



精神疾患の地域医療構想と 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

目次

- パート1
 - 世界の精神科医療改革と日本
- パート2
 - 医療計画と精神疾患
- パート3
 - 地域医療構想と精神疾患
- パート4
 - 英国の認知症戦略



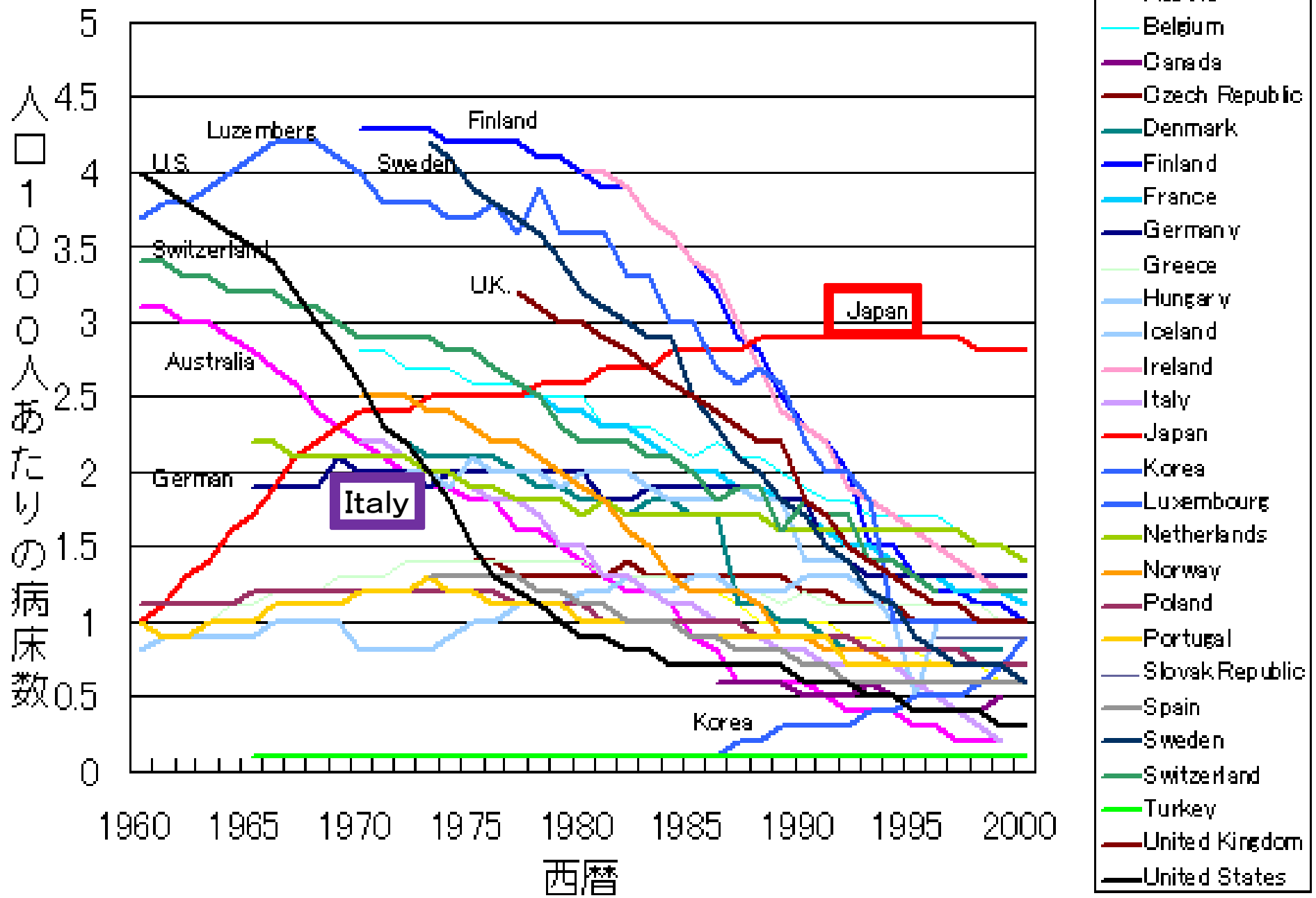
パート1

世界の精神医療改革と日本

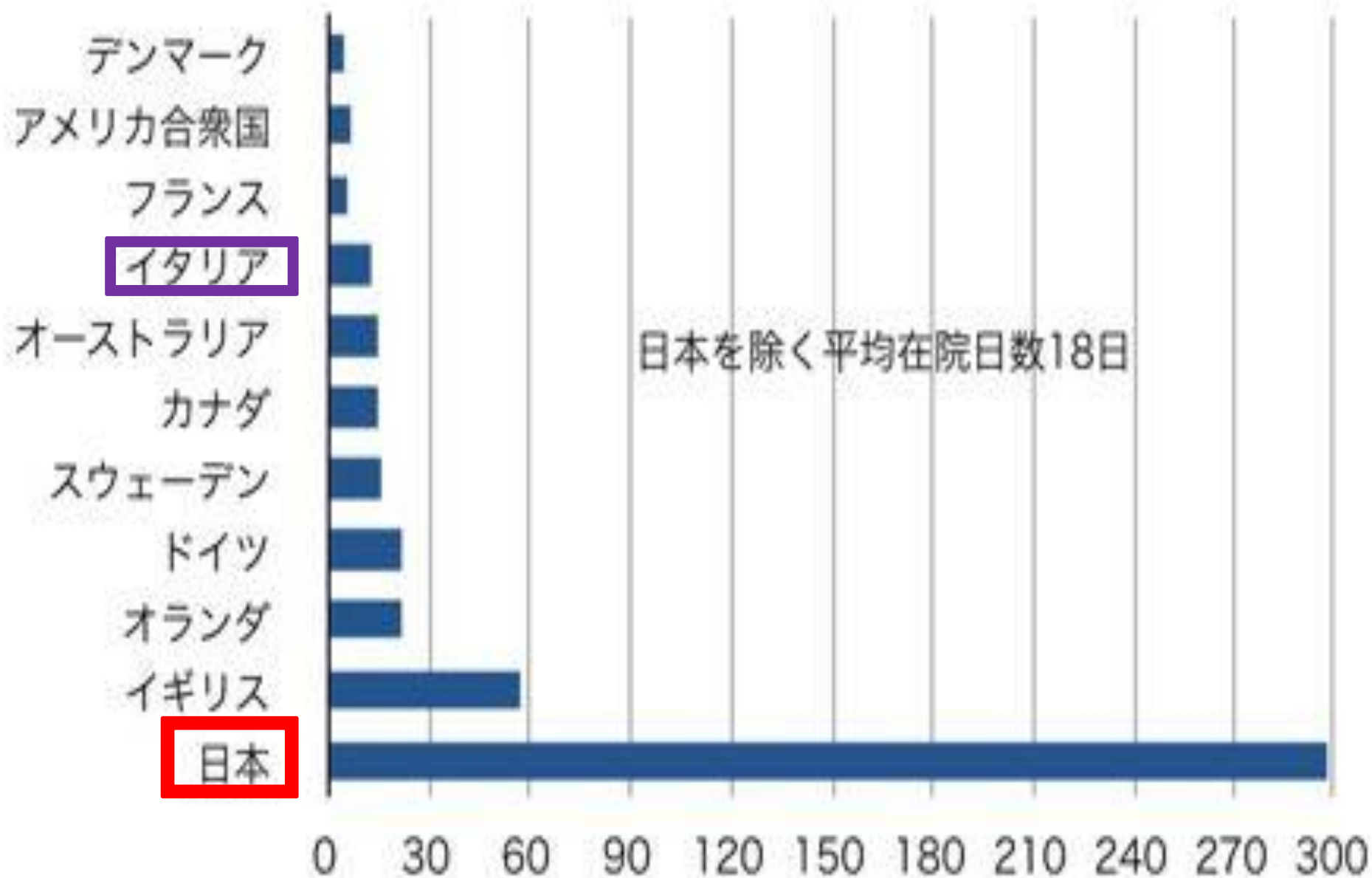


バザーリア改革

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



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)

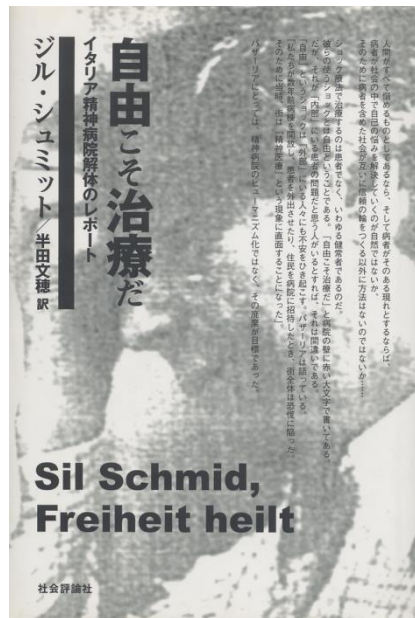
特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

