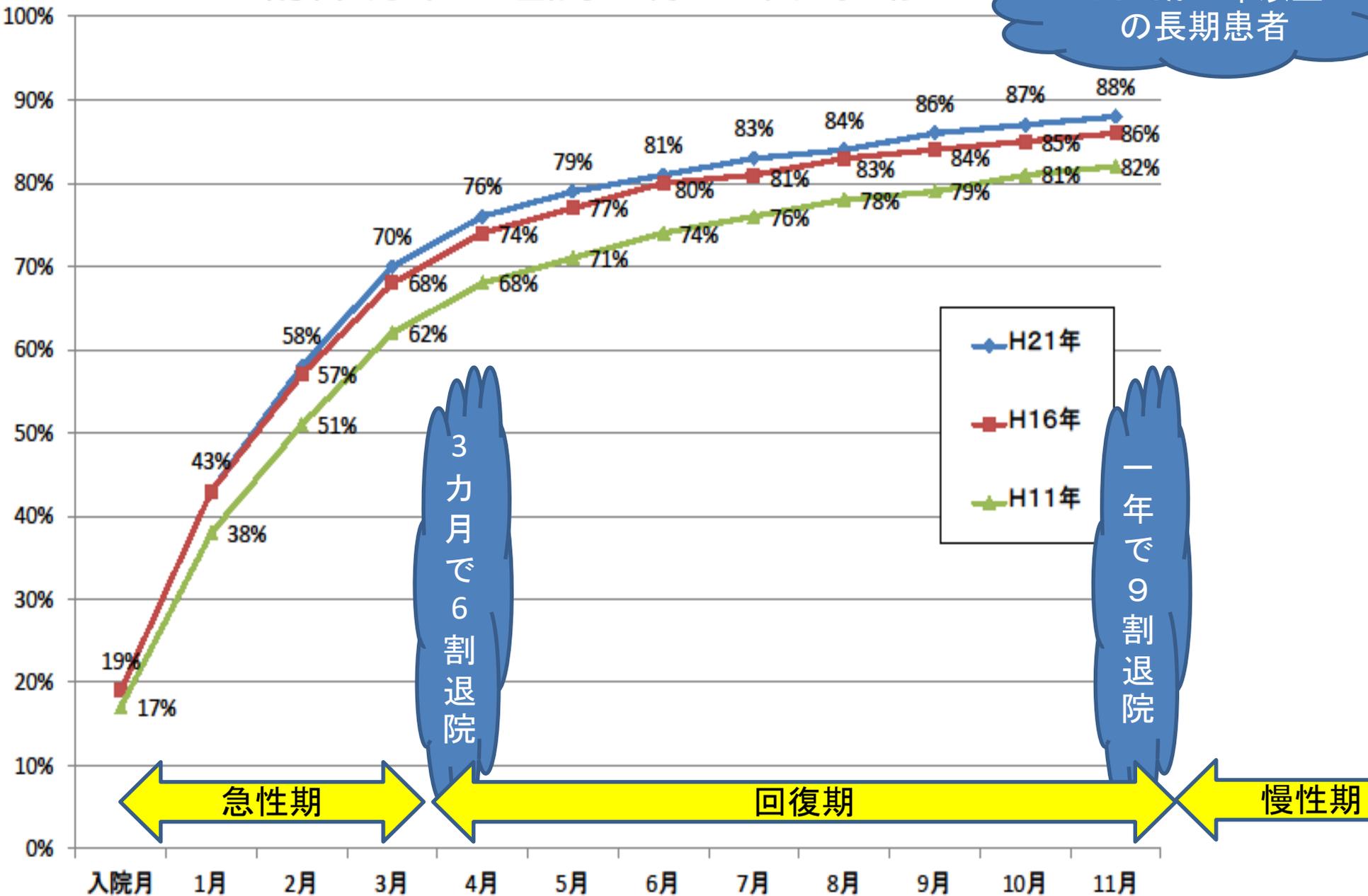
◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

精神病床の退院曲線の年次推移

10%が1年以上の長期患者



3カ月で6割退院

一年で9割退院

急性期

回復期

慢性期

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

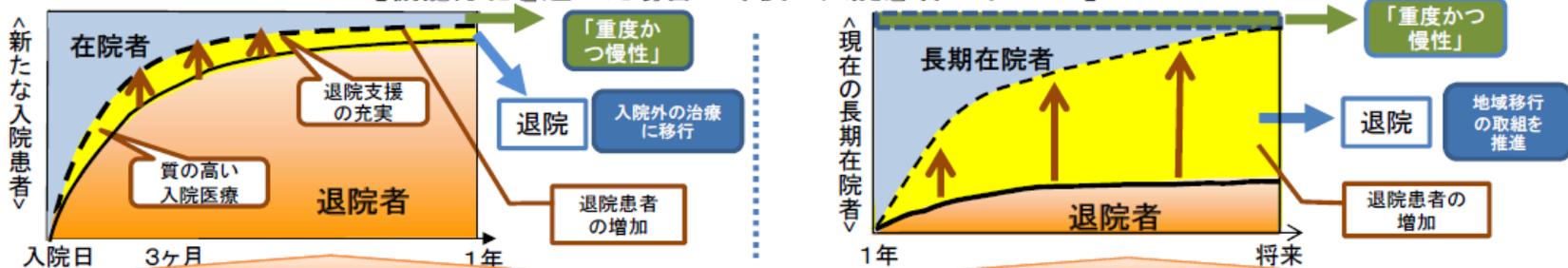
<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神科病床の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神科病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神科病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



○ **3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **3か月～1年未満**について、医師は現在の精神科病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。

○ **精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

○ **現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神科病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について 【新たに入院する精神障害者】

- 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供する体制を確保する。(※1)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床

	3ヶ月未満 (精神科救急・急性期)	3ヶ月以上1年未満 (回復期)	1年以上 (重度かつ慢性)
※1	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約 ・精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、精神病床と同等の配置 ・看護職員は、3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度かつ慢性の定義は現在検討中
※2	<ul style="list-style-type: none"> ・医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指す 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する
※3	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護職員は、一般病床と同等の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床と同等の配置看護職員は、3対1の配置を基本 	<ul style="list-style-type: none"> ①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について 【現在の長期在院者】

- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する(※2)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合には、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

	1年以上(重度かつ慢性) 精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床	1年以上(重度かつ慢性以外) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床
※1	・重度かつ慢性の定義は現在検討中	・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
※2	・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する	・医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する
※3	①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき	・退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるように、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

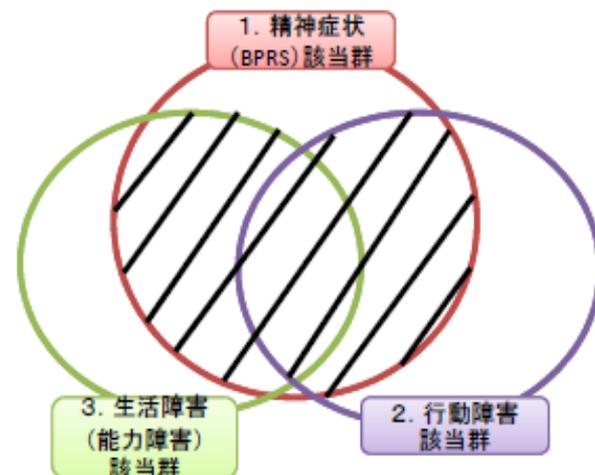
3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:_____)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表

40%は地域移行
できる！

			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上～1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～10年未満	10年以上～20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

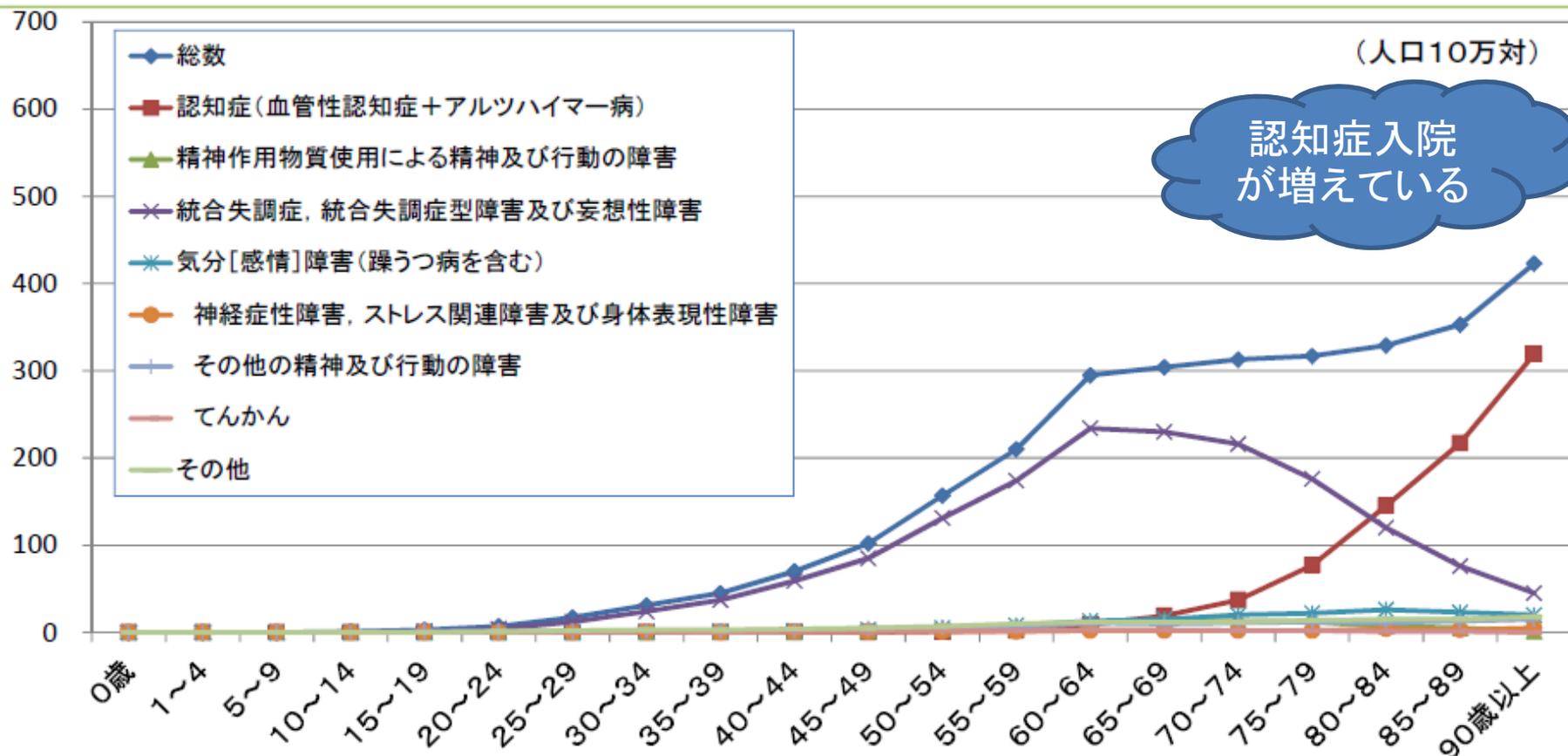
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院(長期入院)需要	
平成26年				
平成32年度末				地域移行に伴う基盤整備量
平成37年(2025年)				地域移行に伴う基盤整備量

精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。

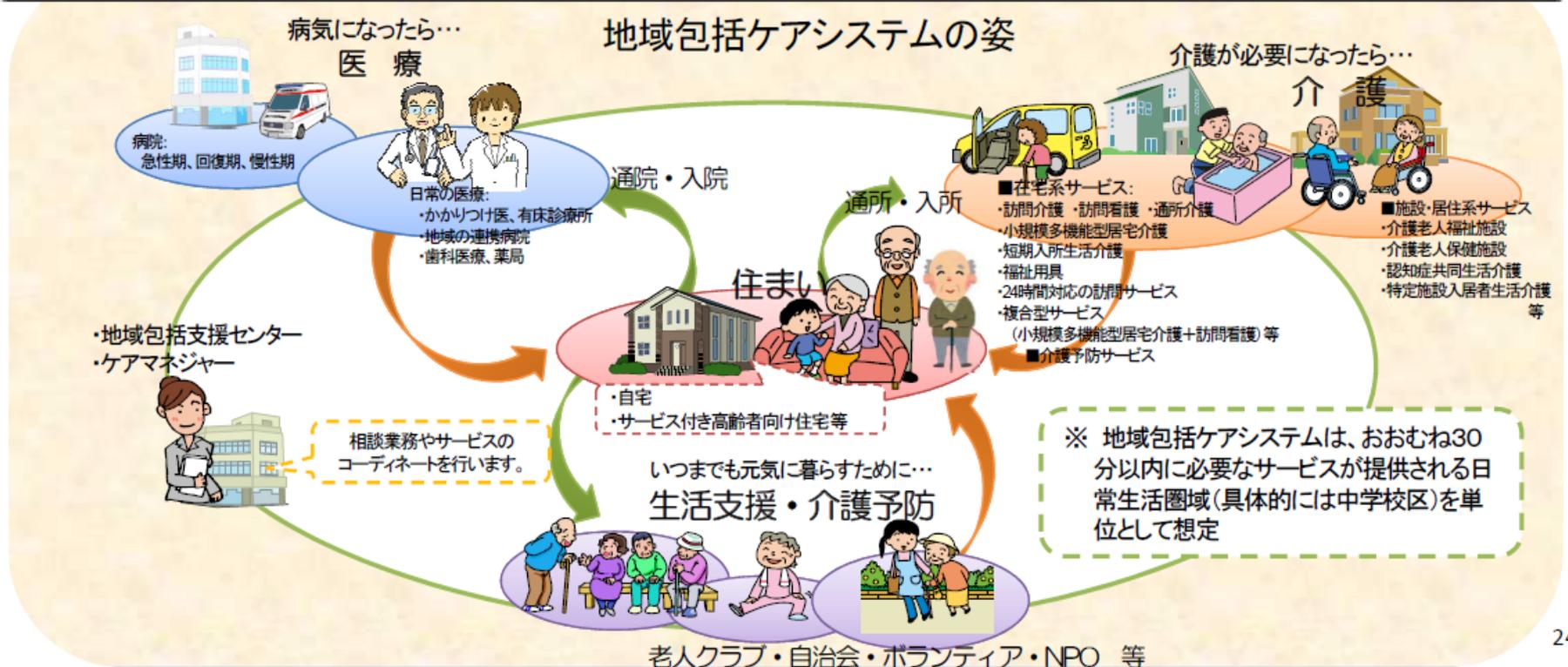


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

②精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築

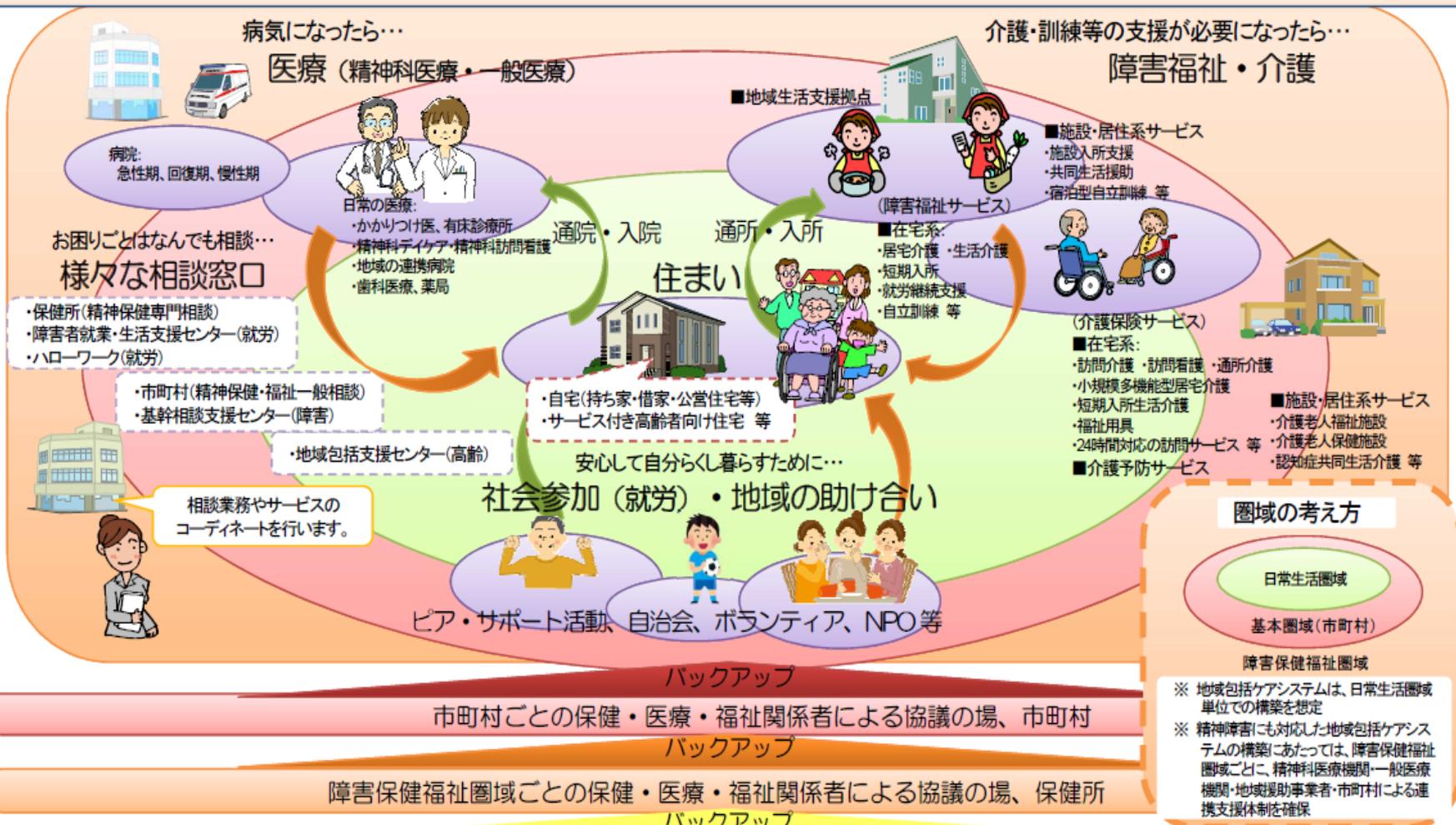
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

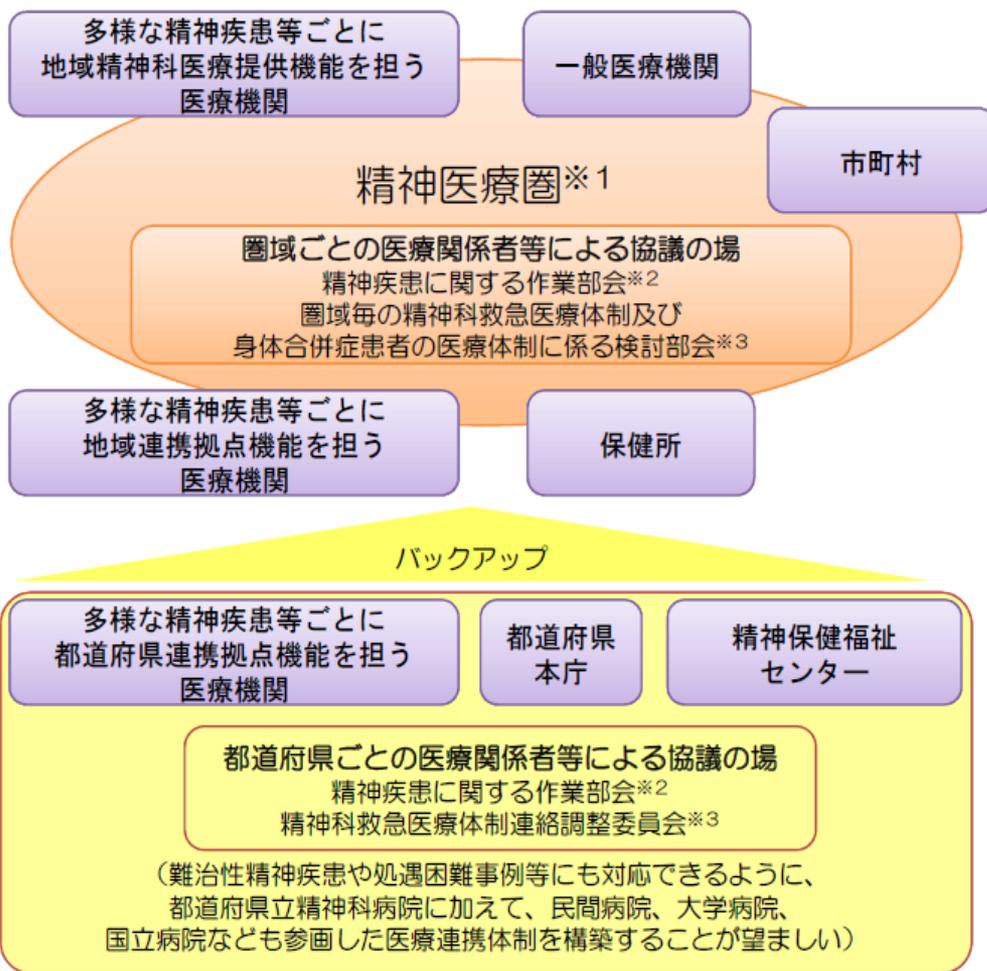
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



③多様な精神疾患患者等への 対応

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
- ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の都道府県拠点、
- ②情報収集発信の都道府県拠点、
- ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

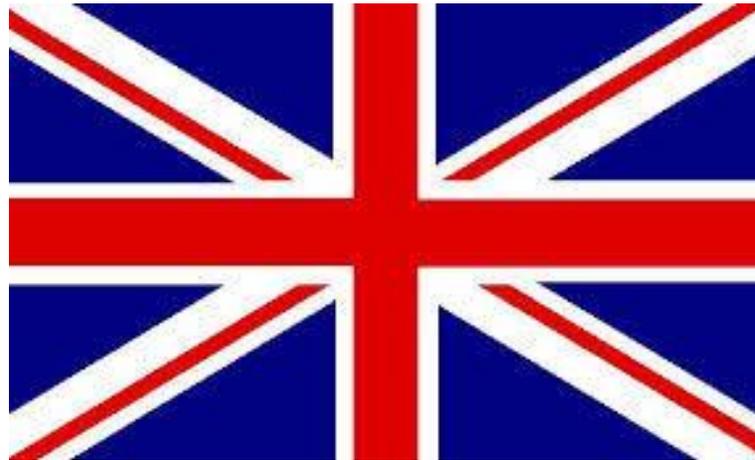
都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

パート4
イギリスの認知症戦略



イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日
イギリス、デンマーク視察



英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活(人生)を送る:認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標(2009年)
 - 1 早期の診断・支援のための体制整備
 - 2 総合病院における認知症対応の改善
 - 3 介護施設における認知症対応の改善
 - 4 ケアラー支援の強化
 - 5 抗精神病薬使用の低減

1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
 - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
 - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition
for diagnosis rates across the
country ..robust and affordable local
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)
に基づく地域施策が必要！」



South London and Maudsley NHS Foundation Trust

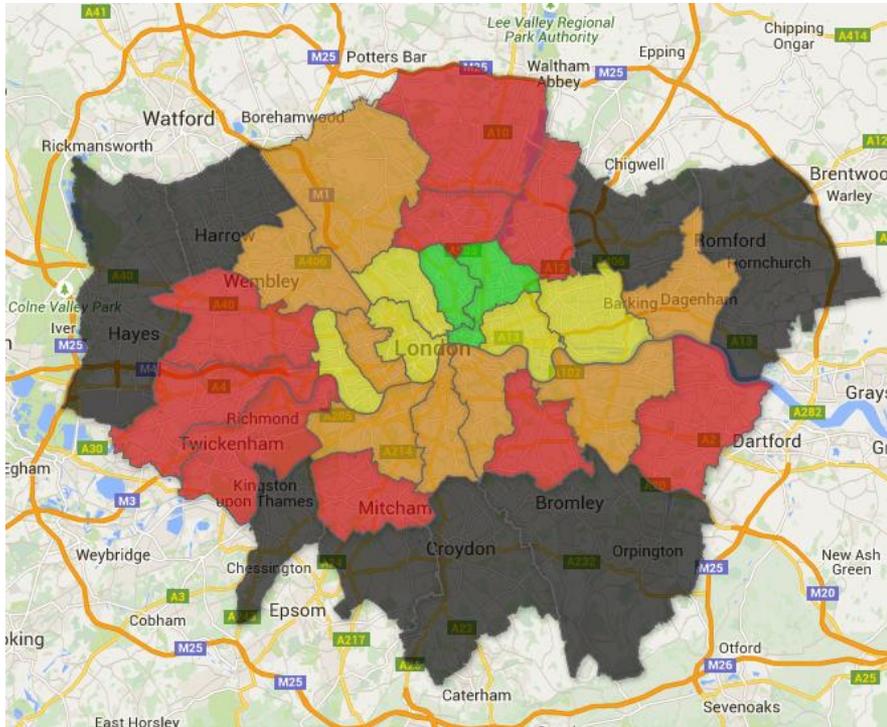
Dr Daniel Harwood
(**CAG**の Clinical Director)
イギリスにおける認知症分野の
著名なリーダーの1人

- ・ **認知症国家戦略**
 - ・ 認知症の診断率向上
 - ・ 抗精神薬の低減
 - ・ 早期介入とQOL
 - ・ ケアラー支援

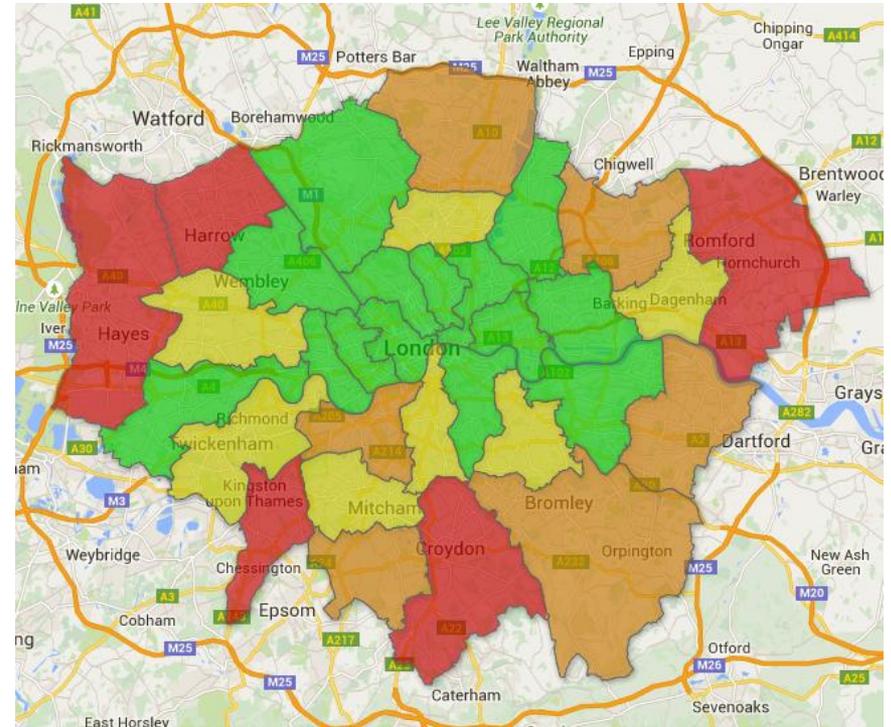
認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



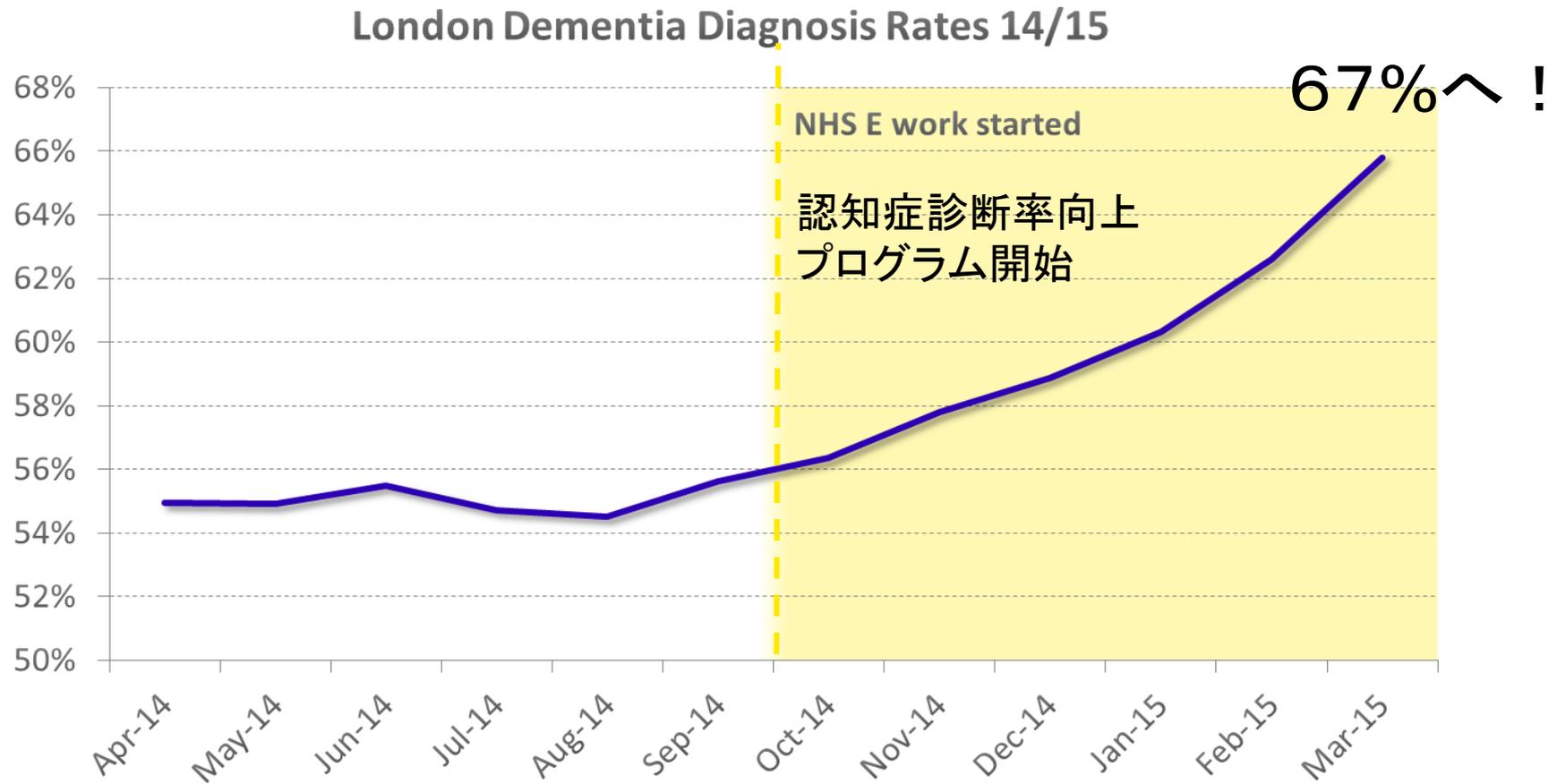
- March 2015



Diagnosis Rate



認知症診断率の推移(ロンドン)2015年



認知症診断に55ポンド！
～開業医の診断率向上のためのインセンティブ～



Anger over 'cash for diagnoses' dementia plan

早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
 - メモリーサービスの普及とその質向上

メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
 - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
 - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

NHSクロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム(看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名)
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
 - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
 - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
 - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援(たとえば認知症カフェへの参加)
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

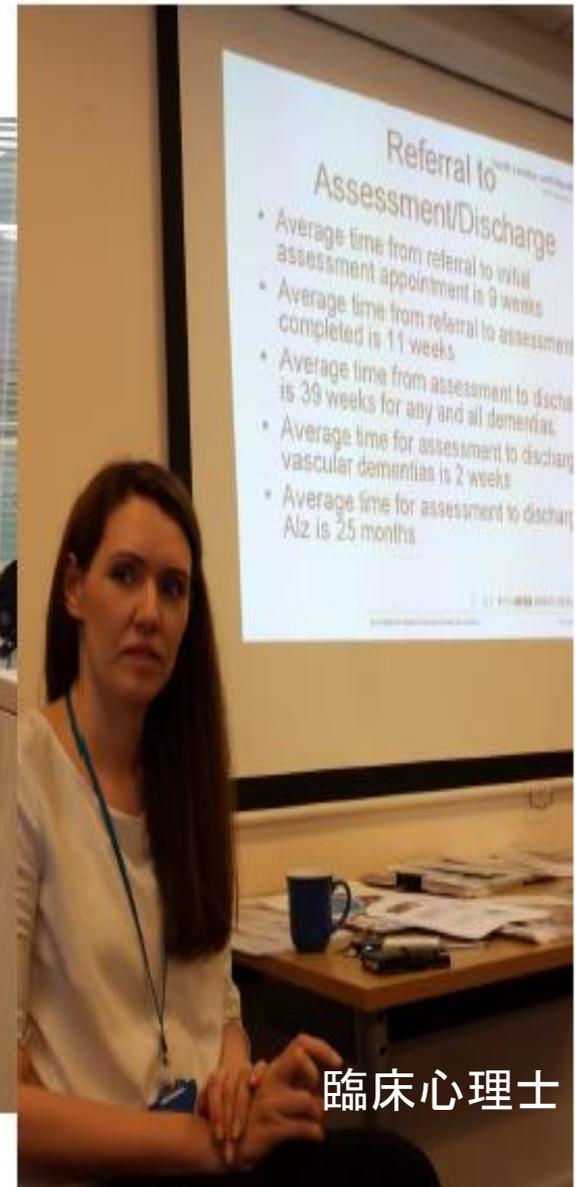
Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



臨床心理士

ケアラー支援の強化

- 1995年ケアラー法が制定
 - 認知症の人を家族に持つ介護者(ケアラー)も支援を受ける権利を有する
 - 地方自治体はケアラーの困難をアセスメントする義務を有する

Sutton Carers Center



Sutton Carers Center 家族介護者支援

- Vice Director
- Admiral Nurse
Clinical Leader
- Service Manager
(Social Worker)
- Carer (家族介護者)



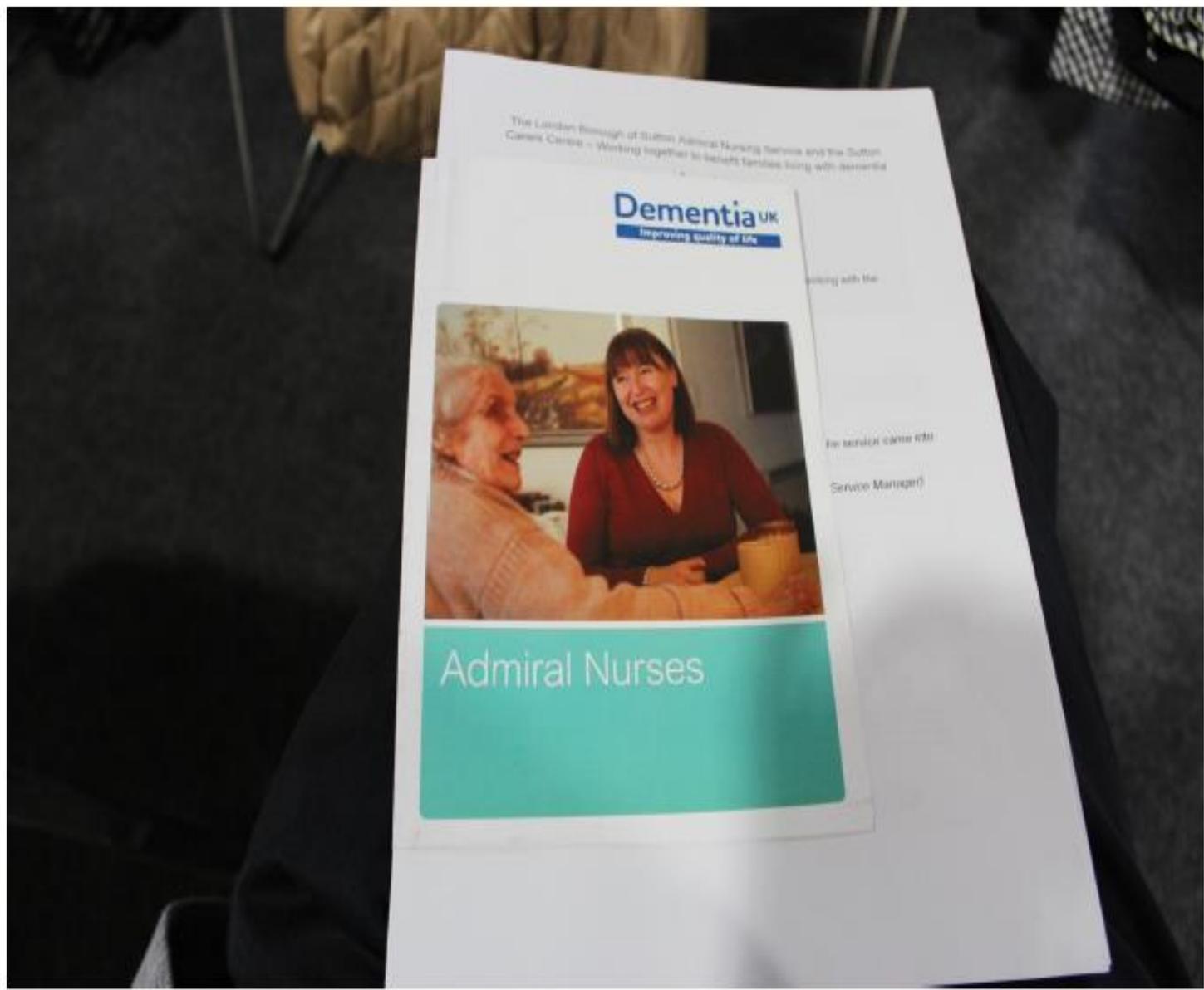
サットンケアラーセンターではアドミラルナースが活躍

Dementia UK の「Admiral Nurse」



アドミラルナースの
イアン・ウェザーヘッドさん

当事者団体が養成する
認知症家族支援の
専門看護師



アドミラルナースとは？

- 「アドミラルナース (Admiral nurses)」とは、在宅で認知症の本人と家族が暮らすことを支援し、諸サービスをつなぐコーディネーションをする専門トレーニングを受けた「認知症ケア専門看護師」のことである。
- アドミラルとは「提督」という意味で、この名称の由来は、ヨットを趣味にしている「アドミラル・ジョー」とニックネームで呼ばれていた一人の認知症の男性を記念して命名された
- アドミラルナースが、1990年ウエストミンスターで活動を始めて以来、現在、126名が、メモリーサービス、在宅チーム、ケアホーム、病院、終末期ケア、NPO団体、電話相談などで活躍中であるという。

アドミラルナースの活躍

- デイメンシアUK財団によると、アドミラルナースが入ることによって、施設や病院への入院、入所が著しく減少し、国の経費削減に相当貢献している
- 3人のアドミラルナースが16の家族に対し支援活動を10ヵ月続けて、50万ポンド(約7000万円)の削減につながったという
- 入院患者の45%は認知症を患い、その中で15~20%しか本当に入院が必要な人はいない
- 自宅や施設で家族や周りの人が対応できなくなるから入院に追い込まれる。それを防ぐのもアドミラルナースの大きな使命だという

抗精神病薬の処方制限

- 認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが研究によって明らかになった
- リスクの低い薬を限定的に処方する方針が出され、抗精神病薬の処方率が2006年の17.5%から2011年の6.8%まで低下

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム1
 - 私は、早期に認知症の診断を受けた。
- アウトカム2
 - 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
- アウトカム3
 - 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている
- アウトカム4
 - 私の周囲の人々、特にケアをしている家族が十分なサポートを受けられている

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム5
 - 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
- アウトカム6
 - 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
- アウトカム7
 - 私は人生を楽しんでいる。
- アウトカム8
 - 私は、コミュニティの一員であると感じる。
- アウトカム9
 - 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている

日本への示唆

- 地域別認知症診断率
 - 認知症診断率公表とその目標値の設定が認知症の早期診断の普及を促す
 - 日本においても認知症診断率を導入しては？
- ケアラー対策の充実
 - 日本においてもケアラー法が必要なのでは？
- 認知症国家戦略委員会
 - 日本においても首相直属、大臣直属の認知症国家戦略委員会等のアドバイザーとリーボードが必要では？



ロンドンのパブで！
日本でも認知症家族のために
ケアラーが必要では？



2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア
診療報酬改定、2025年へ向
けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで、
お友達募集を
しています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp