

2016年8月4日（木） 17:30～20:00

第5回 認知症医療介護推進会議

フクラシア東京ステーション6階会議室D

「これからの認知症対策」

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三

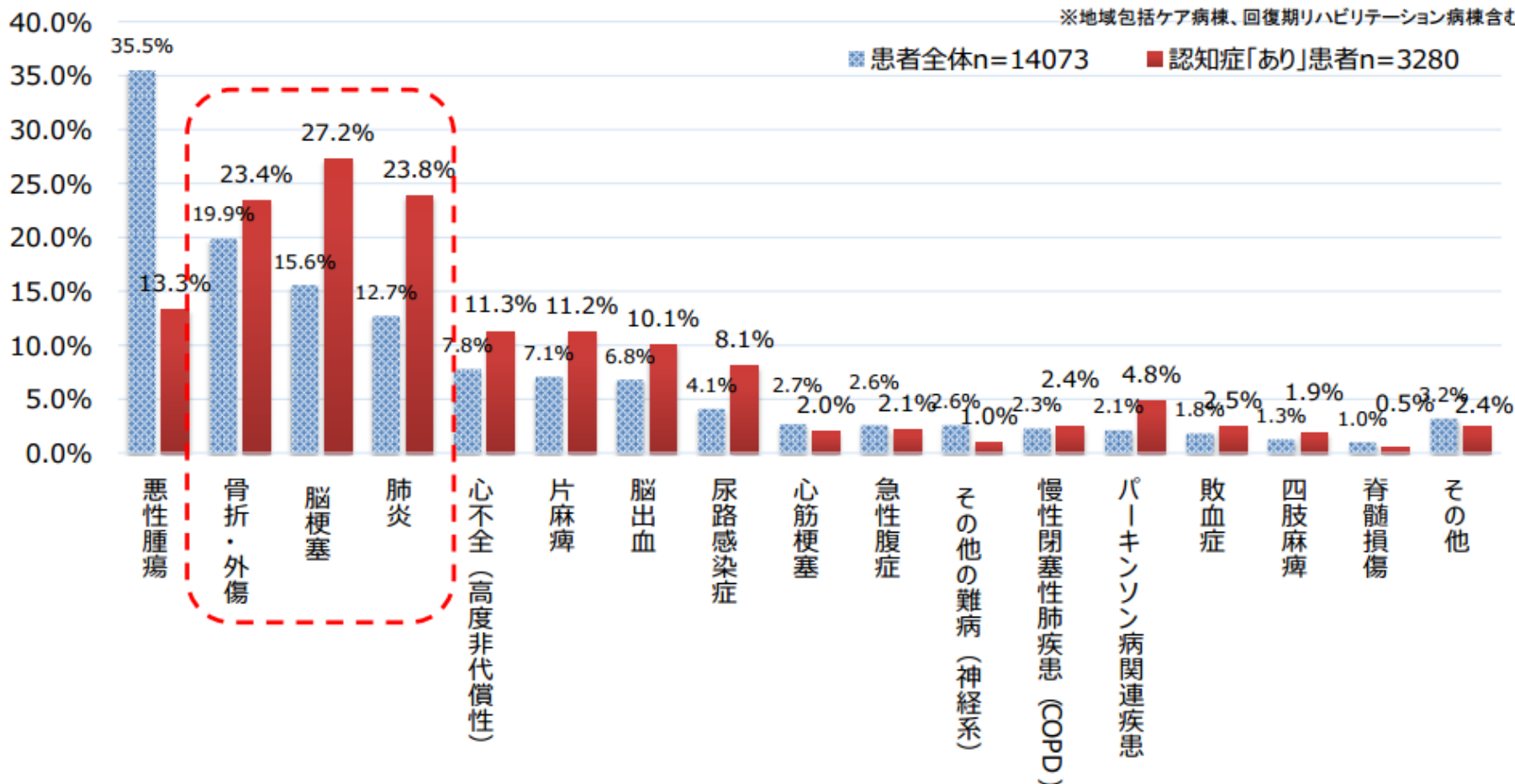
これからは「認知症」が
最も困難な病気となる。

近年、認知症と合併した身体の疾患
（認知症合併身体疾患）が増えている。
認知症合併身体疾患は内科の領域である。

身体疾患で入院中の認知症患者の状態②

○ 認知症を有する患者は、脳梗塞、肺炎、骨折・外傷、心不全、尿路感染症、片麻痺など様々な疾患で一般病棟に入院している。

＜一般病棟(7対1～15対1)*に入院する患者全体における疾患と認知症を有する患者の疾患＞ (複数回答)