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

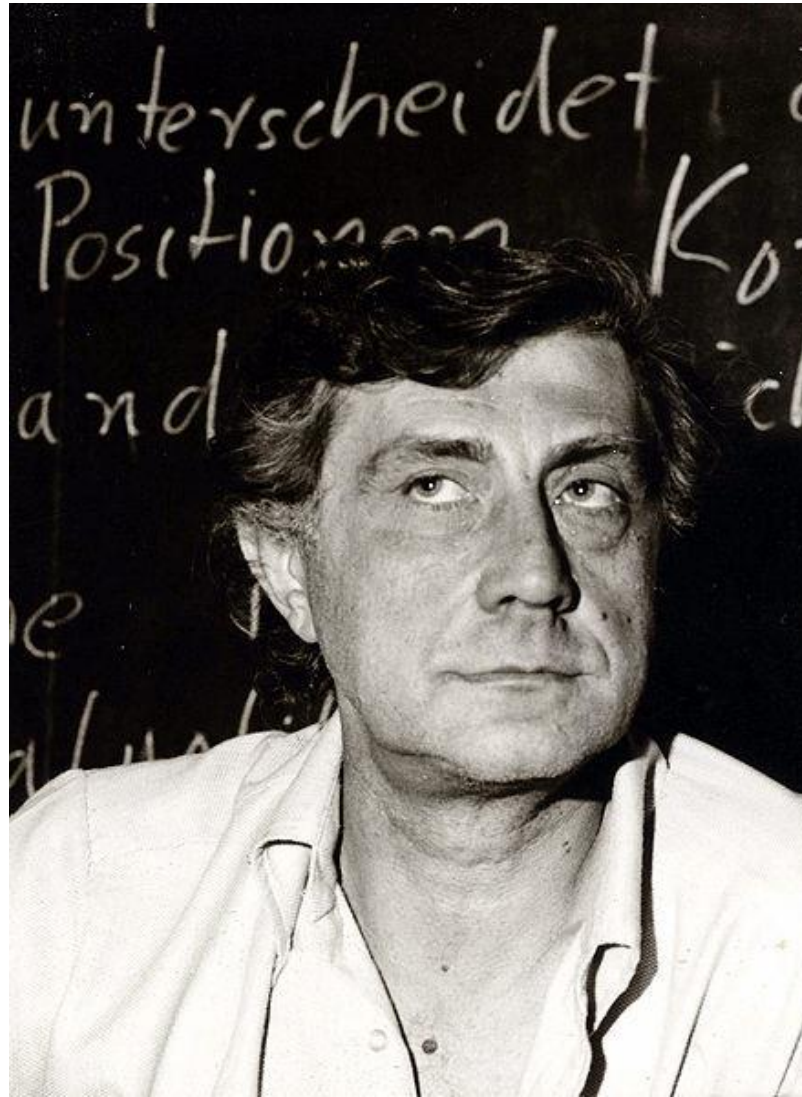
イタリアのバザーリア改革



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 (1664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りました。
- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された。
- ライシャワー駐日大使



精神衛生法一部改正（1960年）

- 自傷他害が著しい精神障害者に対する緊急措置入院制度を新設
- 在宅精神障害者の医療を確保するため、通院医療費公費負担制度を新設
- 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関とし、精神衛生相談や訪問指導を強化
- 保健所に対する技術指導援助等を行う精神衛生センターを各都道府県に設置 等

精神病床の増加

- 精神衛生法改正後
 - 「精神障害回復者社会復帰施設」
 - 「デイケア施設」等の施設対策が充実される
 - 訪問看護や保健所の相談指導事業が新設され社会復帰施策も大幅に拡充された
- しかし精神病床はその後も増加した
 - 1965年(昭和40年)17万床
 - 1975年(昭和50年)28万床

宇都宮病院事件



<http://www.youtube.com/watch?v=p9A3HeyH7W0>

宇都宮病院事件

• 宇都宮病院事件

- 1983年(昭和58年)栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件
- 宇都宮病院は、他の精神科病院で対応に苦慮する粗暴な患者を受け入れてきた病院であった
- 事件以前から「看護師に診療を行わせる」「患者の虐待」「作業謀報と称して院長一族の企業で働かせる」「病院裏の畑で農作業に従事させ収穫物を職員に転売する」「ベッド数を上回る患者を入院させる」「死亡した患者を違法に解剖する」などの違法行為が行われていた。

宇都宮病院事件

- 宇都宮病院事件をきっかけに、国連人権委員会などの国際機関でも日本の精神医療現場における人権侵害が取り上げられ、日本政府に批判が集中した
- その結果、1987年には精神衛生法の改正法である「精神保健法（現、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」が成立し、精神障害者本人の意思に基づく任意入院制度を創設するなどの改善が図られた。

精神保健法(1987年)

- 入院患者の人権擁護の整備
 - ①精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度を創設
 - ②精神科救急に対応するため応急入院制度を創設
 - ③精神医療審査会、入院時等の書面による告知義務規定の新設
 - ④精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度への変更
 - ⑤精神科病院に対し厚生大臣等による報告徴収・改善命令を規定 等
- 精神障害者の社会復帰の促進
 - 法の目的・責務に社会復帰の促進を明記し、精神障害者社会復帰施設制度を創設

2000年以降の精神科医療改革



世界に立ち遅れた精神医療の改革を目指して

精神医療改革の流れ①

- 厚生労働省社会保障審議会
障害者部会精神障害分会（2002年12月）
 - 精神保健医療福祉施策
 - 今後10年のうちに「受け入れ条件が整えば退院可能」な7.2万人の退院・社会復帰を目指す
- 厚生労働省精神福祉対策本部（2004年9月）
 - 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
 - 「入院医療中心から地域生活中心へ」
 - ①国民の理解の深化
 - ②立ち後れた精神医療の改革
 - ③地域生活支援の強化など、精神保健福祉体系の再編と基盤強化

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み2002年

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

2012年が目標年

精神医療改革の流れ②

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」
(2009年9月)
 - ①精神保健医療体系の再構築
 - ②精神医療の質の向上
 - ③地域生活支援体制の強化
 - ④普及啓発
- 厚生労働省「新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(2010年5月)
 - アウトリーチ体制の具体化
 - 認知症と精神科医療
 - 保護者制度と入院制度

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)

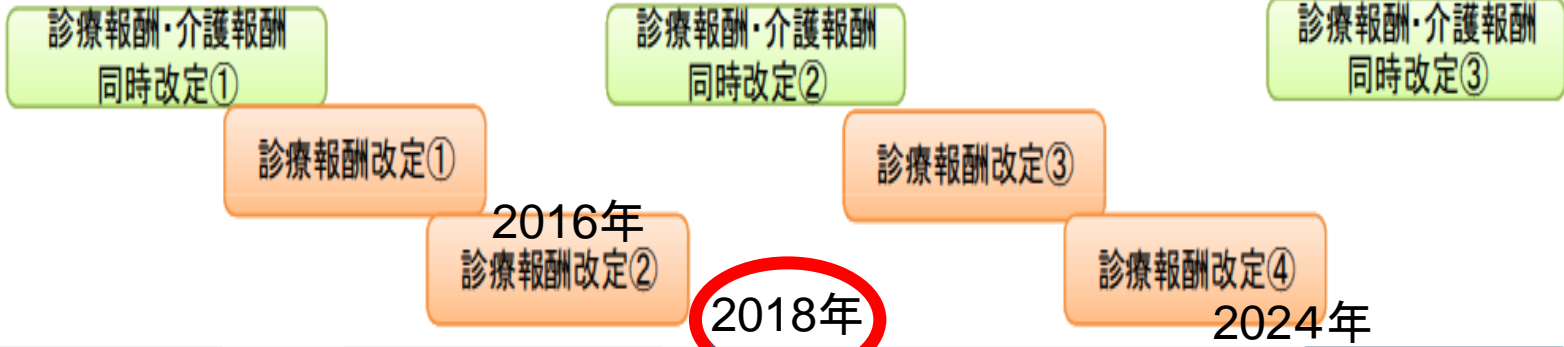
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

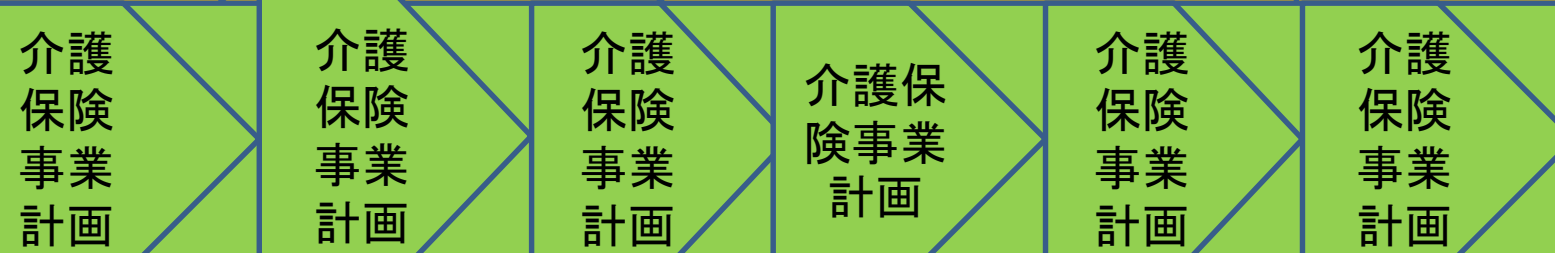
報酬改定



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

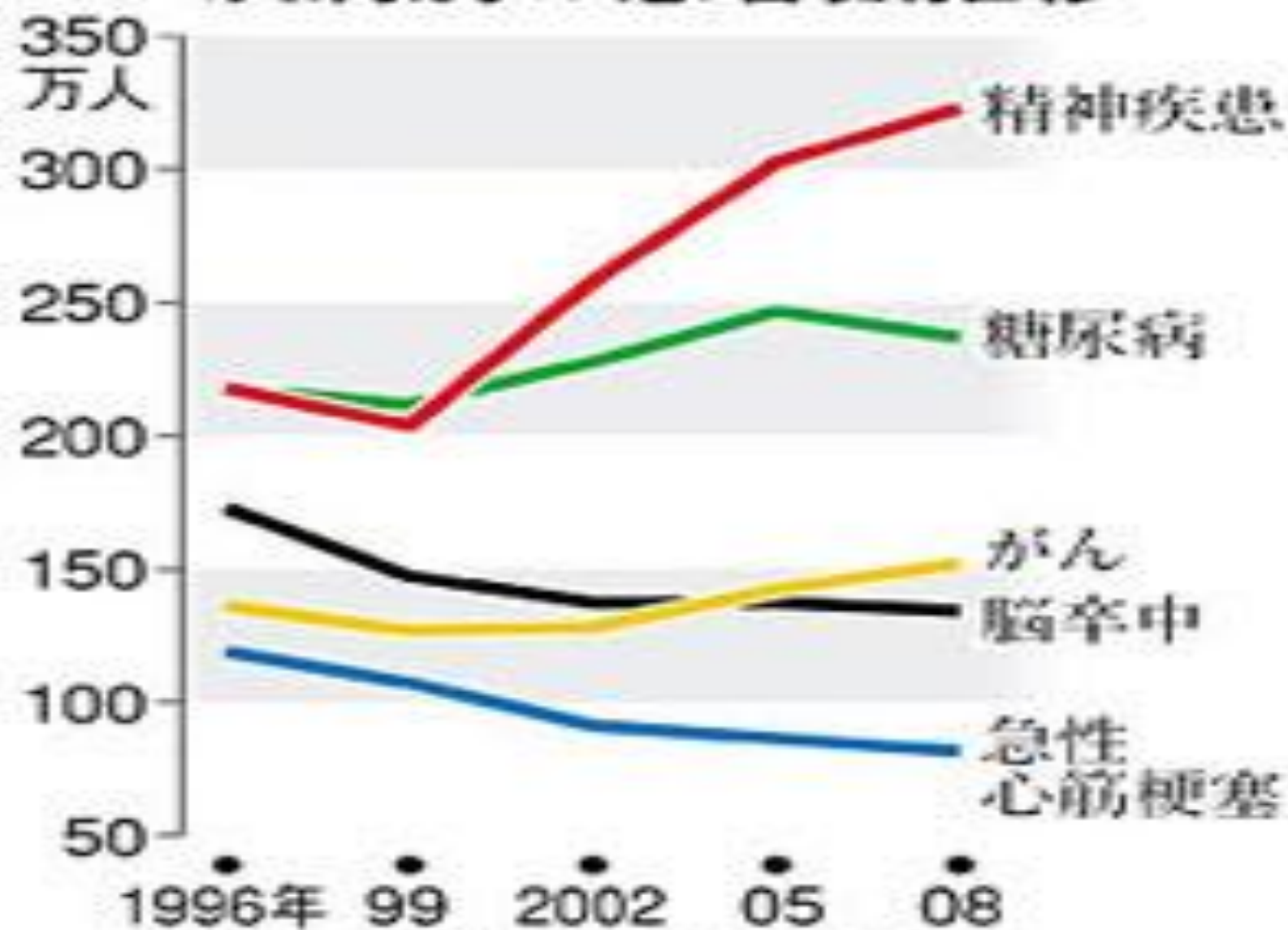
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

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

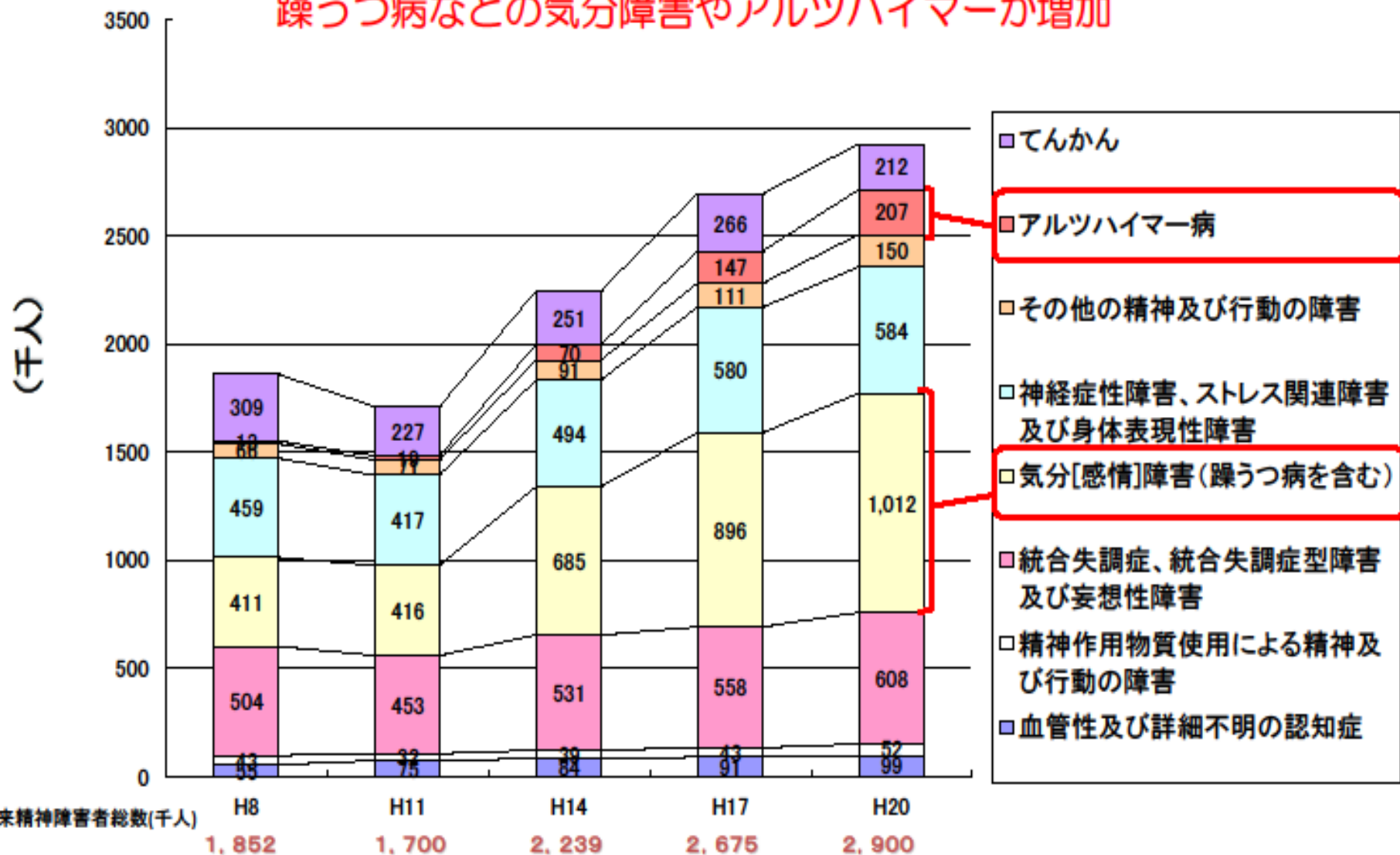
疾病別の患者数推移



(厚生労働省による)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

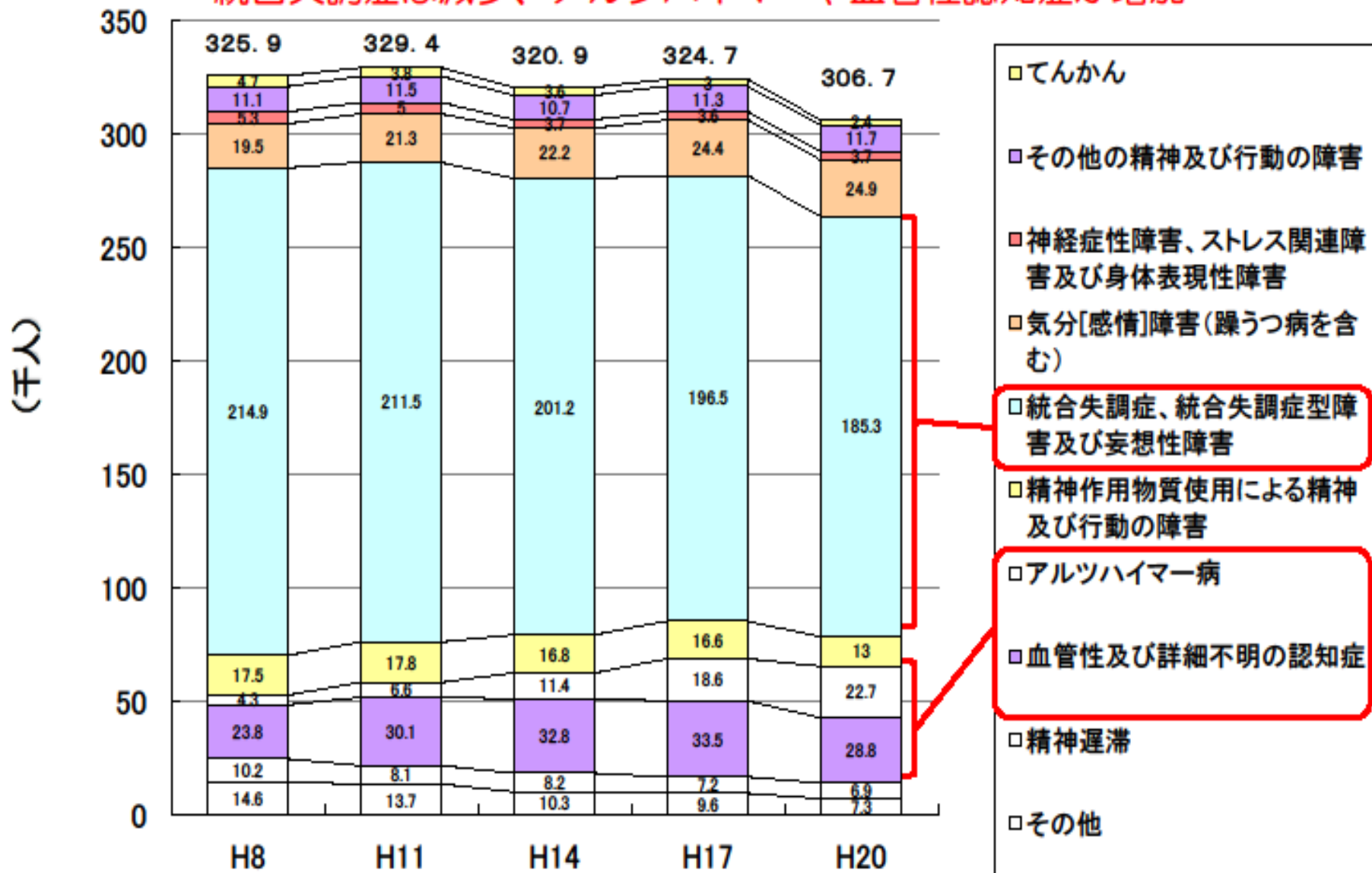
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

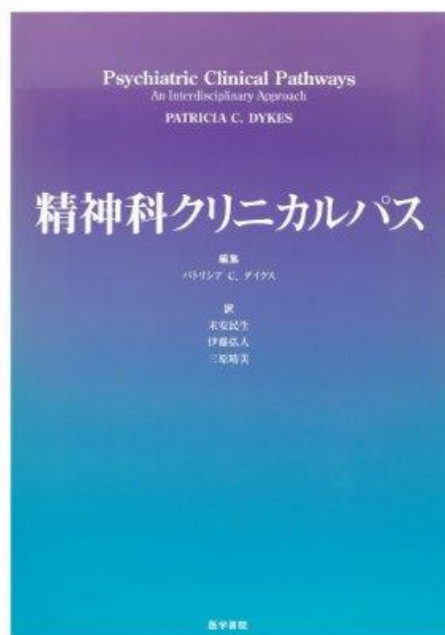
精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ **地域連携クリティカルパス導入率**
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

地域連携クリティカルパス導入率（推奨）

精神科クリティカルパス



伊藤弘人先生
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 部長

プログラム別に作成

- 精神療法プログラム
- 行動療法プログラム
- 精神科リハビリプログラム
- 精神科デイケアプログラム
- 精神科退院支援プログラム
- 精神科再入院防止プログラ
- その他



精神科デイケアクリニカルパス（例）*

	試験通所	開始時	～1週間	～1か月	～半年	～1年
書類	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 週間プログラム <input type="checkbox"/> 試験通所指示（主治医）	<input type="checkbox"/> 通所申込書 <input type="checkbox"/> 本人・家族の記録 <input type="checkbox"/> 開始指示（主治医）		<input type="checkbox"/> 個別評価表	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示
支援内容	<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 施設案内 <input type="checkbox"/> ルール確認 <input type="checkbox"/> 食事説明 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認 <input type="checkbox"/> 本人の意向の確認	<input type="checkbox"/> 居場所の確保 <input type="checkbox"/> 場への慣れ <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認	<input type="checkbox"/> 面接及び評価 <input type="checkbox"/> 問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 個別アプローチの検討 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認		
確認事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療制度 <input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 通所意思 <input type="checkbox"/> 家族の意向	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 自立支援医療カードの確認	<input type="checkbox"/> 通所意思の確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整			

精神科退院支援クリティカルパス

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	(身の回りのこと) <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる (時間の活用) <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	(対人関係) <input type="checkbox"/> 挨拶ができる (社会資源の利用) <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 (安全管理) <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

再入院防止クリニカルパス（例）*

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

*揖保川病院(2009)

出典：伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

パート3

地域医療構想と精神疾患

第6次医療計画との違いは
医療介護総合確保法の成立

地域医療介護 総合確保法(2014年6月)



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



地域医療構想
と地域包括
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げる(2015年4月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋料を減額(2015年4月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

地域医療構想と地域包括ケアが主要項目

(カッコ内は施行時期)

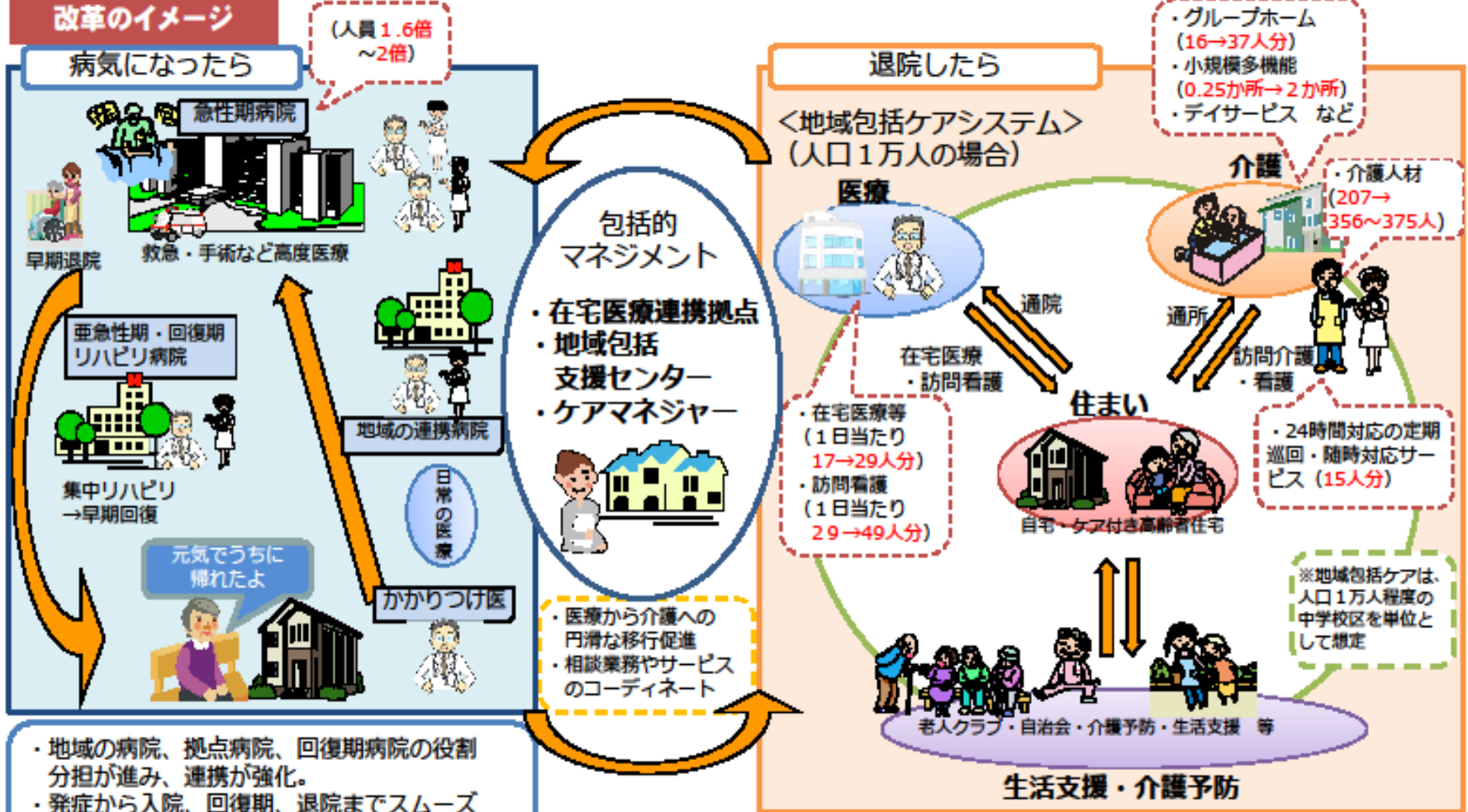
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



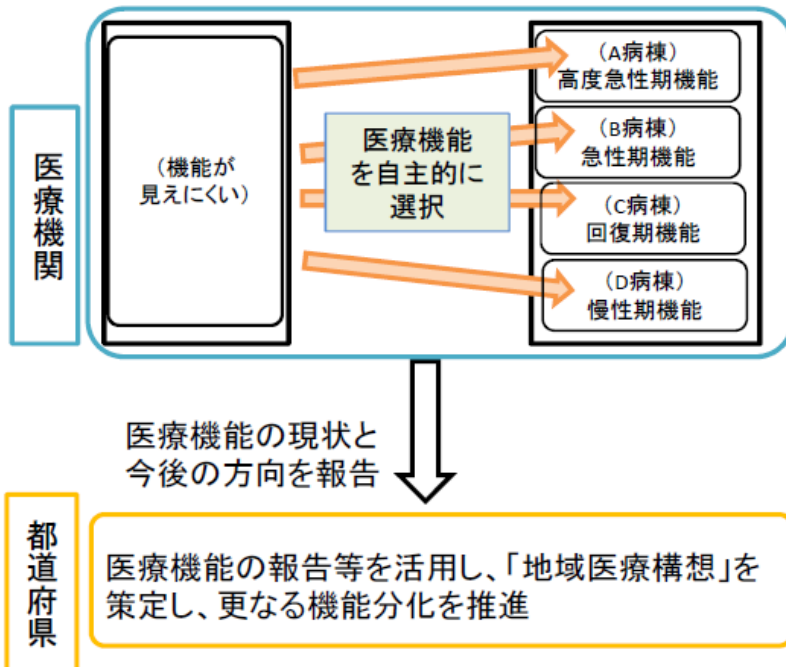
- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

病床機能分化と連携 ← 同時進行 → 地域包括ケアシステム

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

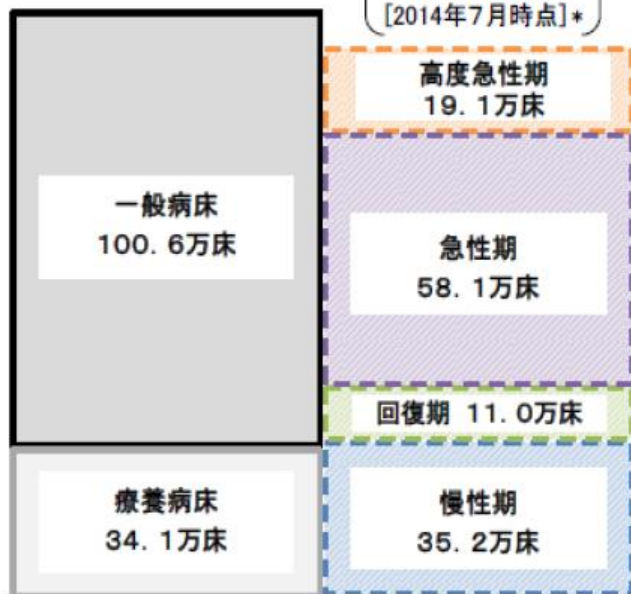
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

15万床
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、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になります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。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です。
- 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**を生じています。
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**必要があります。

2025年の地域包括ケアシステムの姿



人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ


利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

A high-angle photograph of a large, ornate assembly hall, likely the Japanese Diet. The room is filled with people seated in rows of green chairs. The walls are dark wood, and there are large wooden pillars. The text is overlaid in the center of the image.

医療介護総合確保法成立
(2014年6月18日)

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)

第7次医療計画見直し検討会



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)

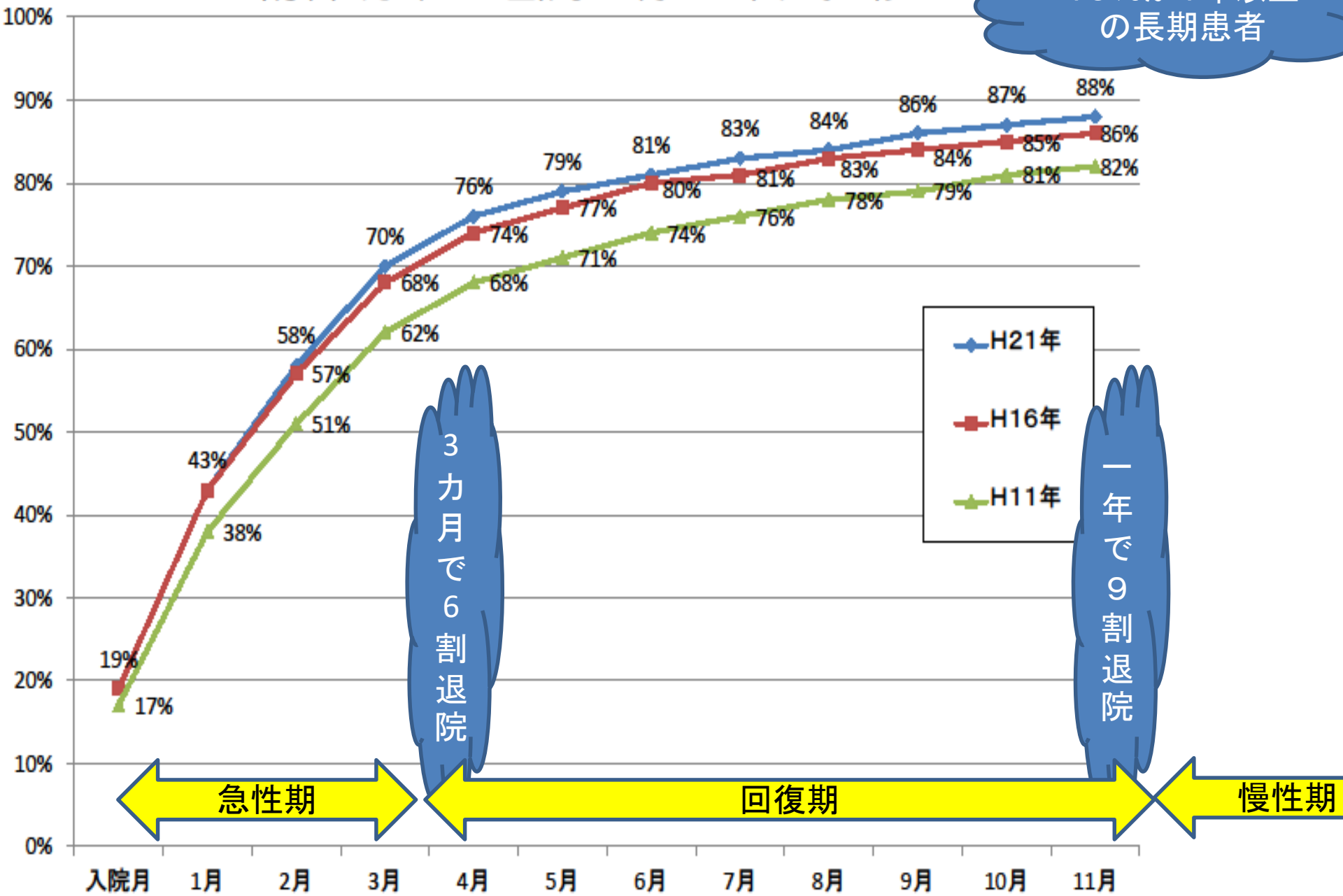
◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

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）

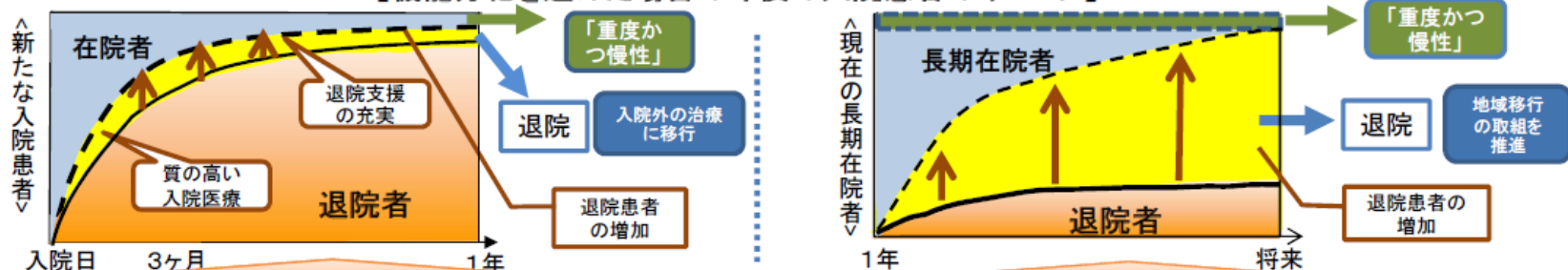
<精神科医療の現状>

- 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

「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。

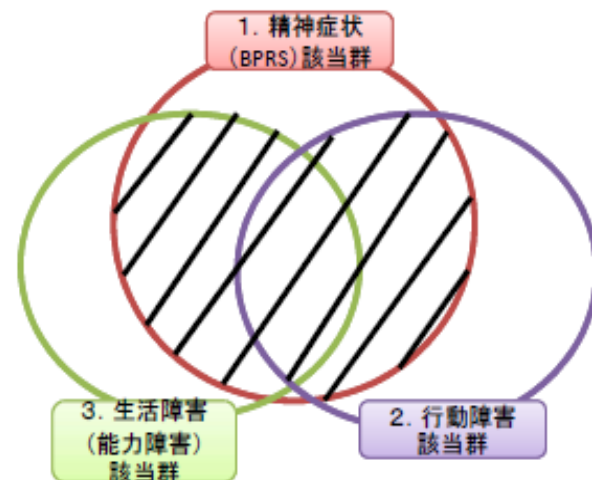
3. 生活障害

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。

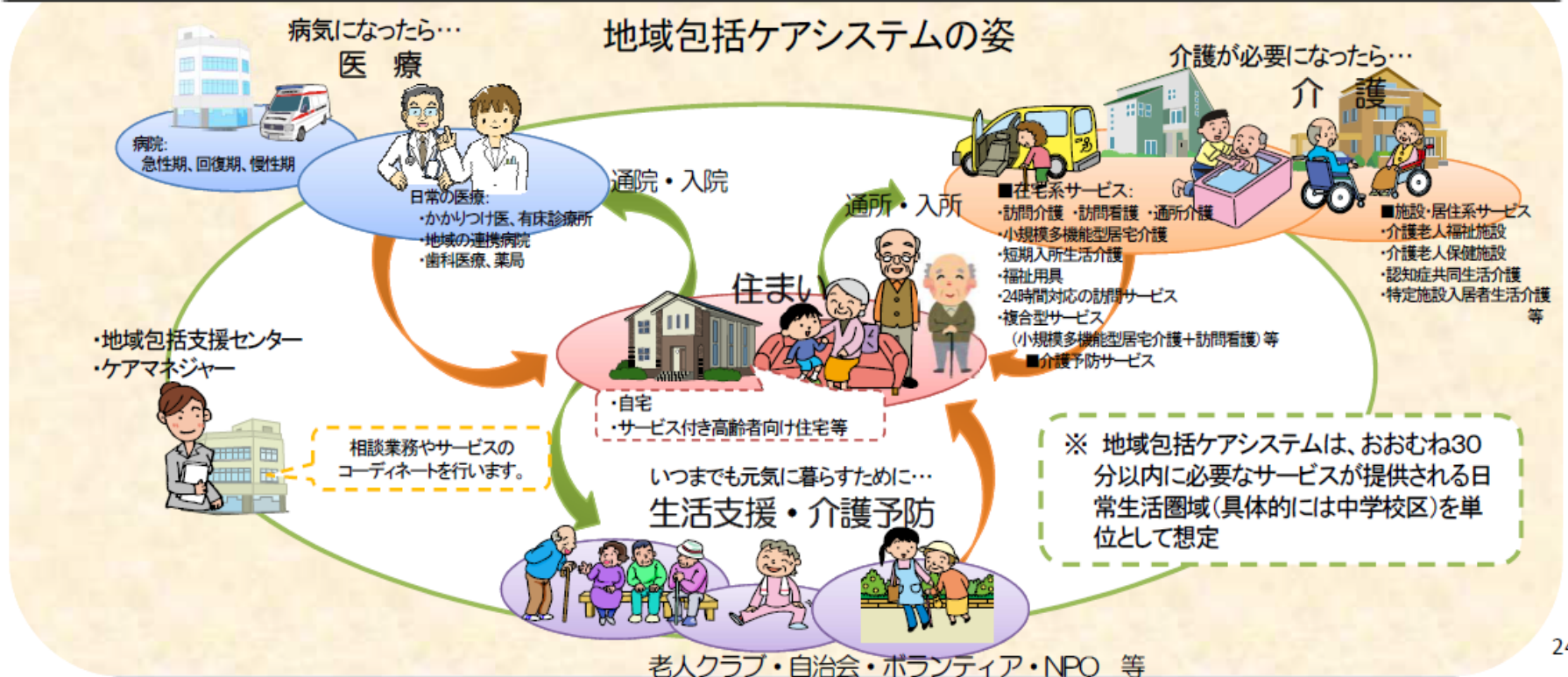
急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

	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

②精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築

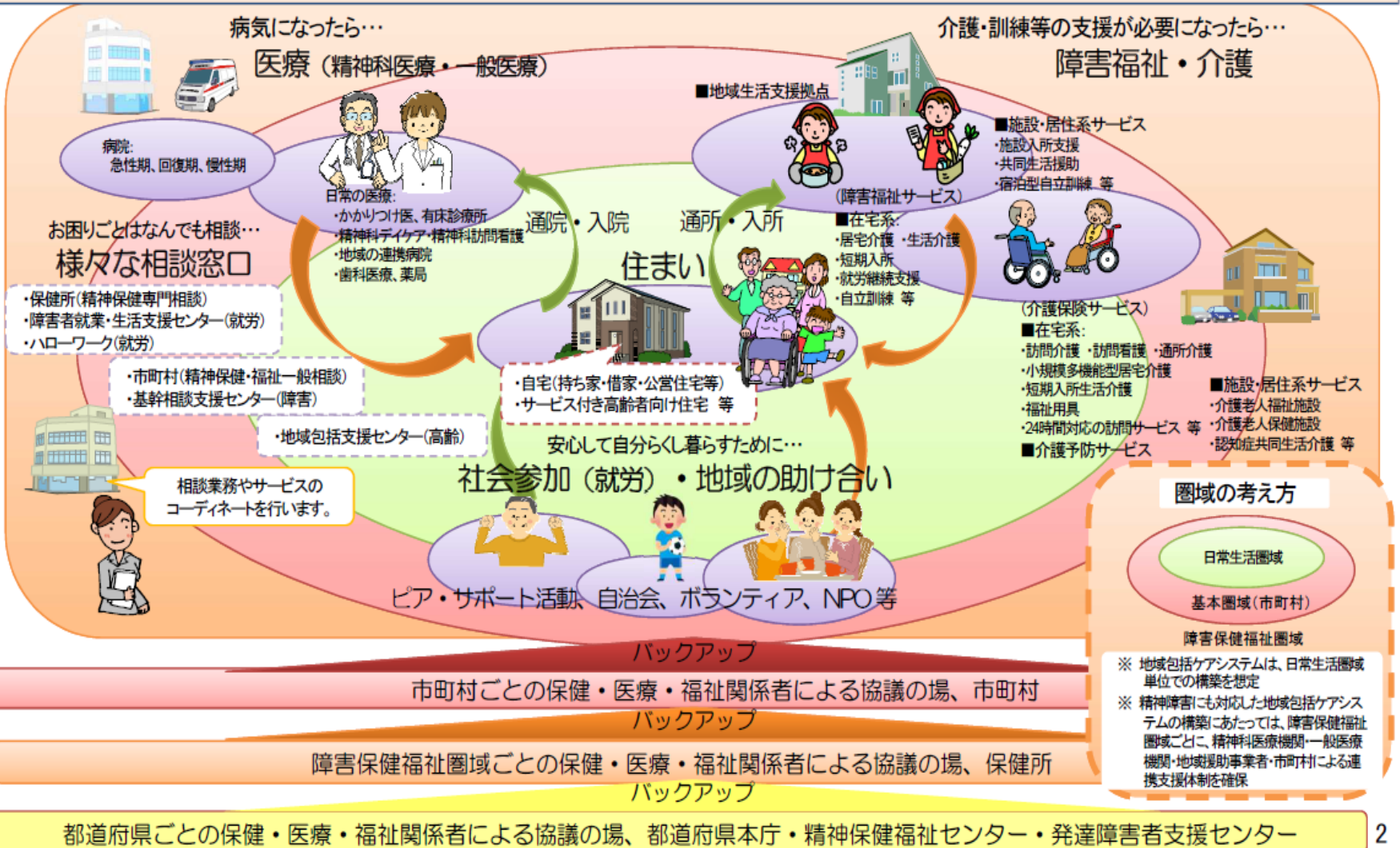
地域包括ケアシステムの構築について

- 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）

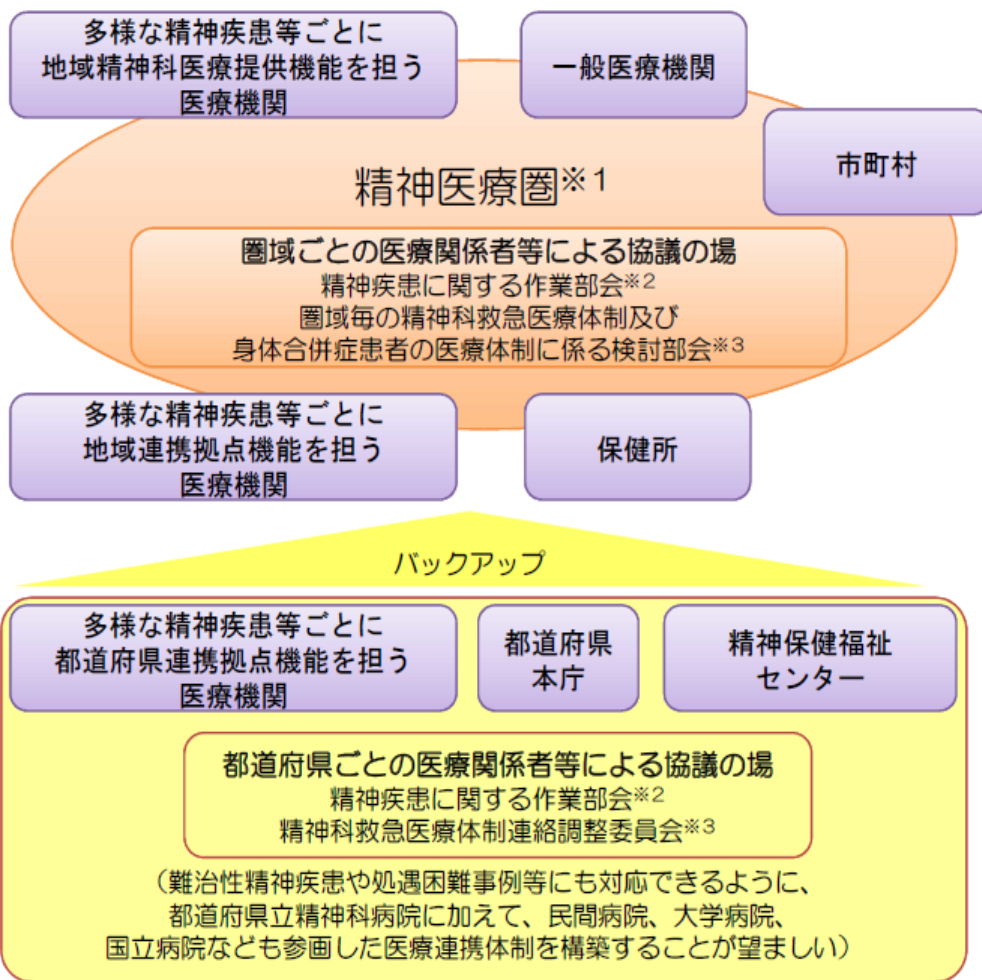
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくこ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



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

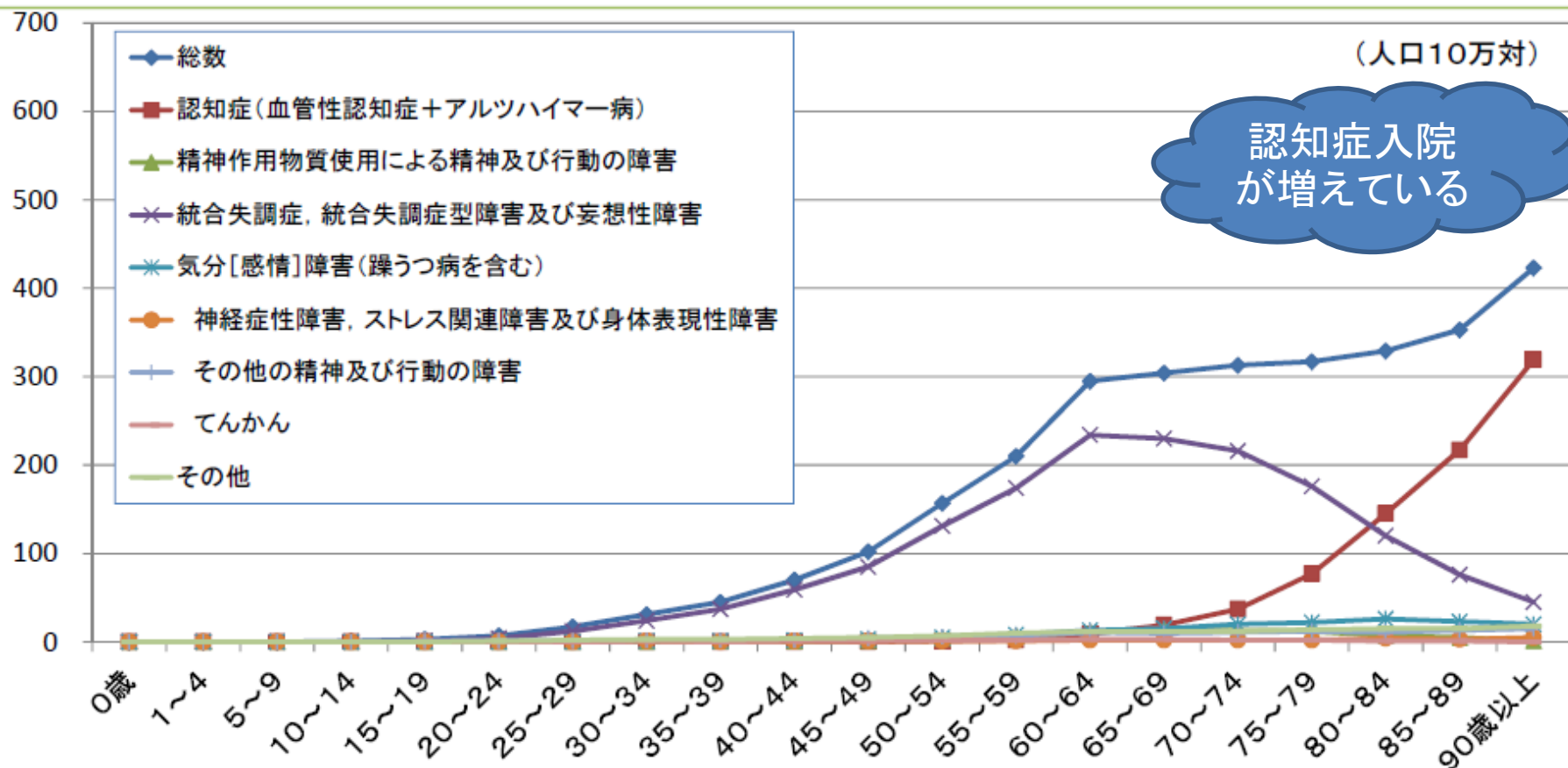
※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※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

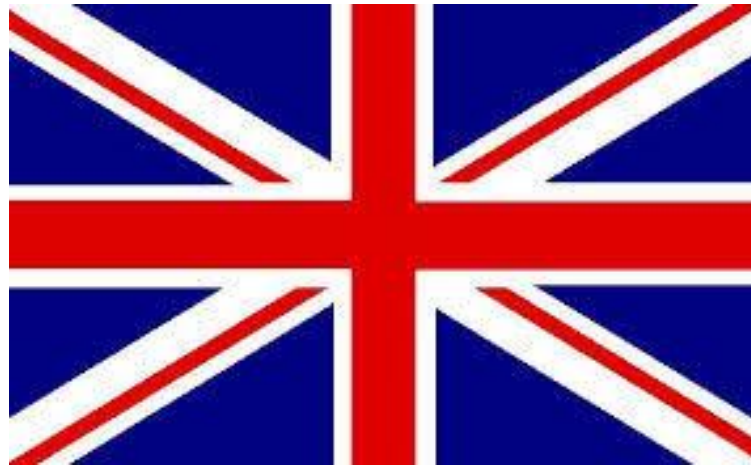
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 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

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

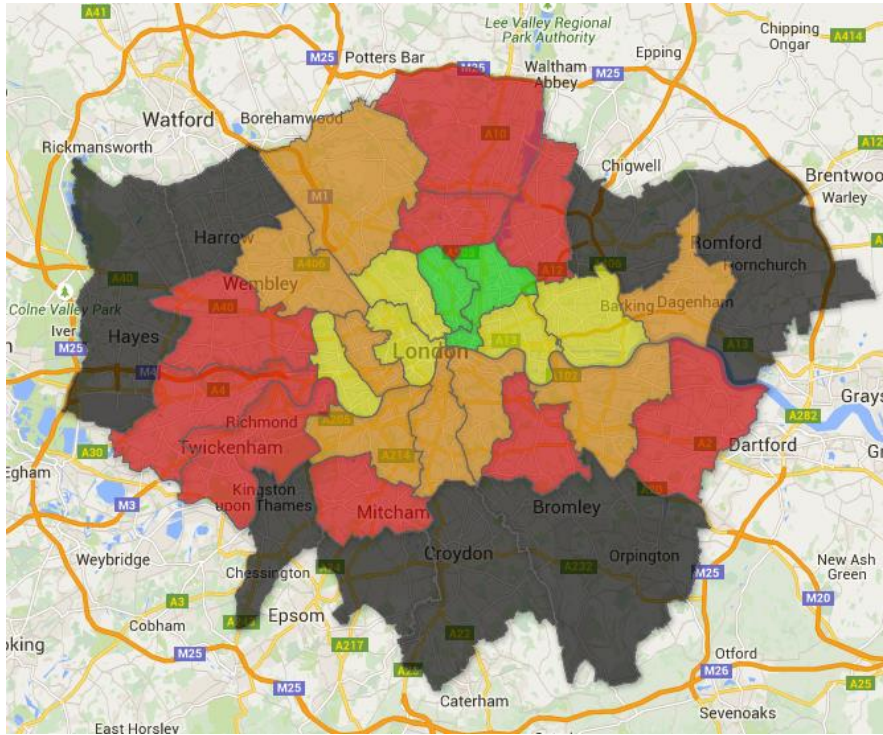
- ・ **認知症国家戦略**
 - ・ 認知症の診断率向上
 - ・ 抗精神薬の低減
 - ・ 早期介入とQOL
 - ・ ケアラー支援

認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

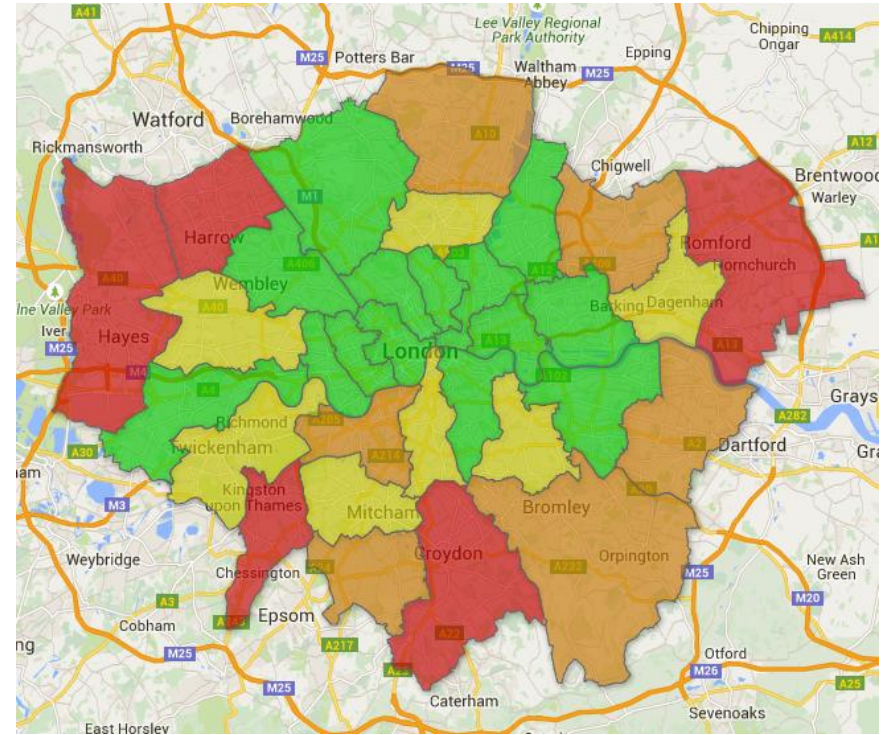


ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



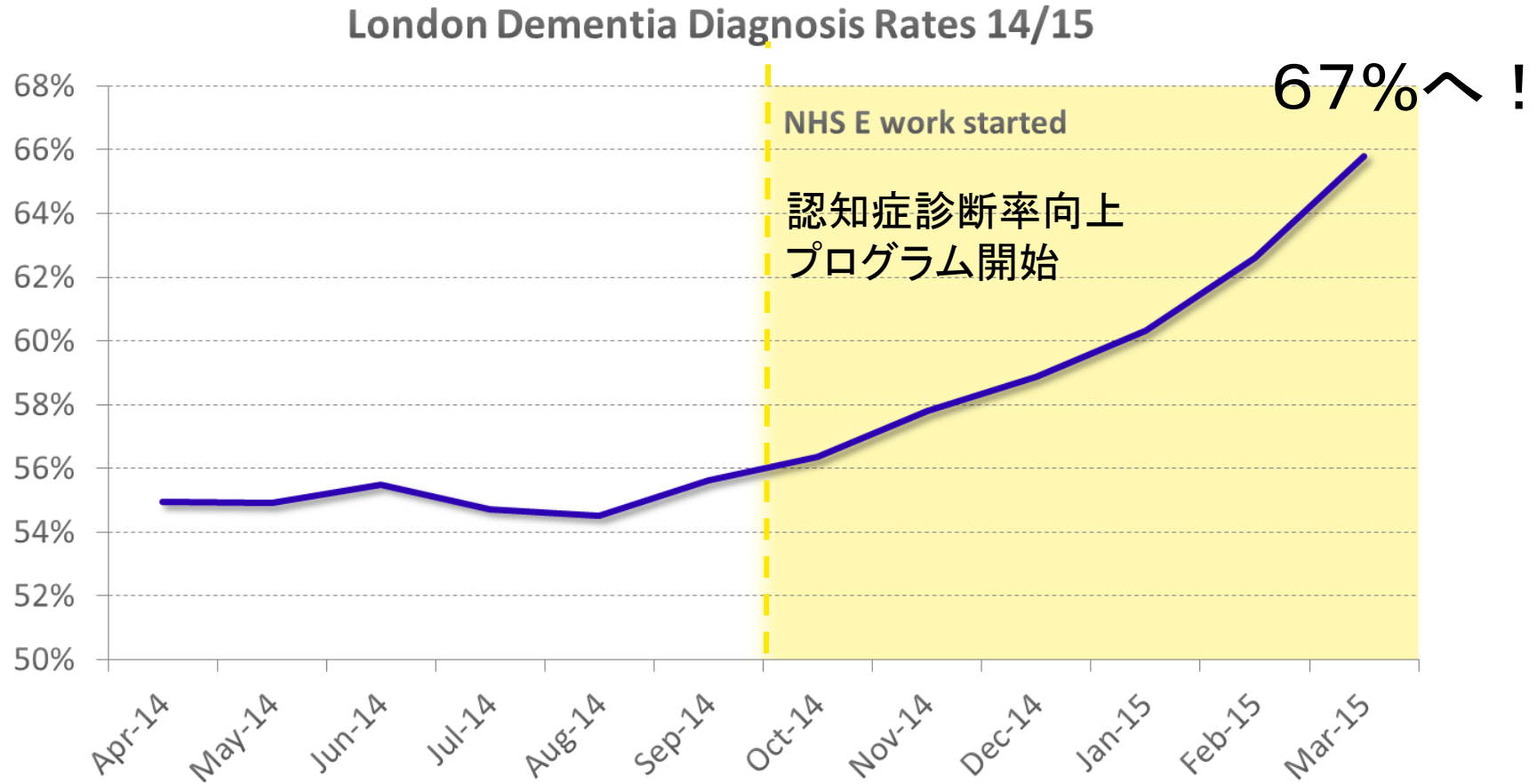
- March 2015



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)



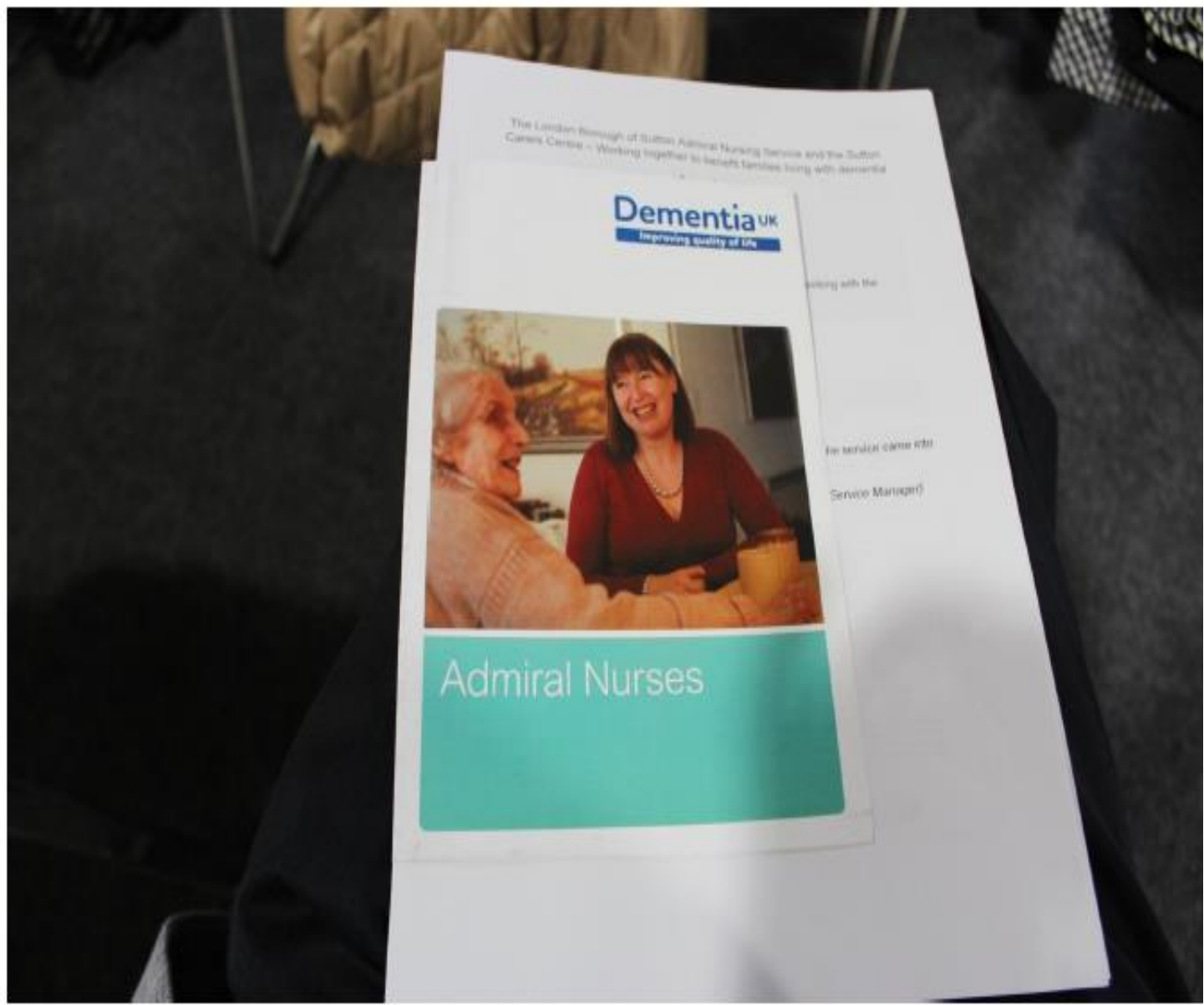
サットンケアラーセンターではアドミラルナースが活躍

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**



このたび韓国語版も発刊

医療と介護のクロスロード to 2025

- 2018年2月緊急出版！
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社

本体価格 1,500円＋税

韓国語版も
10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
mutoma@iuhw.ac.jp