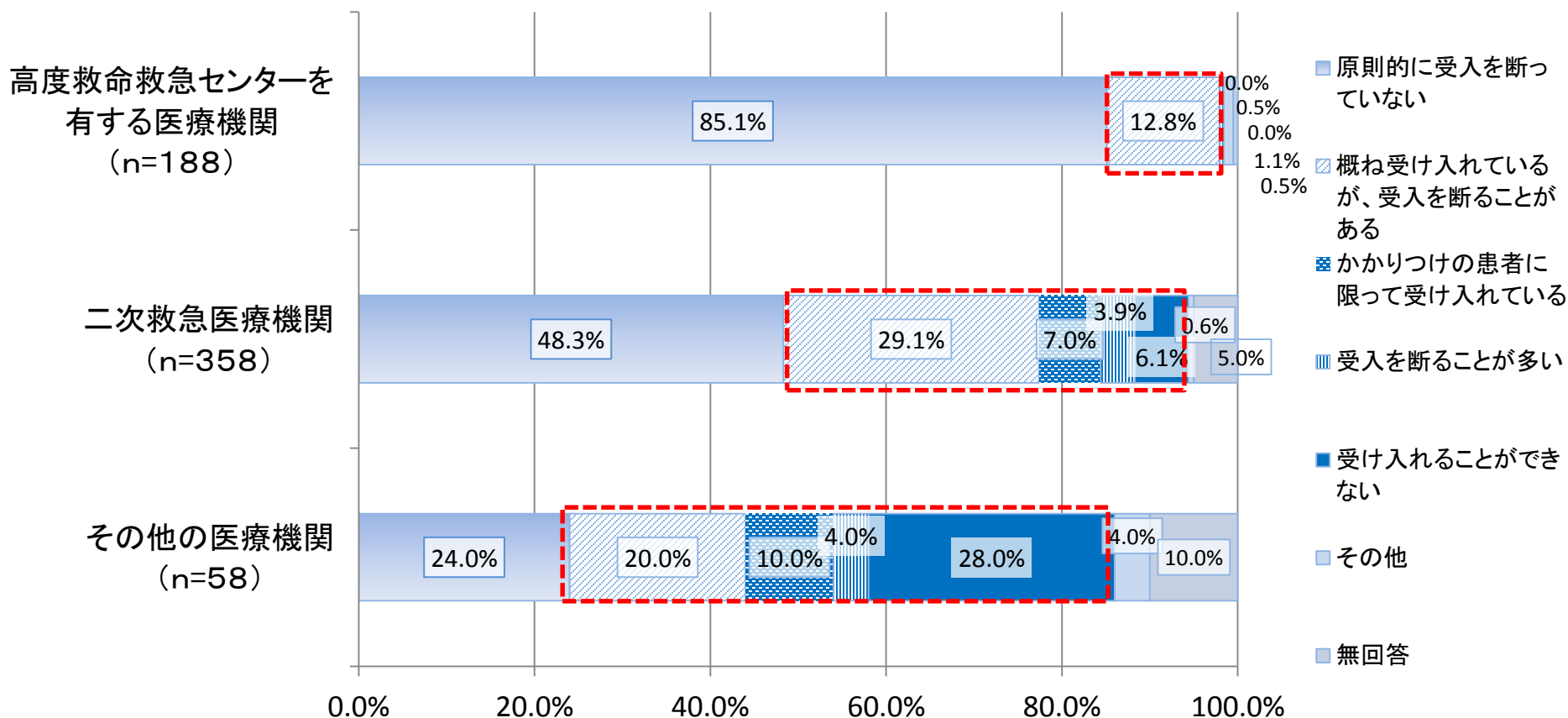
出典：平成26年度入院医療等の調査 (患者票)

認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

診調組 入-1
27.7.16

- 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

<受入対応方針（認知症の合併）>



出典：平成26年度診療報酬改定検証調査（救急医療の実施状況）速報

認知症患者の家族からみた医療機関での認知症患者への対応

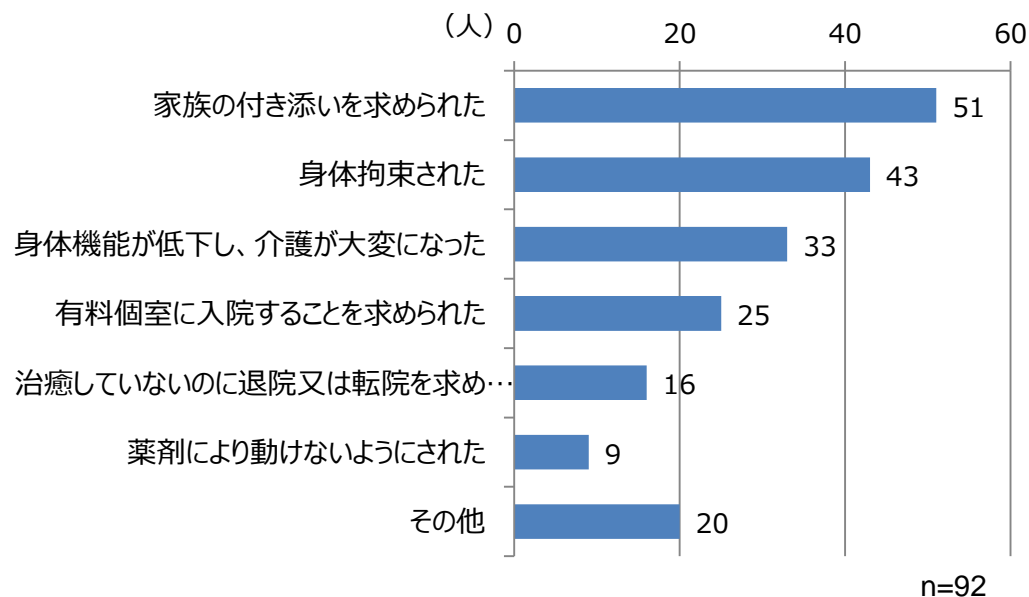
- 認知症患者が、身体疾患により医療機関を受診し入院となった際に、「問題があった」と回答した患者の家族は約5割であり、その内容は、「家族の付き添いを求められた」、「身体拘束された」、「身体機能が低下し、介護が大変になった」等であった。

<入院において治療は問題なく受けられたか>

※身体疾患により医療機関受診歴ありと答えのうち、
受診の結果入院となったと回答した人が対象
(n=179人)

入院において治療は問題なく受けられたか	
問題なく受けられた	49%
問題があった	51%

<入院において「問題があった」場合、どんな問題だったか（複数回答）>



出典：平成26年度 長寿医療研究開発費「認知症の救急医療の実態に関する研究」分担研究報告を元に作成したもの

分担研究：家族会家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査の解析。栗田主一（東京都健康長寿医療センター）

「認知症」の患者はどこに
入院したら良いのか。

精神病床は削減される運命にある。
精神病床を内科、慢性期病床に
どんどん転換してはどうか。

家族も本人も精神病院に入りたくない。内科病床に入院して総合診療医と精神科医の共診で診るべきであろう。

内科、それも総合診療医でないと
患者は日常に戻れない。

診療科目における「認知症科」の提案

今現在、認知症の疑いのある患者の家族は、どこを受診したらよいか迷っている状況である。いきなり精神科に行く人は少なく、内科のクリニックに行っても専門外と断られることもある。診療科目に認知症科があれば、迷うことなく、初期の段階から気軽に受診することが可能となり、初期治療の効果が期待できる。

将来300万人から500万人まで増加すると見込まれる認知症はリウマチ等よりも患者数は多い。一体どこを受診したらよいか迷っている初期の認知症患者の為に、診療科目に「認知症科」を認めるべき時期に来ている。日本慢性期医療協会としては強く要望するものである。

診療報酬における認知症リハビリテーションの評価

- 平成26年度診療報酬改定において新設された

平成26年度診療報酬改定

認知症対策の推進

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、
重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ①認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ②専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

105

介護報酬における認知症リハビリテーションの評価

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(主な概要)

介護保険サービス	介護老人保健施設【施設サービス】	通所リハビリテーション【通所サービス】	
		(Ⅰ)	(Ⅱ)
単位数(点数)	240単位/日		1,920単位/月
対象となる利用者	<ul style="list-style-type: none"> ・MMSEまたはHDS-Rで概ね5～25点に相当する者 ・精神科医師もしくは神経内科医師または認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師によって、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者が対象 		
算定日数	1週に3日を限度 (入所日から3月以内)	1週に2日を限度 (退院【所】又は通所開始日から3月以内)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別又は集団で1月に8回以上の実施が望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定可。 (退院【所】又は通所開始日から3月以内)
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを個別に行う 		<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。 ・利用者の居宅を訪問し、あらかじめ生活環境を把握すること。 ・評価に当たって、利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力の評価を行い、その結果を利用者と家族へ伝達する。 ・居宅を訪問した際リハビリテーションを実施することはできない。
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症入所者の在宅復帰を目的として行う ・記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリを実施するものである。 	
	—	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない