

認知症のための社会資源 I



認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

認知症医療の課題（平成20年）

- **専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分**
- **認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分**
- **BPSDの治療方法が未確立**
- **身体合併症の治療が適切に行われていない**
- **認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難**

認知症疾患医療センター

地域における認知症医療体制 日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

地域包括支援
センター

かかりつけ医
・歯科医

認知症
サポート医

連携

認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関)

連携型

地域型

基幹型

(1)専門的医療機能

- ・鑑別診断
- ・BPSD・身体合併症
への急性期対応
- ・専門医療相談

(2)地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

(3)日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に**488カ所**（令和3年10月現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）
- 地域包括支援センター等の関係機関と連携して日常生活支援に関する相談支援の強化を新たに実施

		基幹型	地域型	連携型
設置医療機関		病院（総合病院）	病院（単科精神科病院等）	診療所・病院
設置数（令和2年10月現在）		17か所	384か所	87か所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携確保対応で可）	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI（※） ・SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須	-	
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等 		
営利目的でのご利用はご遠慮ください				

二次医療圏域別認知症疾患医療センター設置数

令和3年10月

認知症疾患医療センター設置圏域数/二次医療圏域数

	二次医療圏域数	疾患センター設置圏域数	認知症疾患医療センター数	設置率(設置圏域数/二次医療圏域数)
01 北海道	21	14	23	66.7%
02 青森県	6	6	6	100.0%
03 岩手県	9	9	9	100.0%
04 宮城県	4	4	11	100.0%
05 秋田県	8	8	9	100.0%
06 山形県	4	4	5	100.0%
07 福島県	6	6	11	100.0%
08 茨城県	9	9	13	100.0%
09 栃木県	6	6	10	100.0%
10 群馬県	10	10	14	100.0%
11 埼玉県	10	10	10	100.0%
12 千葉県	9	9	11	100.0%
13 東京都	13	12	52	92.3%
14 神奈川県	9	9	19	100.0%
15 新潟県	7	7	13	100.0%
16 富山県	4	4	4	100.0%
17 石川県	4	3	3	75.0%
18 福井県	4	2	2	50.0%
19 山梨県	4	4	4	100.0%
20 長野県	10	9	9	90.0%
21 岐阜県	5	5	8	100.0%
22 静岡県	8	8	15	100.0%
23 愛知県	11	11	15	100.0%
24 三重県	4	4	9	100.0%
25 滋賀県	7	6	8	85.7%

	二次医療圏域数	疾患センター設置圏域数	認知症疾患医療センター数	設置率(設置圏域数/二次医療圏域数)
26 京都府	6	6	9	100.0%
27 大阪府	8	8	14	100.0%
28 兵庫県	8	8	25	100.0%
29 奈良県	5	3	4	60.0%
30 和歌山県	7	7	8	100.0%
31 鳥取県	3	3	5	100.0%
32 島根県	7	7	11	100.0%
33 岡山県	5	5	9	100.0%
34 広島県	7	7	10	100.0%
35 山口県	8	8	8	100.0%
36 徳島県	3	3	4	100.0%
37 香川県	3	3	6	100.0%
38 愛媛県	6	5	6	83.3%
39 高知県	4	4	5	100.0%
40 福岡県	13	12	16	92.3%
41 佐賀県	5	4	4	80.0%
42 長崎県	8	8	9	100.0%
43 熊本県	10	10	12	100.0%
44 大分県	6	6	8	100.0%
45 宮崎県	7	5	5	71.4%
46 鹿児島県	9	9	11	100.0%
47 沖縄県	5	4	6	80.0%

計	335	314	488	93.7%
---	-----	-----	-----	-------

認知症疾患医療センターの課題

- 施設による機能格差が大きい
- 地域偏在の問題がある
- 現在の類型が実情に合わない
- 人員体制が不十分である
- 都道府県が事業の質を管理する役割を果たしていない

認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

平成20年（2008年）「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書をもとに作成

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」 における「認知症の人と家族の会」代表理事の要望

「たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていただけで私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましようとおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。」

痴呆症



認知症

痴呆という用語の問題点

- 1) 侮蔑感を感じさせる用語である
- 2) 痴呆の実態を正確に表していない
- 3) 早期発見・早期診断の取り組みに支障になる

新しい用語に必要な要件

- 1) 一般の人にわかりやすくできれば短い
- 2) 不快感や侮蔑感、気持ちを暗くさせないこと
- 3) 痴呆と同一の概念を表すものであること

候補: 「認知症」「認知障害」「もの忘れ症」

「記憶障害」「記憶症」「アルツハイマー(症)」

「認知症を知り 地域をつくる10ヵ年」の構想

(2004年に「痴呆」という用語を「認知症」と改めたことなどを契機として)

2005年4月スタート

2005年度 到達目標

多くの住民が認知症について以下のことを知り、各自なりの対応・支援を考えていくための素材づくり、地域づくりのモデルができている。

- ・認知症の特徴
- ・認知症になっても自分らしく暮らせること
- ・認知症予防に有効と思われること
- ・認知症になったのではないかと思ったときの対応
- ・認知症になったときの対応
- ・認知症の人の暮らしを地域で支えることの重要性と可能性

2005年
「認知症
を知る1
年」

2009年度 到達目標

- 認知症について学んだ住民等が100万人程度に達し、地域のサポーターになっている。
- 認知症になっても安心して暮らせるモデル的な地域が全国各都道府県でいくつかできている。

2009年(中間年)

2014年度 到達目標

認知症を理解し、支援する人(サポーター)が地域に数多く存在し、すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっている。

「認知症を知り 地域をつくる10ヵ年」

認知症サポーター

[目的]

認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域の集まりや学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

[展開イメージ]

① 認知症
キャラバン・メイト
養成研修

全国キャラバン・メイト
連絡協議会
がコーディネート

② 市町村

のコーディネート

- 住民集会・学習会
- 企業等の市民講座
- 学校等での勉強会

② 職域団体等

のコーディネート

- 職域団体等の講座

(地域での暮らしの応援者)

③ 認知症サポーター の誕生

役割は、

- ① 各生活場面で直接サポート
- ② 様々な社会資源との窓口
- ③ まちづくりの担い手 ……など

医師に対する研修

○実施主体：都道府県、指定都市

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

- ・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「**認知症サポート医**」の養成

※国立長寿医療研究センターに委託して平成17年度から実施。

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※平成18年度から実施。

認知症サポート医の役割と地域連携

- ① かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築
- ② 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
- ③ 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

（平成27年4月15日実施要綱より）

→「地域」における「連携」の推進役を期待されている

認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を**訪問**し、アセスメント、家族
支援等の**初期の支援を包括的・集中的**
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

専門医

(認知症サポート医嘱託可)

配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁

営利目的でのご利用はご遠慮ください

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ **医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人**
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ **医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している**

地域における認知症サポート医のあり方に関する調査研究事業

【対 象】

認知症サポート医10,747名

都道府県・指定都市67ヶ所

市町村1,741ヶ所

地域包括支援センター5,221ヶ所

認知症疾患医療センター488ヶ所

【方 法】

調査票を郵送し、web、メール、紙での回答を依頼した。

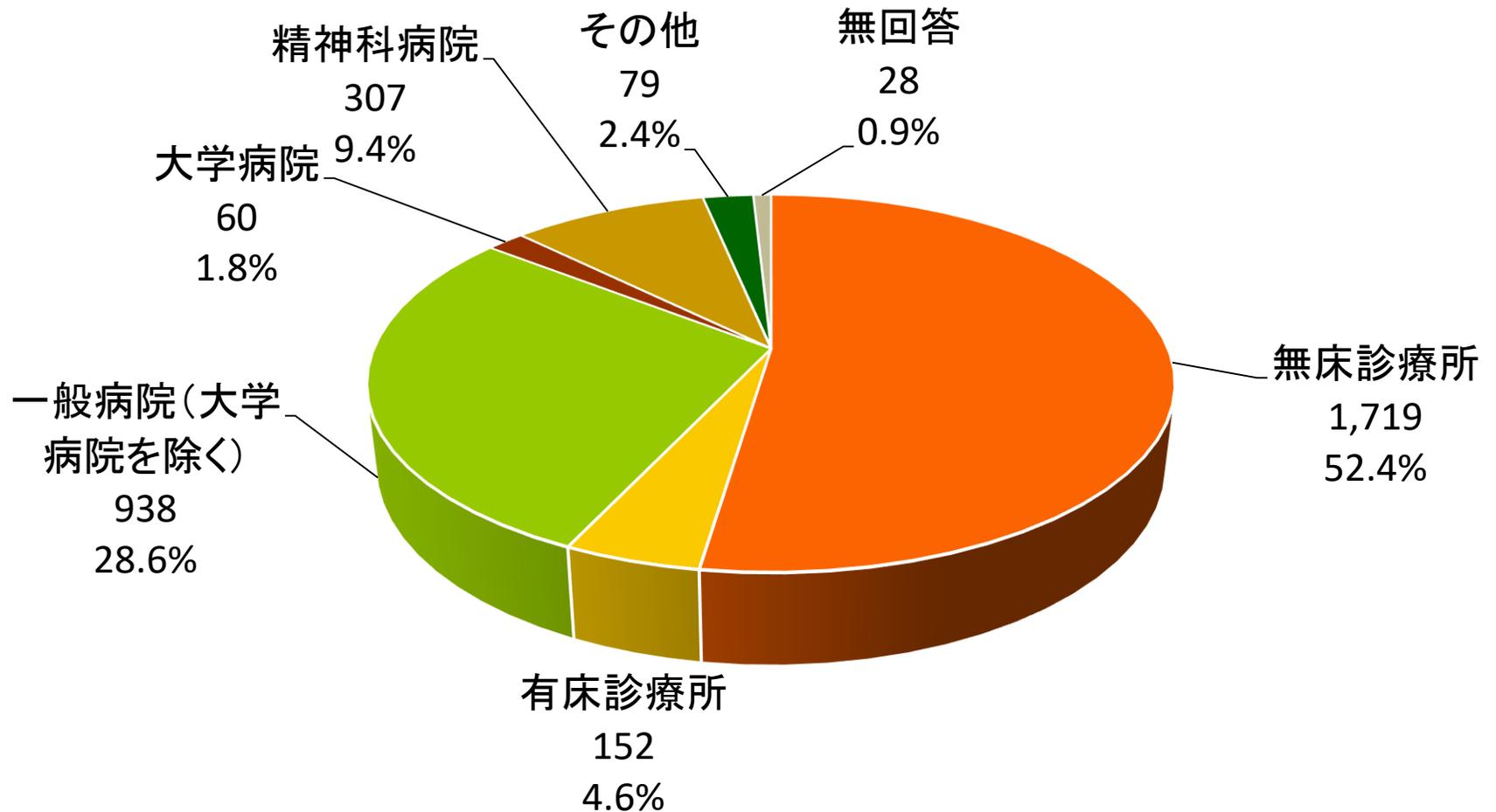
(令和3年12月～令和4年1月)

アンケート調査 回収率等一覧

	1 認知症サポート医	2-1 認知症疾患医療センター	2-2 都道府県・指定都市	2-3 市町村	2-4 地域包括支援センター
調査対象	10,747	488 (R3.12)	67	1,741	5221 (R2.4)
	R2までの認知症サポート医養成研修修了者	基幹型 17 / 地域型 377 / 連携型 83	都道府県47 指定都市20		直営 1,104 (21%) 委託 4,117 (79%)
調査期間	12月初旬～12月27日	12月中旬～1月中旬	12月中旬～1月中旬	1月初旬～1月末	1月初旬～1月末
回収数	3,283	247	64	745	2,064
(回収率)	30.5%	50.6%	95.5%	42.8%	39.5%
主な調査内容	1 基本属性について ①研修受講 ②所属医療機関 ③専門医取得 ④認知症診療	1 基本属性について ①センターの類型 ②医療機関の種別 ③サポート医の把握状況	1 認知症サポート医の概況 ①養成数、実働者把握 ②受講者の状況 ③受講者に関する課題 ④今後の養成予定	1 基本属性について ①高齢者人口 ②サポート医の把握状況	1 基本属性について ①担当圏域の高齢者人口 ②直営・委託の別 ③サポート医の把握状況
	2 地域資源との連携や取り組みへの関与について ①かかりつけ医、疾患医療センター、初期集中支援チーム、地域包括支援センター、市町村 ②地域の取り組み ③研修・講演会	2 認知症サポート医との連携 ①鑑別診断目的の紹介 ②BPSD治療目的の紹介 ③治療後の継続診療依頼 ④主催する研修への参加 ⑤構成するネットワークへの参加 ⑥連携の取り組み（記述）	2 サポート医の活動等に関する状況 ①自治体が主催する仕組み ②組織化や定期的なミーティング等 ③疾患医療センターとの連携を促進する取り組み ④リスト公表等の広報 ⑤自治体とサポート医の連携実績	2 認知症サポート医との連携 ①市区町村との連携 ②連携内容 ③ない場合の理由	2 認知症サポート医との連携 ①地域包括との連携 ②連携内容 ③ない場合の理由
	3 認知症ケアチームについて（勤務医のみ）		3 フォローアップ研修に関する状況 ①実施状況 ②実施形式・内容		
	4 認知症サポート医に関する意見 ①地域連携の課題 ②ご自身の活動について	3 認知症サポート医に期待する役割 ※期待する役割10項目 ※4または5段階評価	4 認知症サポート医に関する意見 ※期待する役割15項目 ※4段階評価	3 認知症サポート医に期待する役割 ※期待する役割15項目 ※4または5段階評価	3 認知症サポート医に期待する役割 ※期待する役割16項目 ※4または5段階評価
	※【後半】 認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査（認知症サポート医調査票）	4 認知症サポート医に関する意見 ①連携の課題・解決策 ②意見	5 認知症サポート医に関する意見 ①養成研修の課題・意見 ②フォローアップ研修 ③活動に関する課題・意見	4 認知症サポート医に関する意見 ①連携の課題・解決策 ②意見	4 認知症サポート医に関する意見 ①連携の課題・解決策 ②意見

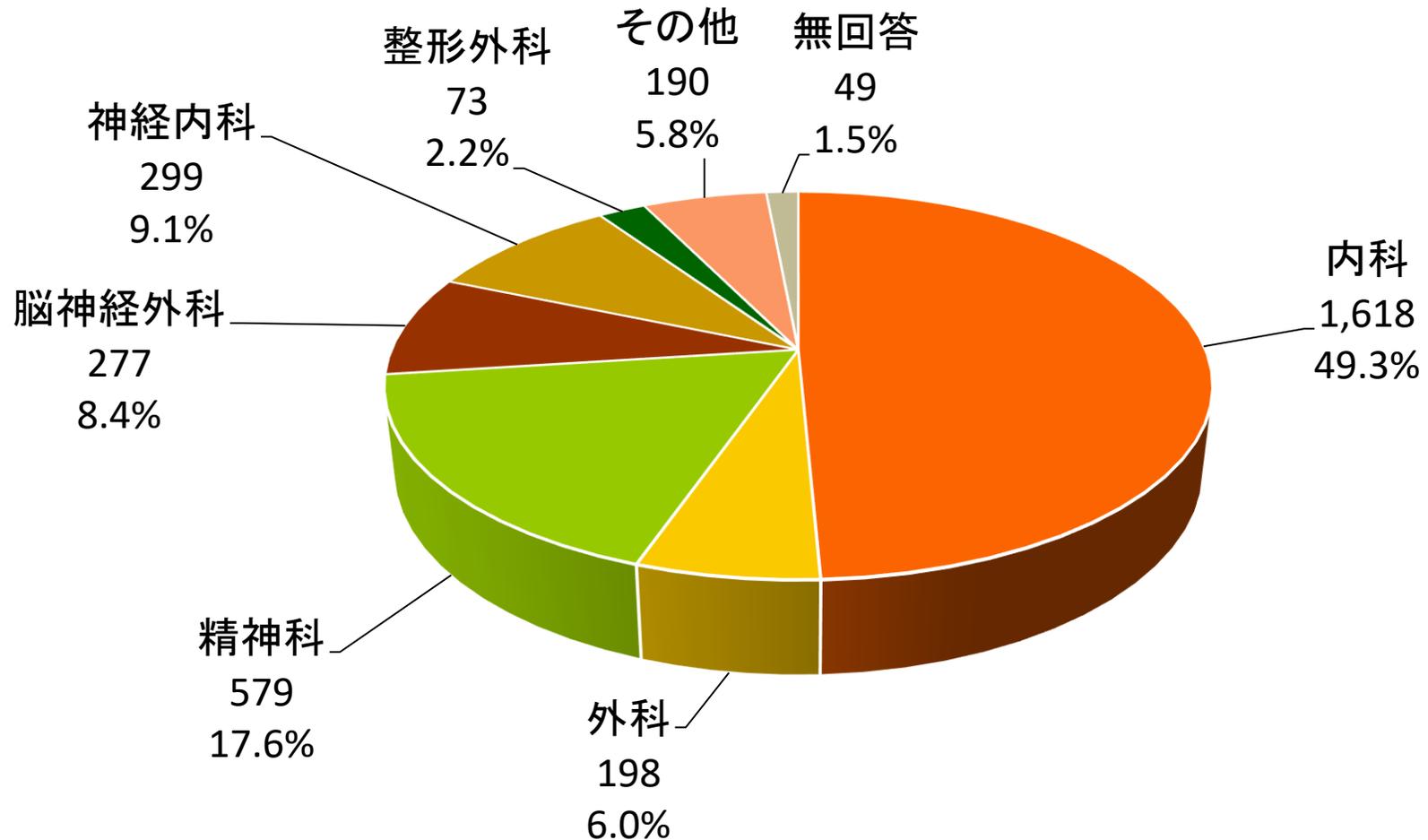
所属の医療機関種類

n=3,283



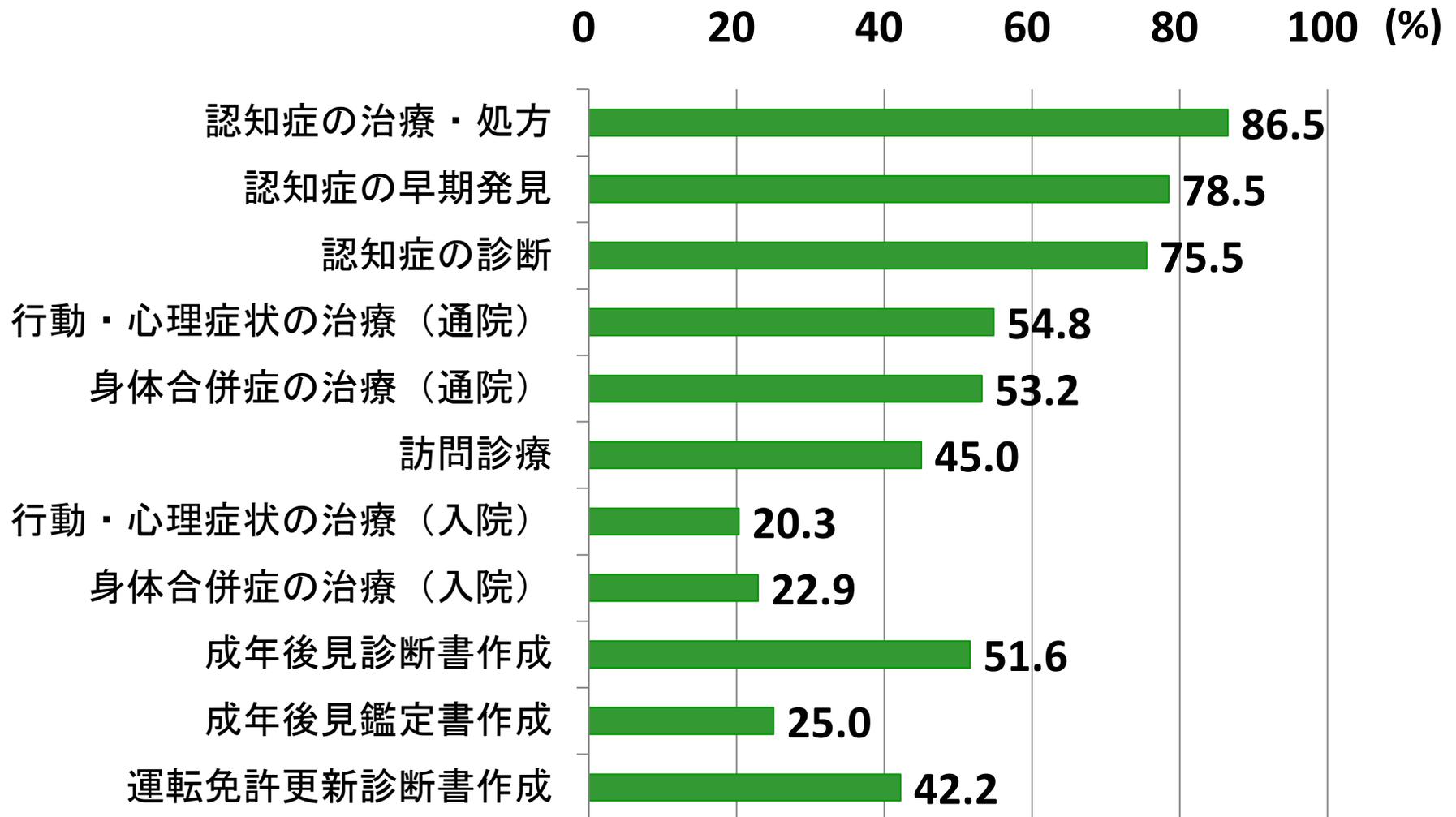
主な診療科

n=3,283



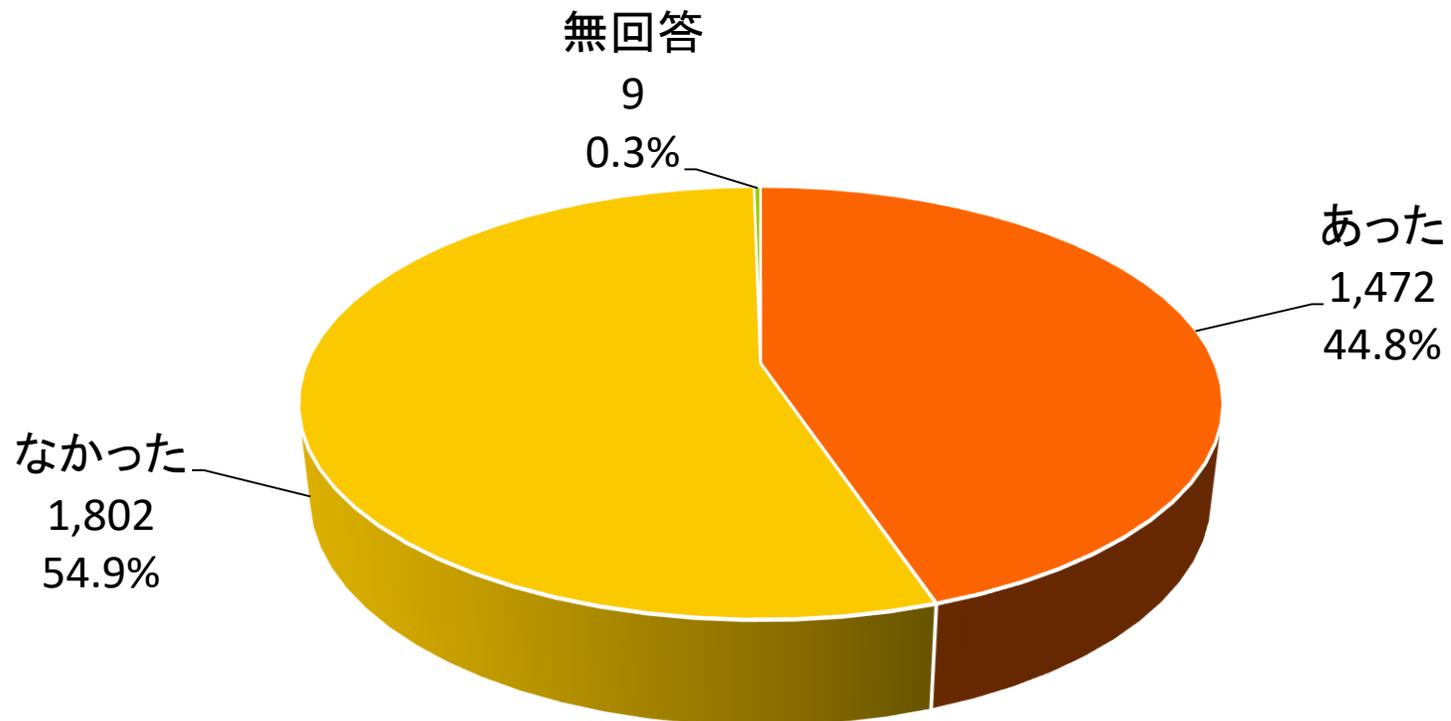
可能な認知症診療（複数回答）

n=3,283



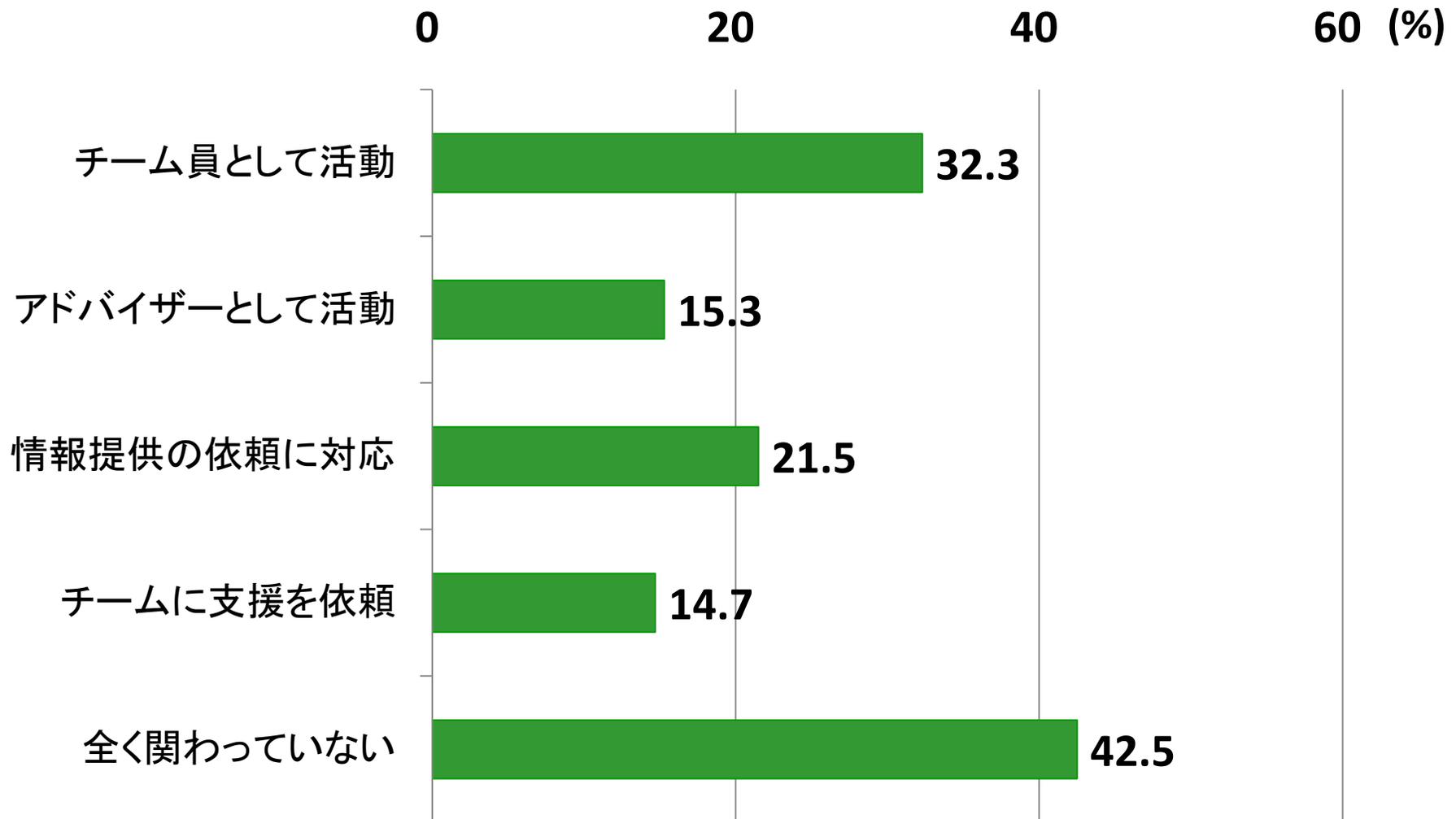
かかりつけ医から認知症の診療について 相談を受けることができましたか

n=3,283



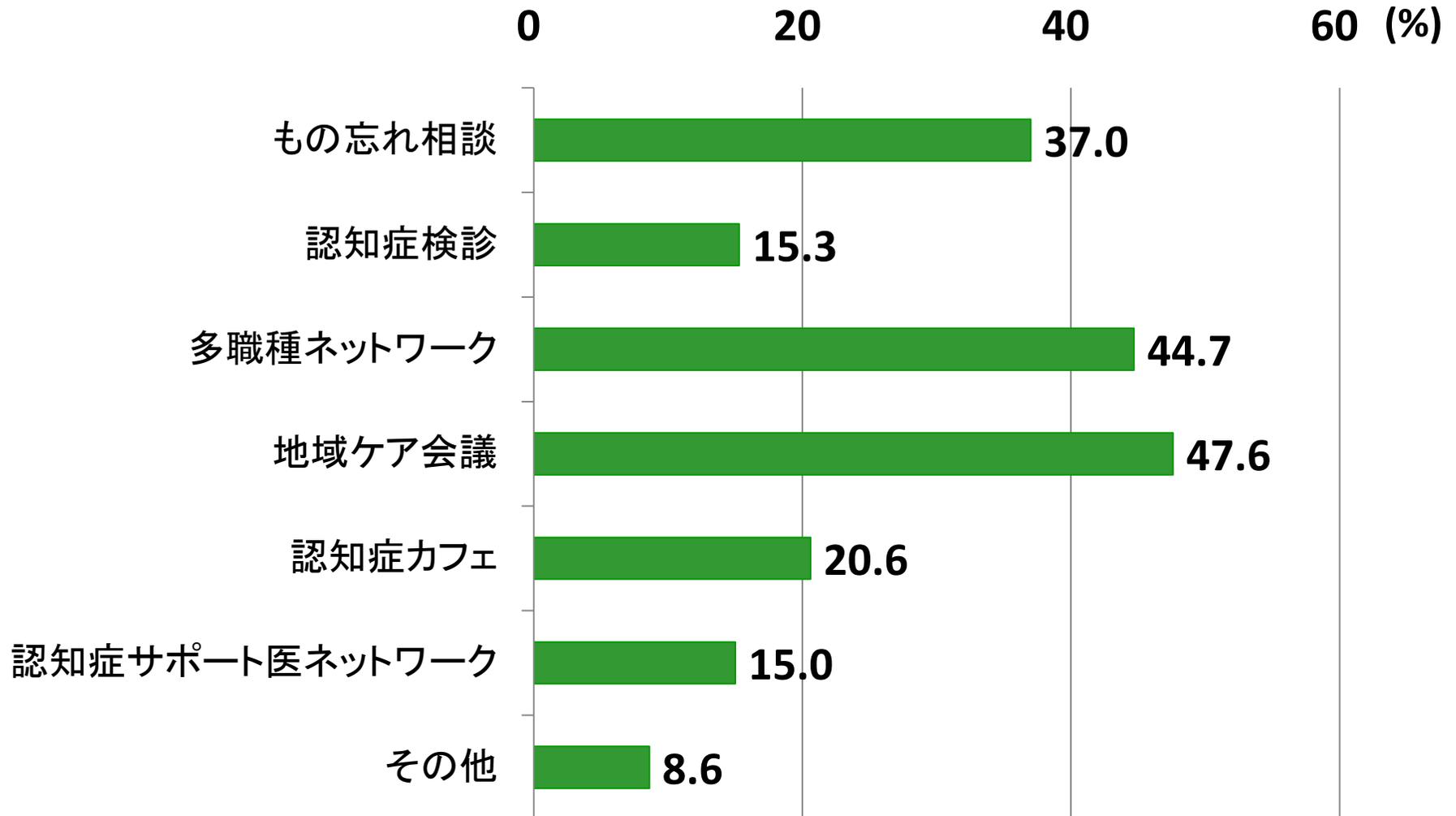
自身の市町村での認知症初期集中支援チームへの関与 (複数回答)

n=3,283



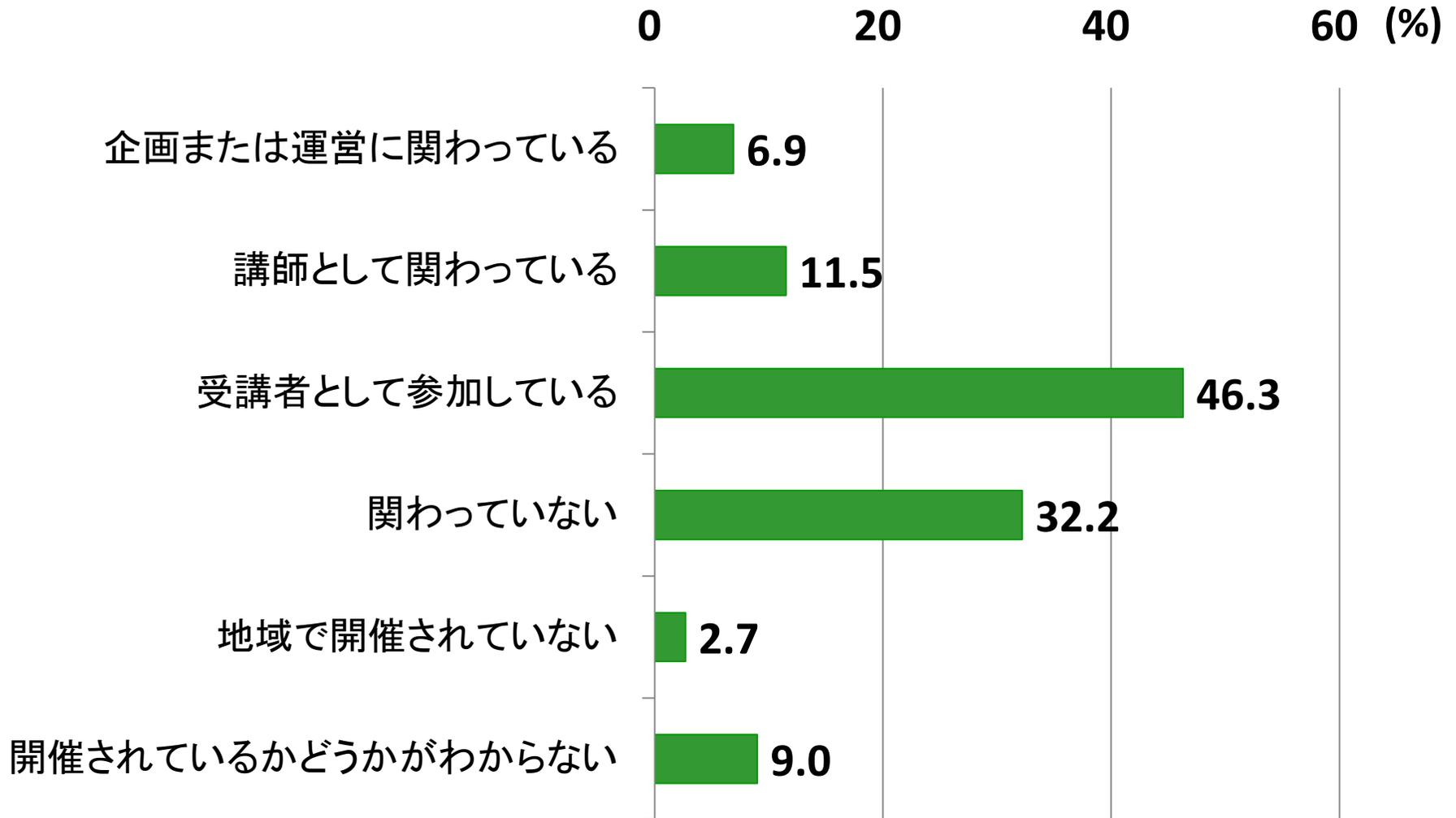
企画・運営に関わったり、依頼を受けて協力している 地域の取り組みの内容(複数回答)

n=2,043



かかりつけ医認知症対応力向上研修に 関して、あてはまるもの(複数回答)

n=3,283



市町村の回答の自由記述

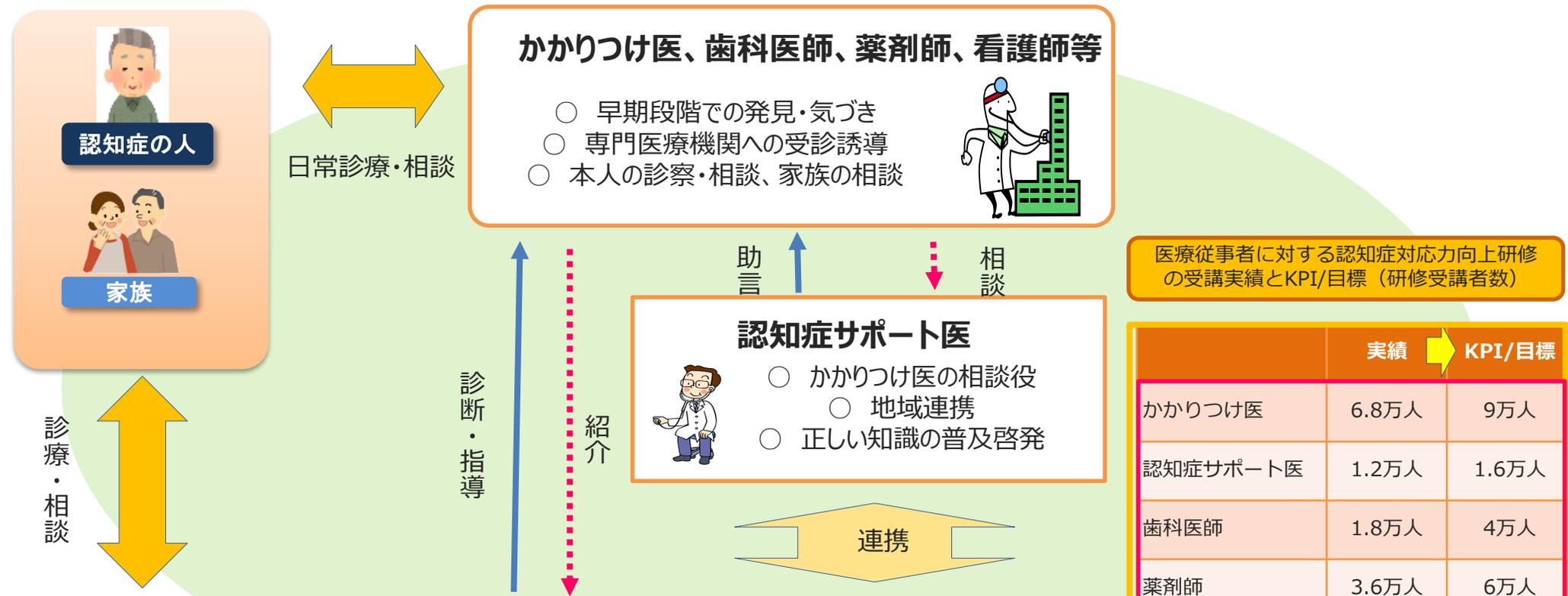
- 認知症初期集中支援チームに所属している認知症サポート医とは連携がとれており助言等していただいているが、他の認知症サポート医との連携は少ない。
- 日頃から認知症サポート医とは連携を取り、協力をしていただいている。人数が少ないため医師への負担が大きいと感じている。
- 現在、当自治体内にサポート医がいないため、隣町のサポート医に活動の依頼を行っている。
- 各自治体に1人は認知症サポート医がいるような体制が整うと自治体としては心強い。
- 受診困難な認知症の方への訪問診療や往診を積極的に行っていただくことを望んでいます。

認知症サポート医の活動の課題

- 認知症サポート医の数は増加しているが、活動している医師と活動していない医師の差が大きい。
- 現場（特に市町村）における認知症サポート医活用の仕組みが少なく、自治体が地域の認知症サポート医を十分に活用できていない。
- 認知症サポート医が地域・社会に認知されていない。
- フォローアップ研修の仕組みもあるが、自治体により差が大きい。

早期診断・早期対応のための体制整備

- 認知症の早期発見・早期対応、医療の提供等のための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、**かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等**に対する**認知症対応力向上研修**、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための研修を実施。



医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講実績とKPI/目標（研修受講者数）

	実績	KPI/目標
かかりつけ医	6.8万人	9万人
認知症サポート医	1.2万人	1.6万人
歯科医師	1.8万人	4万人
薬剤師	3.6万人	6万人
一般勤務の医療従事者	17.6万人	30万人
看護師等（病院）	2.2万人	4万人
看護師等（診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等）	-	実態を踏まえて検討

www.icrweb.jp

認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- **BPSDの治療方法が未確立**
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン



かかりつけ医のための

**BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン
(第2版)**

ガイドライン第2版の利用にあたって

- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬（抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬）は、認知症専門医による診断と治療方針のもと使用されることを推奨する。
- 激しいBPSDで自傷・他害の危険があるもしくはご家族が疲弊しているような場合は、各地区の精神科緊急・救急システムもしくは認知症疾患医療センターとのすみやかな連携を推奨する。
- したがって、本ガイドラインは認知症専門医受診までの一時的な使用、もしくは専門医受診後の継続投与に対応している。
- 継続使用でBPSDが軽快していると判断できる際は、常に減量・中止を検討し、長期使用は避けること。ただし、抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が顕著したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行うことを推奨する。
- なお、せん妄はBPSDに属さないため記載していない。せん妄の治療指針第2版（日本老年病学会）を参照されたい。

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究作成

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/000140619.pdf>

BPSD治療アルゴリズム

非薬物的介入を最優先する。

(出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探る)



- ・他に身体的原因がない。
- ・以前からの認知症以外の精神疾患がない。
- ・服用中の薬物と関係がない。
- ・服薬遵守に問題がない。
- ・適応外使用も含めて当事者から十分なインフォームドコンセントが得られている。

「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」

BPSDの種類による治療の実際

低用量で開始し、症状を見ながら漸増する。

- **幻覚、妄想、攻撃性、焦燥**

メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の開始や増量により改善しない場合は、減量・中止し、抗精神病薬、抑肝散、バルプロ酸の使用を検討する。

- **抑うつ症状、うつ病**

コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討。

- **不安、緊張、易刺激性**

抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の使用を検討。

- **入眠障害、中途/ 早朝覚醒**

環境調整を行ったうえで睡眠導入薬/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討。

- **過食、異食、徘徊、介護への抵抗**

向精神病薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分。

認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」 における「全国認知症GH協会(現:日本認知症GH協会)」 副代表理事のお話

「認知症の人を内科とか外科とかに連れて行くと認知症の人は入院できませんと帰されてしまう。そういう人たちを例えば精神科だとか、専門医のところに連れて行くと、外科的なことは診られません。内科的なことは診られませんと言って帰されて途方に暮れるわけです。」

認知症の救急医療の実態に関する、医療を受ける側 を対象とした調査

認知症の人と家族の会会員を対象とした全国調査

【対 象】

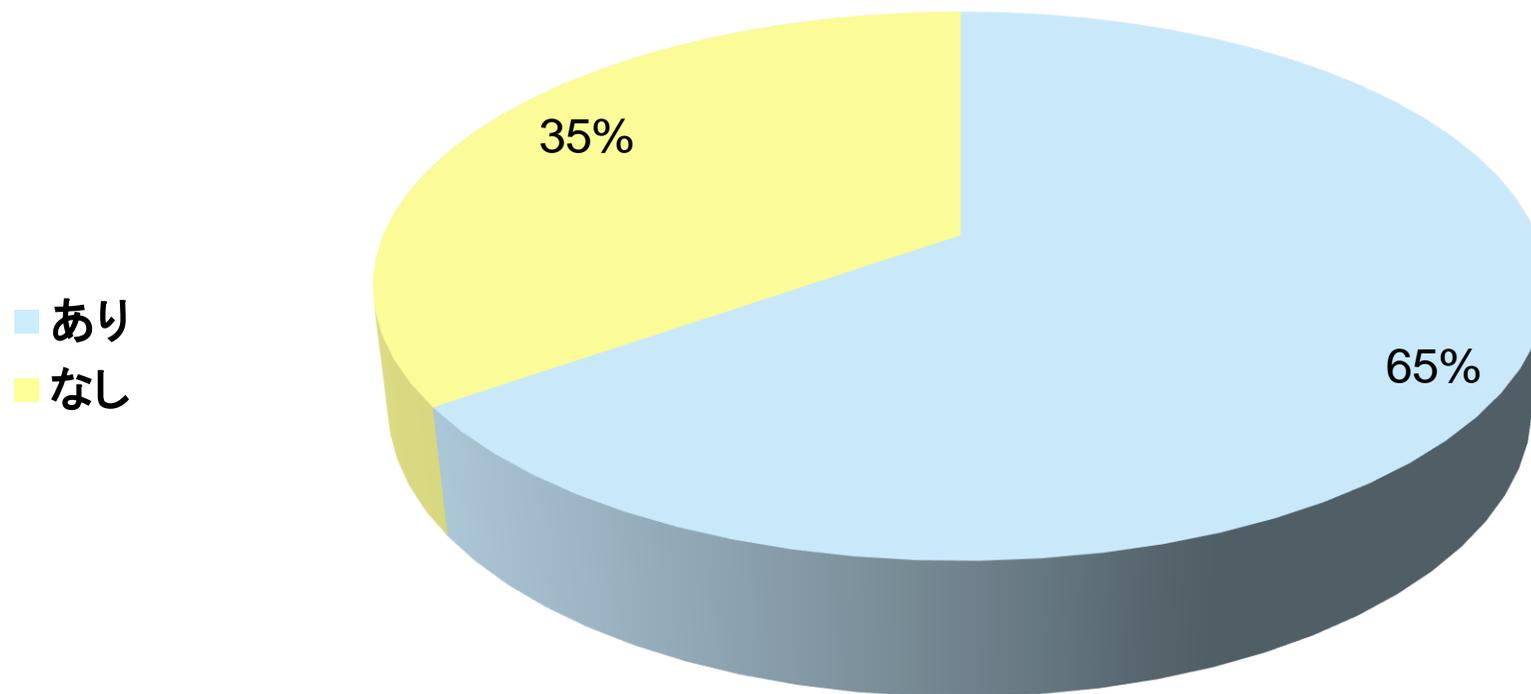
「認知症の人と家族の会」各都道府県支部で10名程度。(合計500名)

【方 法】

医師、看護師、社会福祉士、研究者、認知症の人を介護する家族と協議を行い作成した調査票原案を用いて愛知県支部会員を対象とした予備調査(平成24年度)を行い、調査票を改訂した。その調査票を手交して実施した。(平成25年度)

過去5年間で認知症の方が急な身体の病気を 来たし医療機関を受診した経験がありますか？

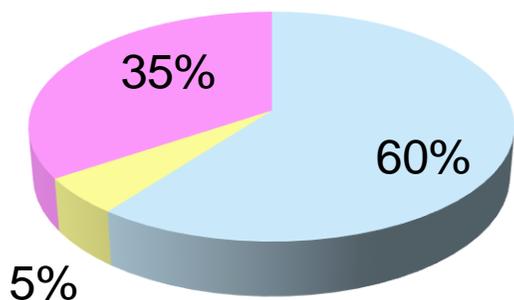
n=468



受診ありの場合の受診方法・医療機関・受診結果

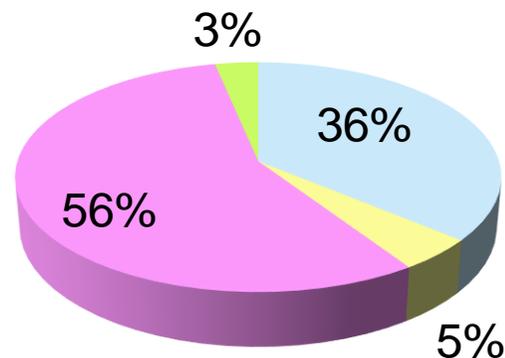
n=305

受診方法



- 外来受診
- 訪問診療又は往診
- 救急車

受診結果

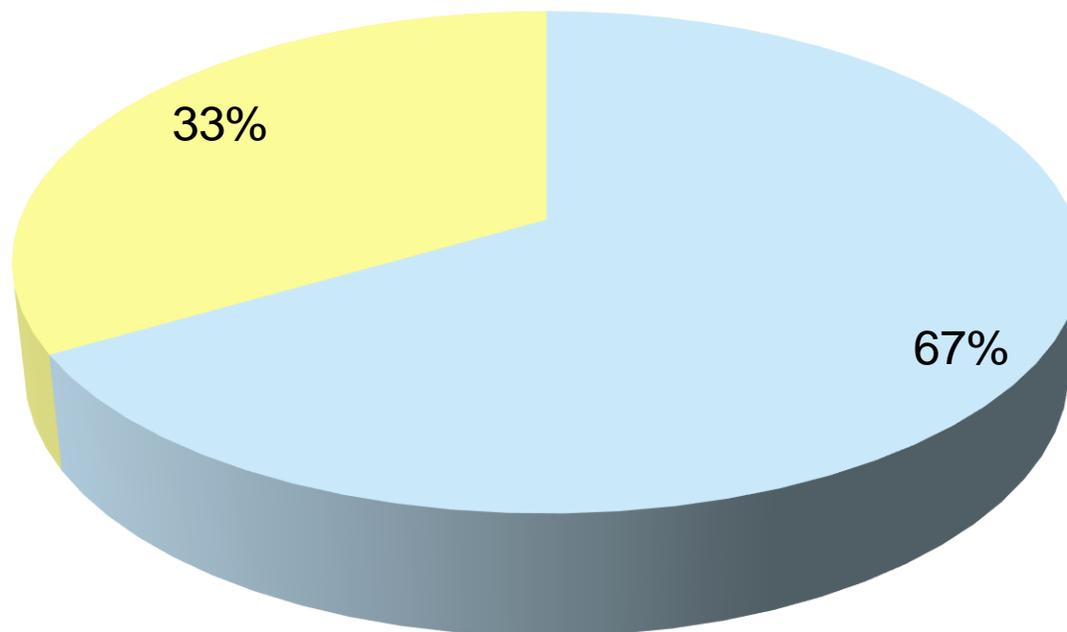


- 帰宅
- 在宅又は施設のまま
- 入院
- その他

受診において問題はありませんでしたか？

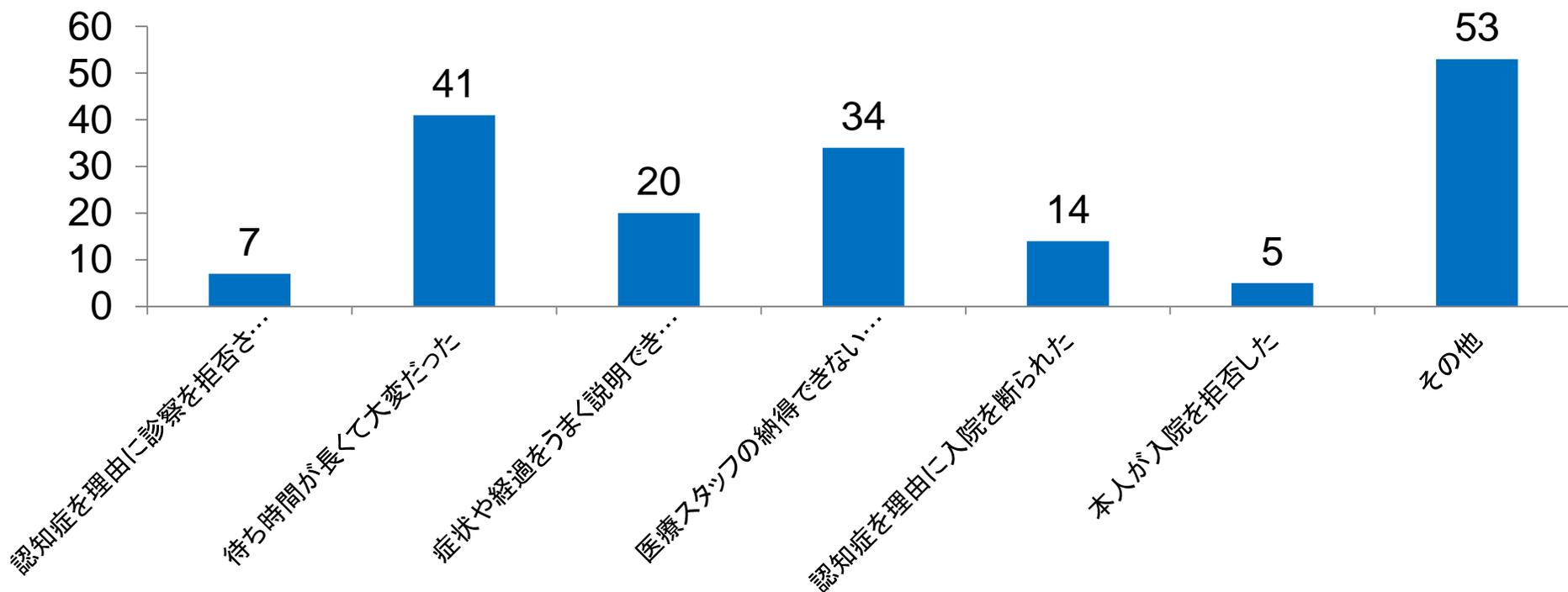
n=305

- 問題なく受けられた
- 問題があった



受診において問題があった場合、 どんな問題でしたか？

n=102(複数回答)

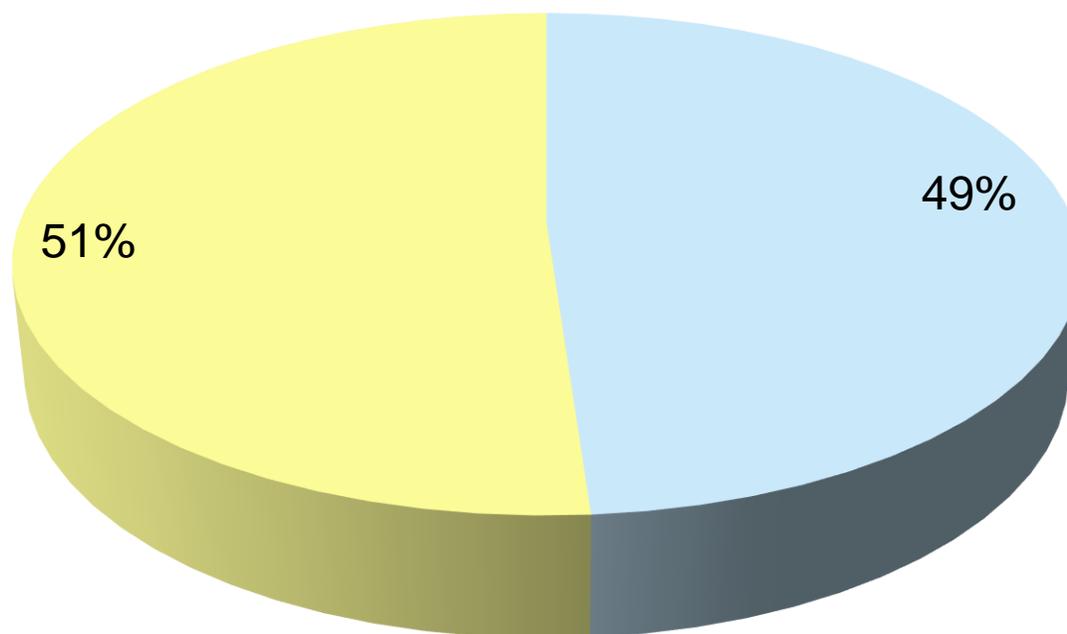


診療拒否が7例、入院拒否が14例あった。

入院において治療は問題なく受けられましたか？

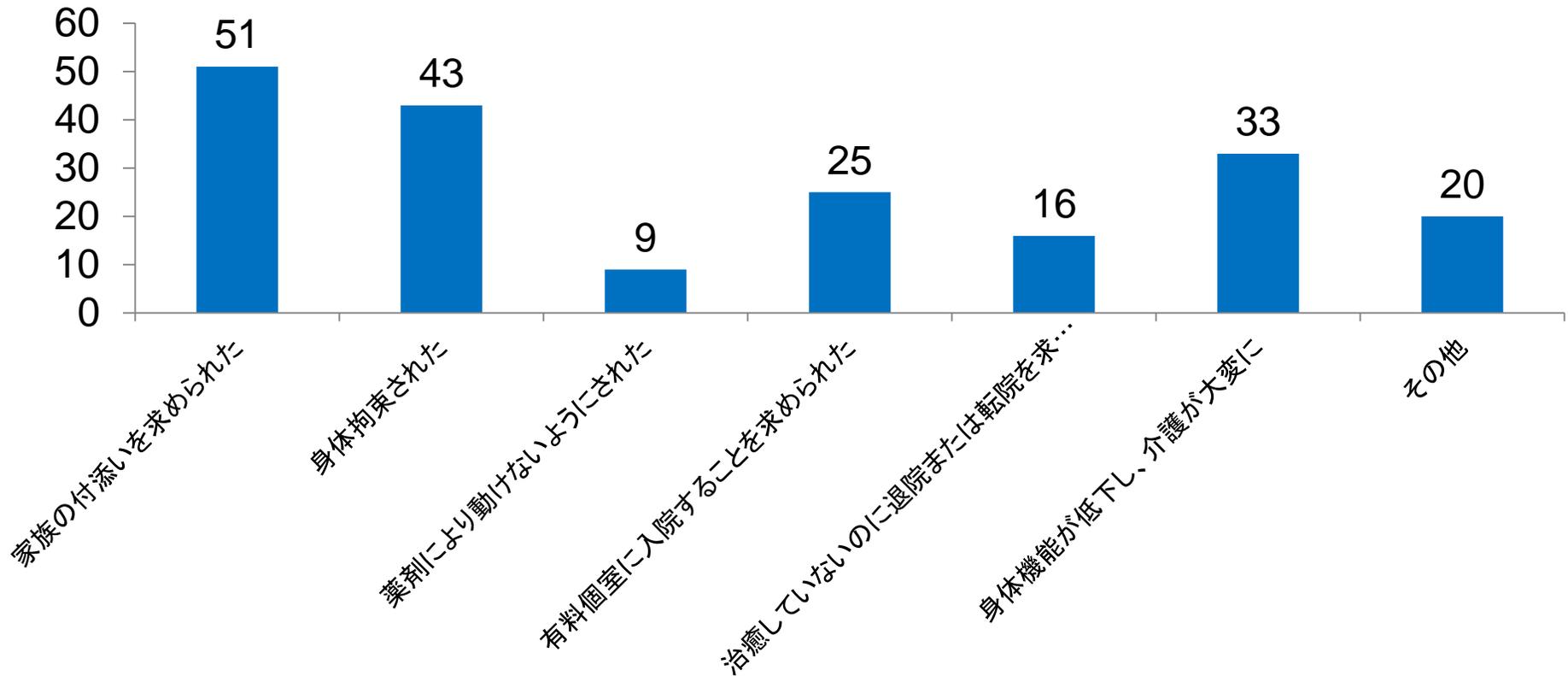
n=171

- 問題なく受けられた
- 問題があった



入院において問題があった場合、 どんな問題でしたか？

n=87(複数回答)



認知症の人と家族の会会員を 対象とした調査の結果から(1)

スタッフの言動

- 夕方入院で、翌朝私が病院病室に着くと、師長が飛んで来て「こんな患者みられません」「夜間は看護師2人なんですよ」とおこるようになわれその言葉に私のほうが怒りを感じたが、夜間は付き添い、昼間は拘束となりました。
- 医師と看護師の対応が個々によってあまりにも違う。私が障害者なので介護が難しいと言っても「個々の家庭の事情なんか知らない」と言われた時は辛かった。

認知症の人と家族の会会員を 対象とした調査の結果から(2)

スタッフ・病院の対応

- 発熱で病院に連れて行きました。点滴を受けた際、看護師さんがそっとポータブルトイレを持ってきてくださり、持参していたオムツと尿とりパットを交換してくださったのが嬉しかったです。
- 認知症専門病院の障害者用トイレに、使用済みの紙おむつは持ち帰るようにとの貼紙があった。非常に悔しく、悲しく、介護者の立場が理解されていないと思った。

認知症の救急医療の実態に関する 医療を提供する側を対象とした調査

【対 象】

全国の救急告示病院(3,697ヶ所)

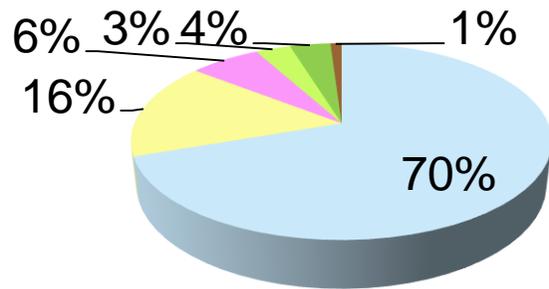
【方 法】

先行研究のレビューと救急に携わる医師へのヒアリングを踏まえ、医師(認知症専門病院、救命救急センター、地域のかかりつけ医)、看護師、社会福祉士、研究者、認知症の人を介護する家族と協議を行い作成し、少数例の予備的調査を行い確定させた調査票を郵送し、回答後返送してもらった。(平成25年度)

認知症患者の身体救急疾患への対応

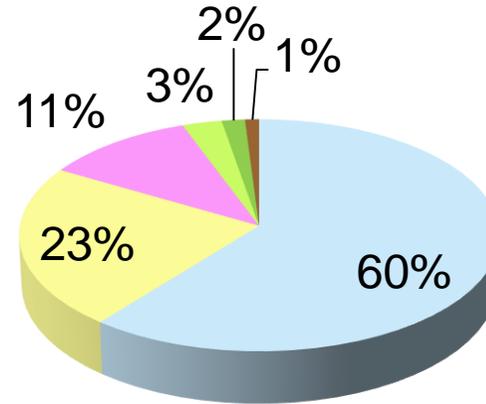
n=589

認知症患者の 救急外来での診療



- 通常行っている
- 行うことが多い
- 半々程度
- 行わないことが多い
- 通常行わない
- 不明

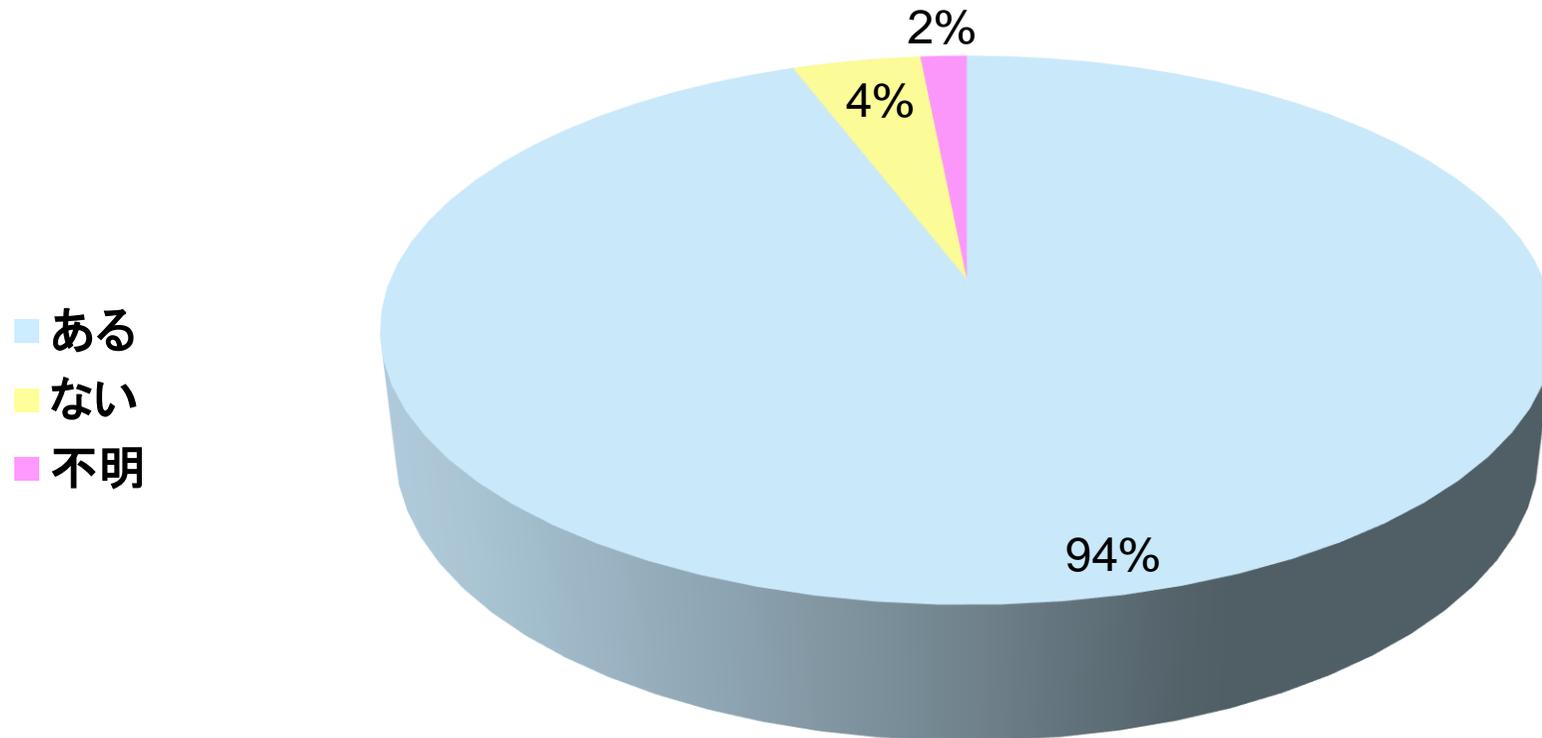
認知症患者の 緊急入院



- 通常受け入れている
- 受け入れることが多い
- 半々である
- 受け入れないことが多い
- 通常受け入れない
- 不明

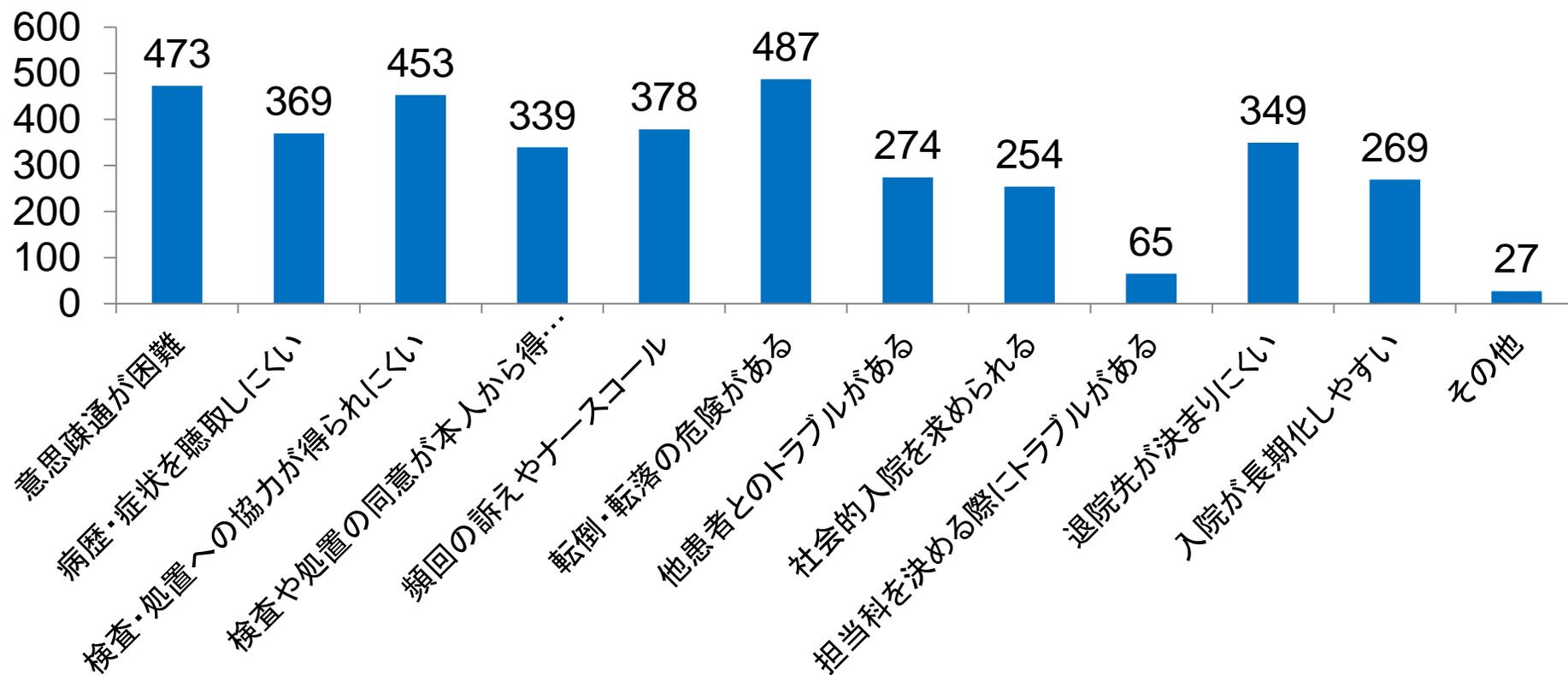
認知症患者の身体救急疾患への対応が困難 であると感じることがありますか？

n=589



認知症患者の身体救急疾患への対応 が困難である理由

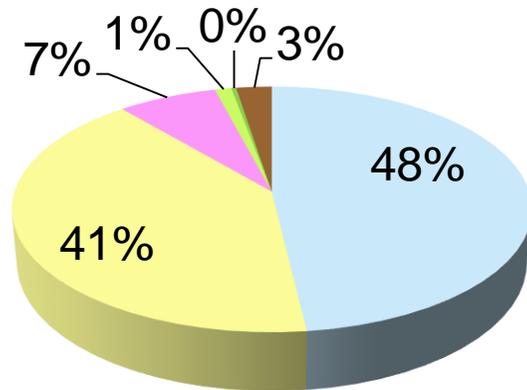
n=555(複数回答)



困ったときの対応(1)

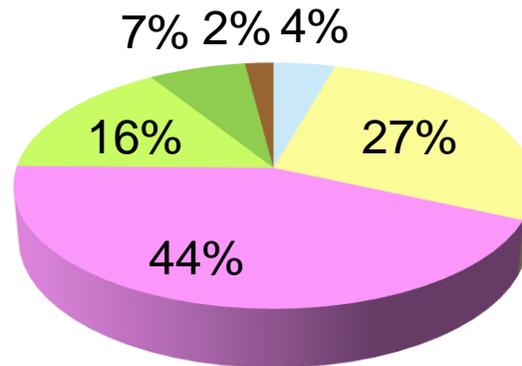
n=589

患者の不安や混乱を
取り除くよう努める



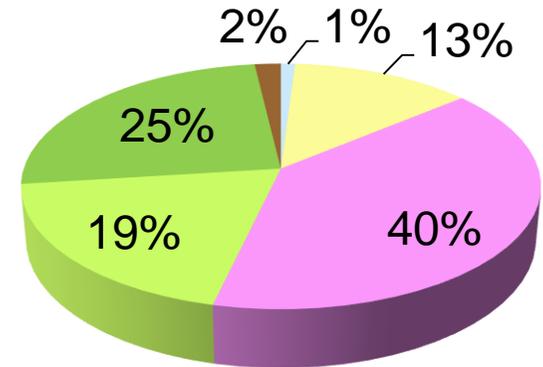
- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

家族に付き添いを
要請する



- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

有料個室への入室を
要請する

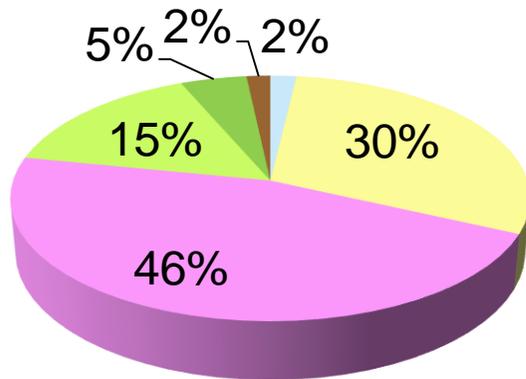


- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

困ったときの対応(2)

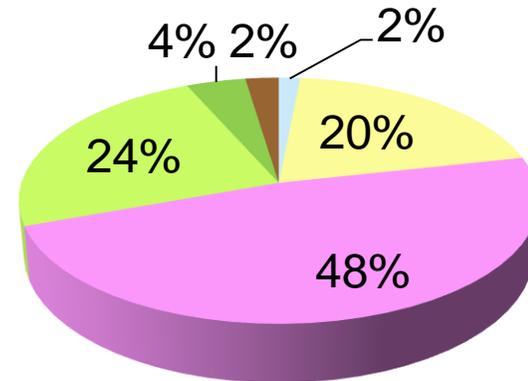
n=589

身体を抑制する



- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

薬物による鎮静

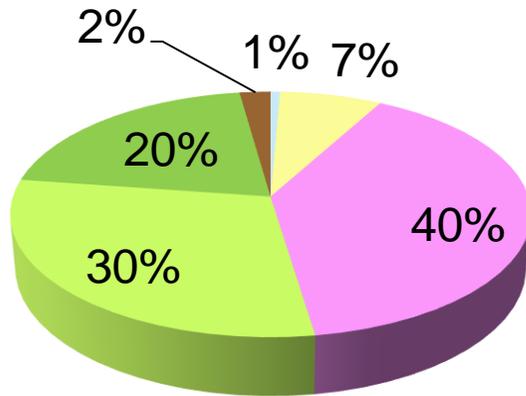


- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

困ったときの対応(3)

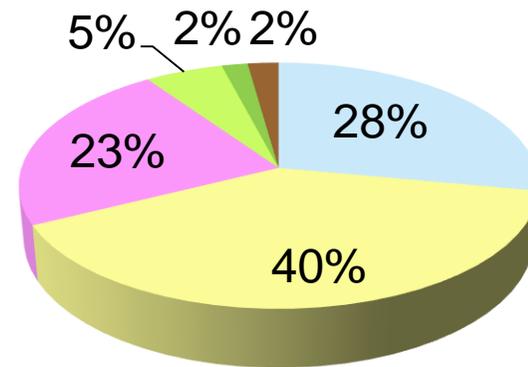
n=589

他医療機関への転院を要請



- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

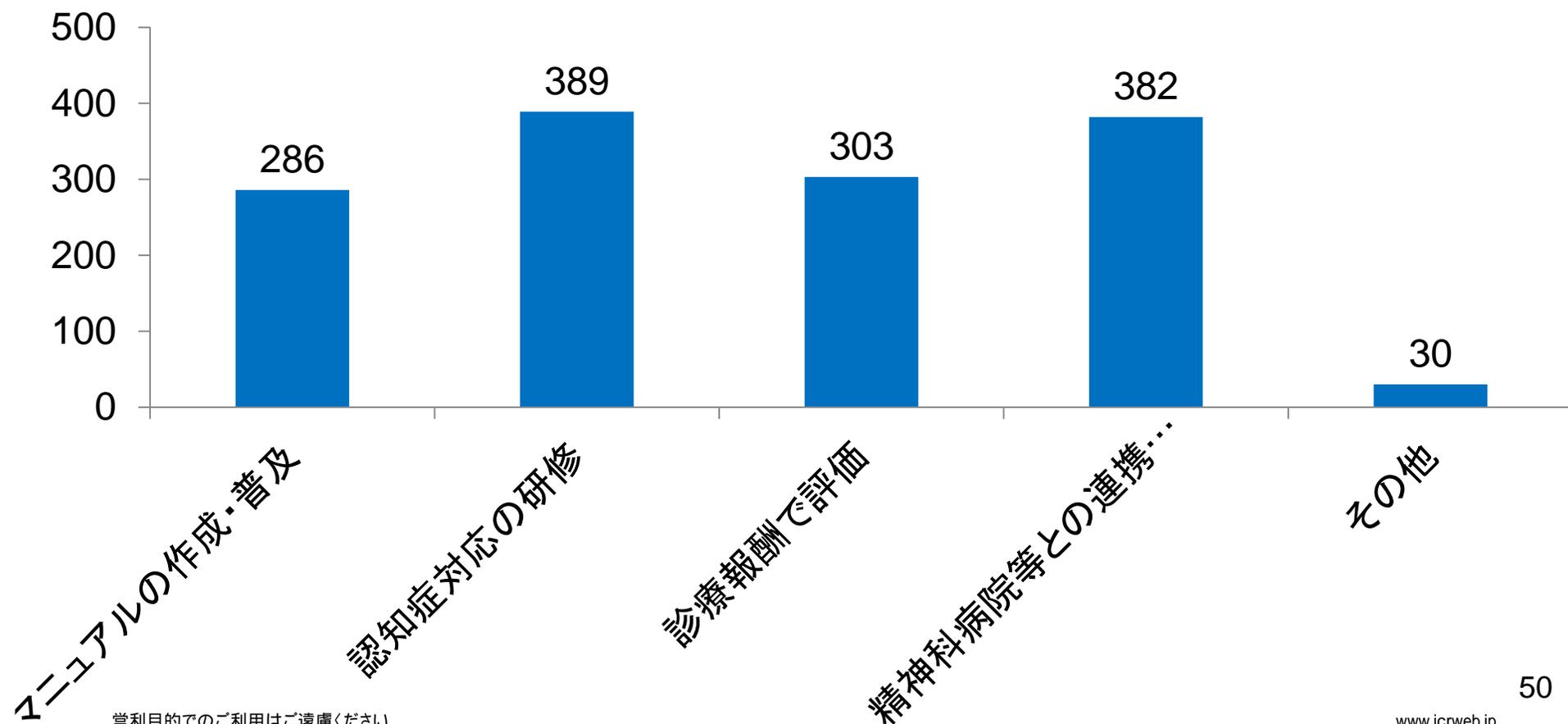
早期退院を求める



- 通常行う
- しばしば行う
- ときに行う
- まれに行う
- 行わない
- 不明

現状改善のための方法として有効と考えられるもの

n=589(複数回答)



病院勤務の医療従事者に対する 認知症対応力向上研修

かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

具体的な対応マニュアル

● 話す技術 聴く技術

ゆっくりと優しい口調で話す
同じ高さの目線で話す
遠くや後ろから話かけない
大声で話さない 急にはなしかけない
できるだけ聞き役で、話を途中でさえぎらない

● 行動面 での技術

周りで走らない
落ち着く場所を一緒に探す
後ろ死角で大きな音を出さない
危険行動の少し前に近づく
できることをほめる 行動を制止しない

● 観察の ポイント

いつもと行動が違うときには身体症状に気をつける
表情や言葉の変化に注意
他のスタッフがかかわっているときの反応を観察する
何ができて何ができないのか観察する

中央社会保険医療協議会総会資料(平成27年11月25日)

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。

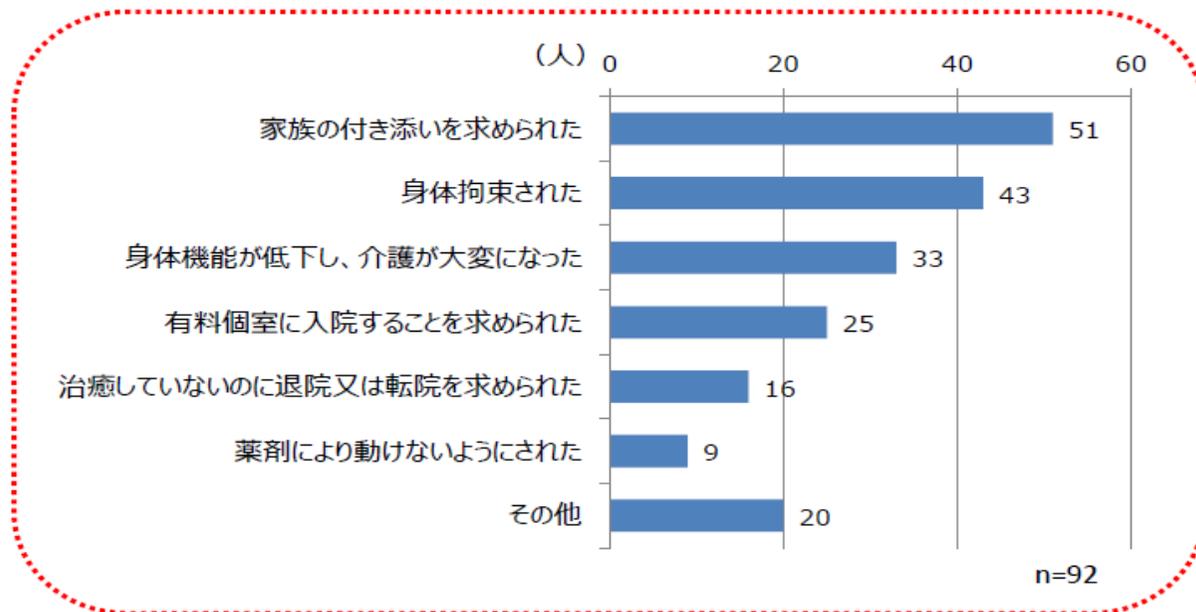
<入院において治療は問題なく受けられたか>

※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）

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

➤ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	認知症ケア加算1	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上	30点(1日につき)
	認知症ケア加算2	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上	10点(1日につき)



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症対策の充実

認知症ケア加算の見直し

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行			
認知症ケア加算1	イ	150点	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ	30点	ロ 10点



改定後			
認知症ケア加算1	イ	<u>160点</u>	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ	<u>100点</u>	ロ <u>25点</u>
認知症ケア加算3	イ	<u>40点</u>	ロ 10点

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上の期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、**認知症ケア加算2を新設**する。

改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した専任の常勤看護師を配置 (※経験や研修の要件は加算1と同様) 原則として、全ての病棟に、研修を受けた看護師を3名以上配置 (※研修の要件は加算3と同様) 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を**3名以上に増やす**。

現行	改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]	[認知症ケア加算3の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を3名以上配置 <p>※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。</p>

③ 認知症ケア加算1について、**医師及び看護師に係る要件を緩和**する。

現行	改定後
[認知症ケア加算1の施設基準]	[認知症ケア加算1の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアチームを設置 ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験5年以上) イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了) ※ 16時間以上チームの業務に従事 ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアチームを設置 ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験<u>3年</u>以上) イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了) ※ <u>原則</u>16時間以上チームの業務に従事 ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

救急告示病院における新型コロナウイルス感染症 および認知症への対応に関する調査

【対 象】

全国の救急告示病院(3,827ヶ所)

【方 法】

依頼書および調査票を郵送し、webサイト又は紙での回答を依頼した。

病院長、救命救急センター長、診療担当責任者、看護部長、院内認知症ケアチーム担当者、認知症看護認定看護師、その他現場の状況を把握されている方に回答を依頼した。(調査期間:令和4年1月25日~2月7

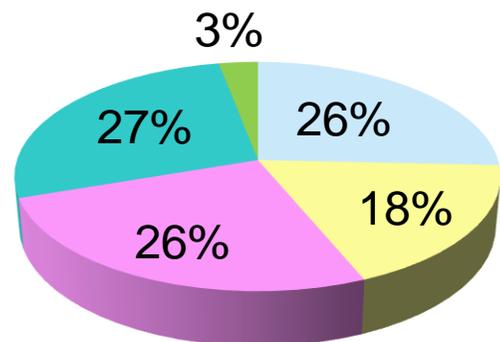
日)

営利目的でのご利用はご遠慮ください

認知症の人への対応

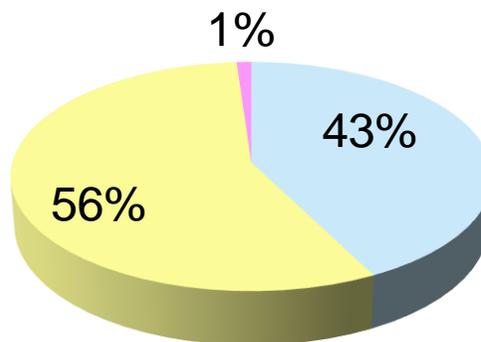
n=638

認知症ケア加算



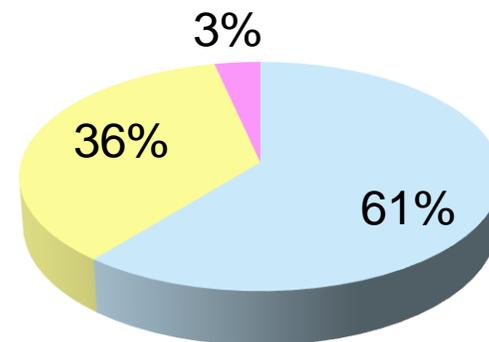
- 認知症ケア加算Ⅰを算定している
- 認知症ケア加算Ⅱを算定している
- 認知症ケア加算Ⅲを算定している
- 算定していない
- 無回答

認知症ケアチーム



- ある
- ない
- 無回答

せん妄ハイリスク患者ケア加算

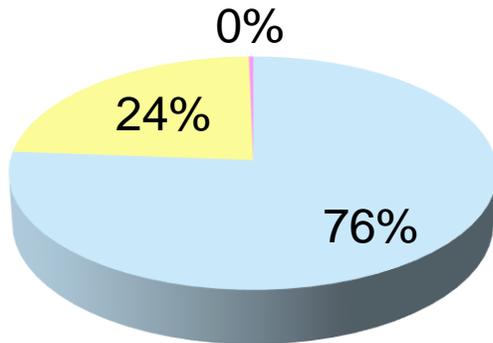


- 算定している
- 算定していない
- 無回答

新型コロナウイルス感染症対応

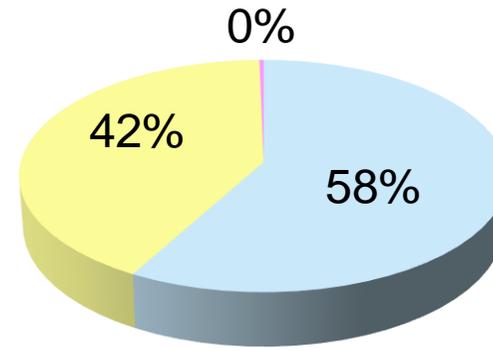
n=638

発熱外来の設置



- 設置している
- 設置していない
- 無回答

新型コロナウイルス感染症専用病床の設置

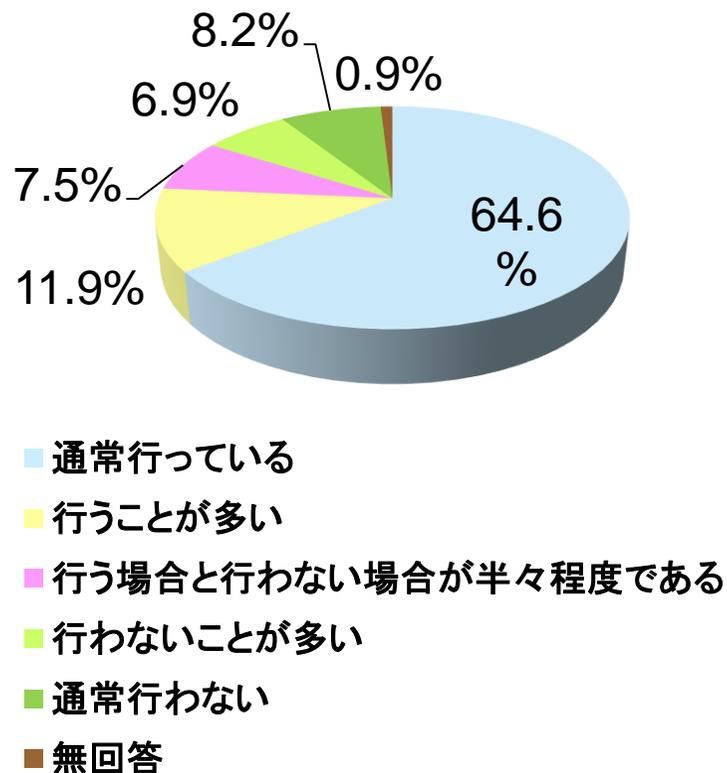


- 設置している
- 設置していない
- 無回答

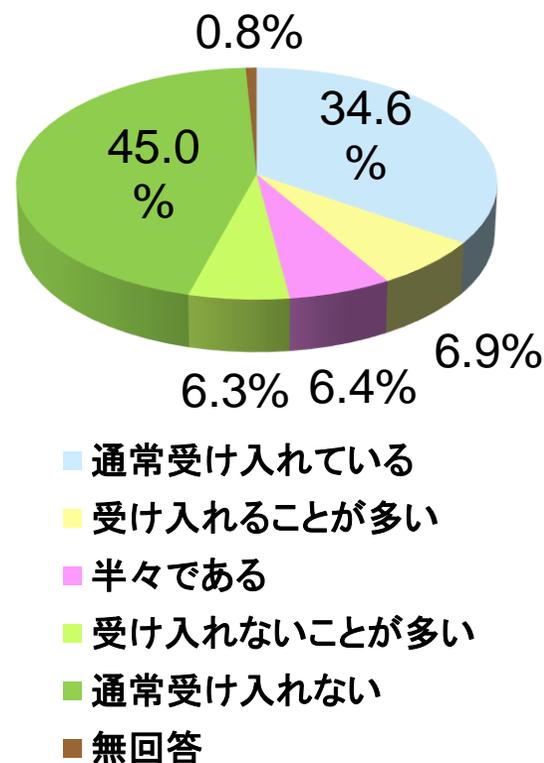
認知症患者の新型コロナウイルス感染症への対応

n=638

認知症患者の 発熱の診療



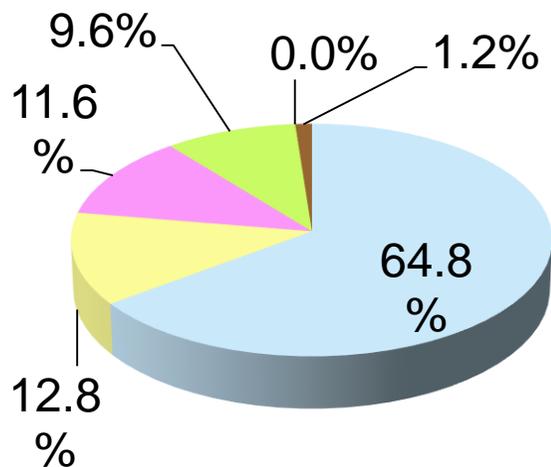
認知症があり、新型コロナウイルス 患者の入院



認知症患者の新型コロナウイルス感染症への対応

n=370

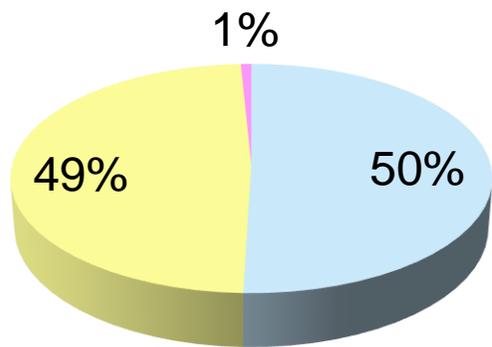
認知症があり、新型コロナウイルス患者の入院(専用病床設置)



- 通常受け入れている
- 受け入れることが多い
- 半々である
- 受け入れないことが多い
- 通常受け入れない
- 無回答

認知症があり、新型コロナウイルス感染症を来した患者の入院診療を行ったか。

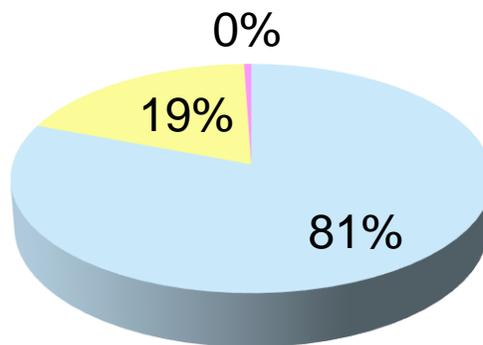
n=638



- 行った
- 行わなかった
- 無回答

認知症があり、新型コロナウイルス感染症を来した患者の入院診療を行ったか。(専用病床設置病院)

n=370

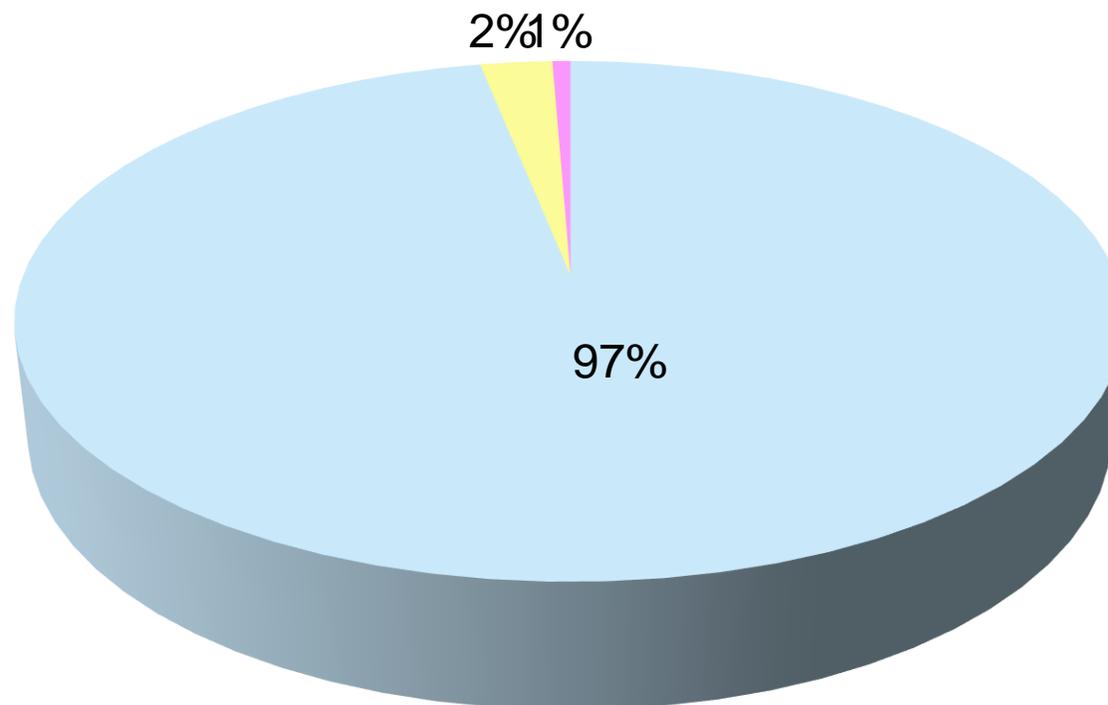


- 行った
- 行わなかった
- 無回答

認知症があり、新型コロナウイルス感染症を来した入院患者の対応が困難であると感じたことがありますか。

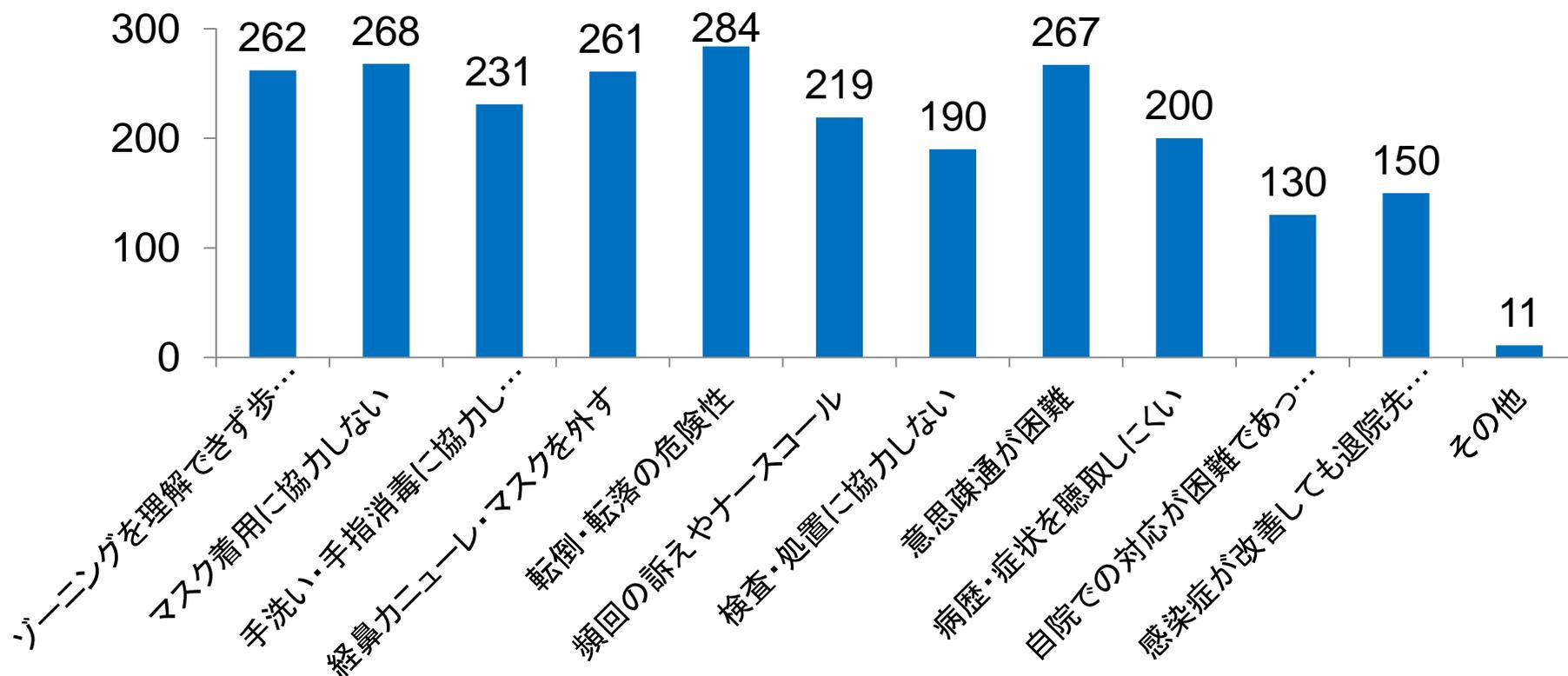
n=322

- ある
- ない
- 無回答



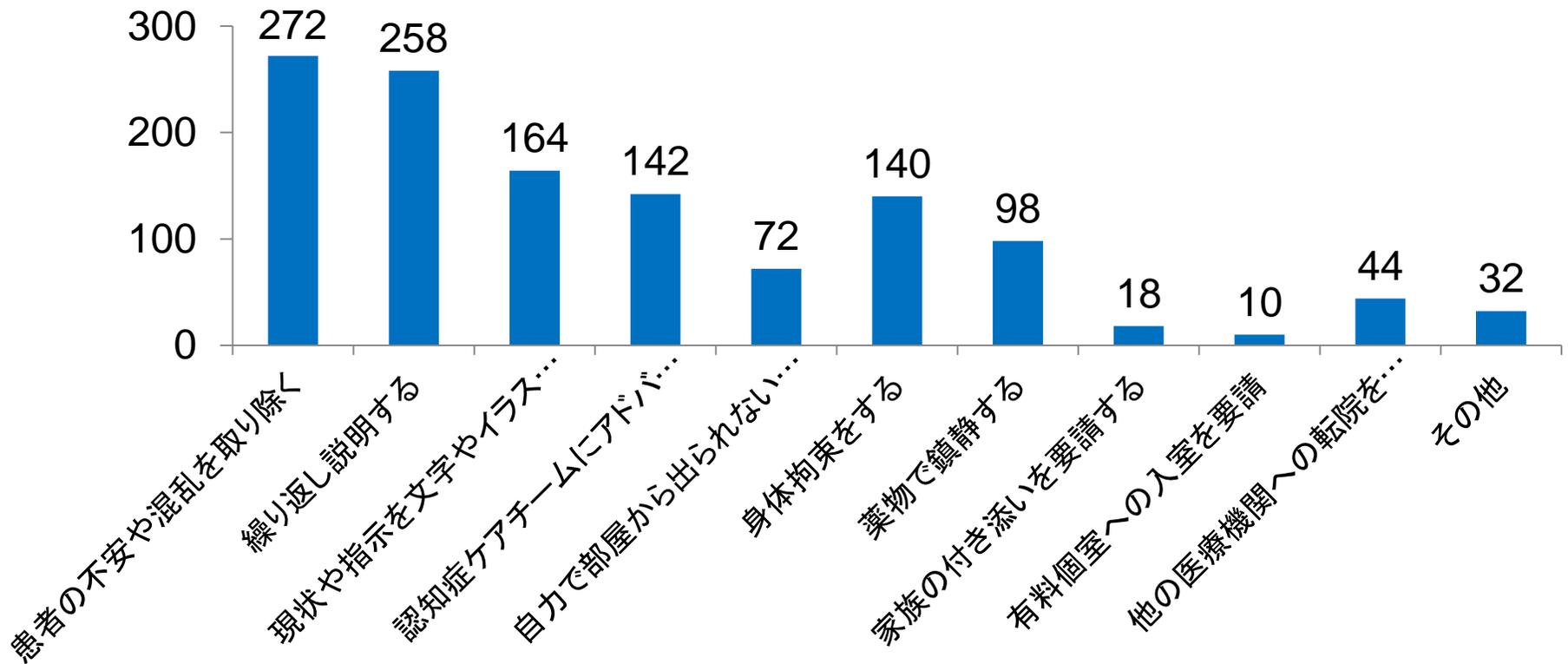
新型コロナウイルス感染症を来した患者の 入院診療で困難と感じた点

n=312(複数回答)



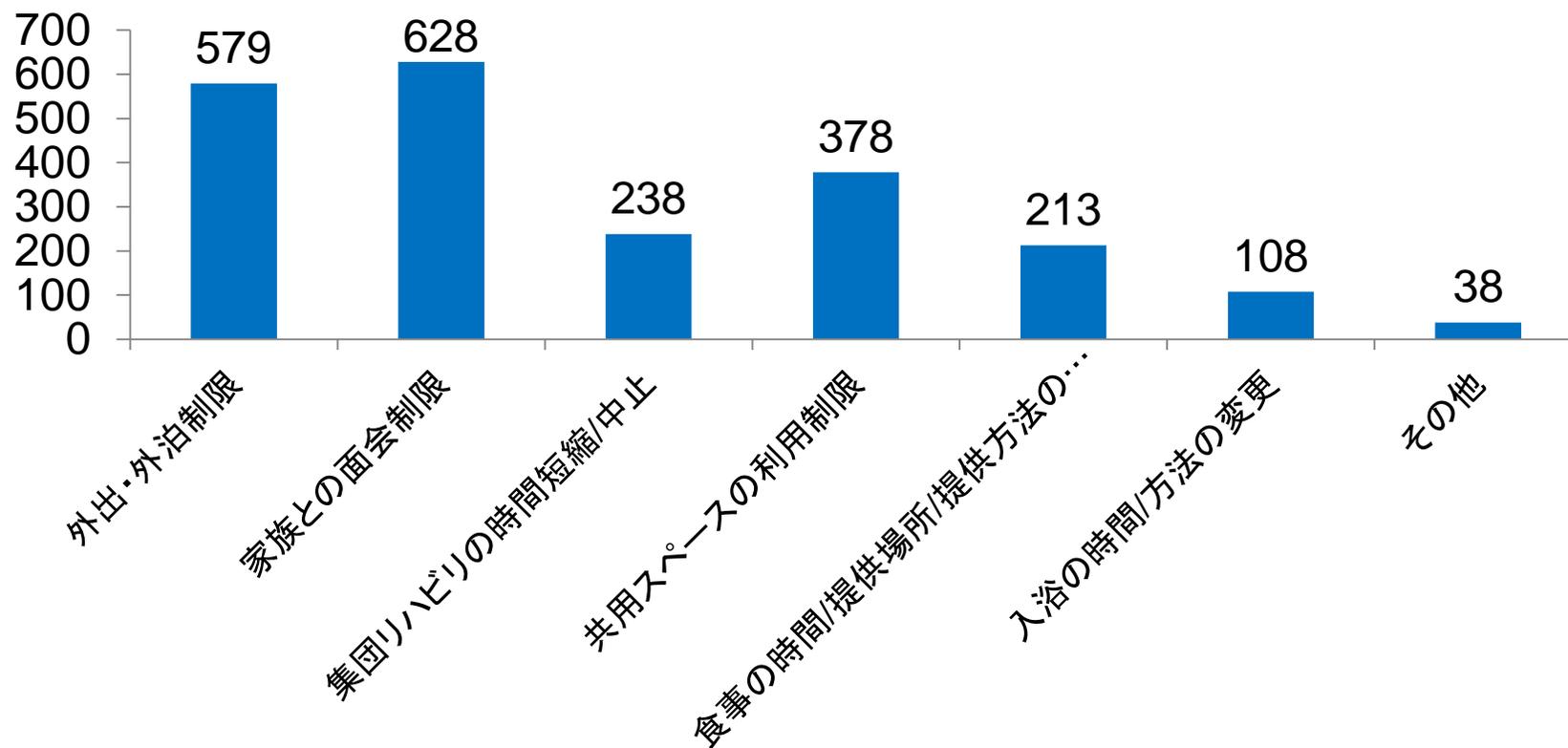
対応が困難であると感じた際に行った対応

n=312(複数回答)



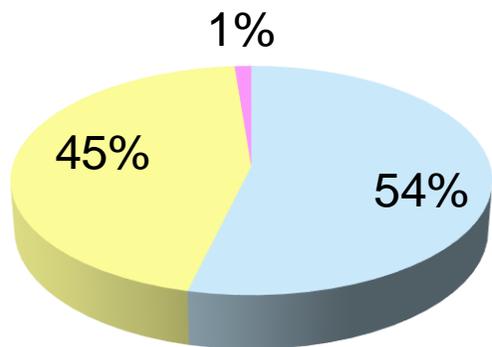
新型コロナウイルス感染予防のために 入院患者に対して実施した対策

n=638(複数回答)



認知症のある入院患者への活動制限の好ましくない影響を避けるために何らかの取り組みを行いましたか

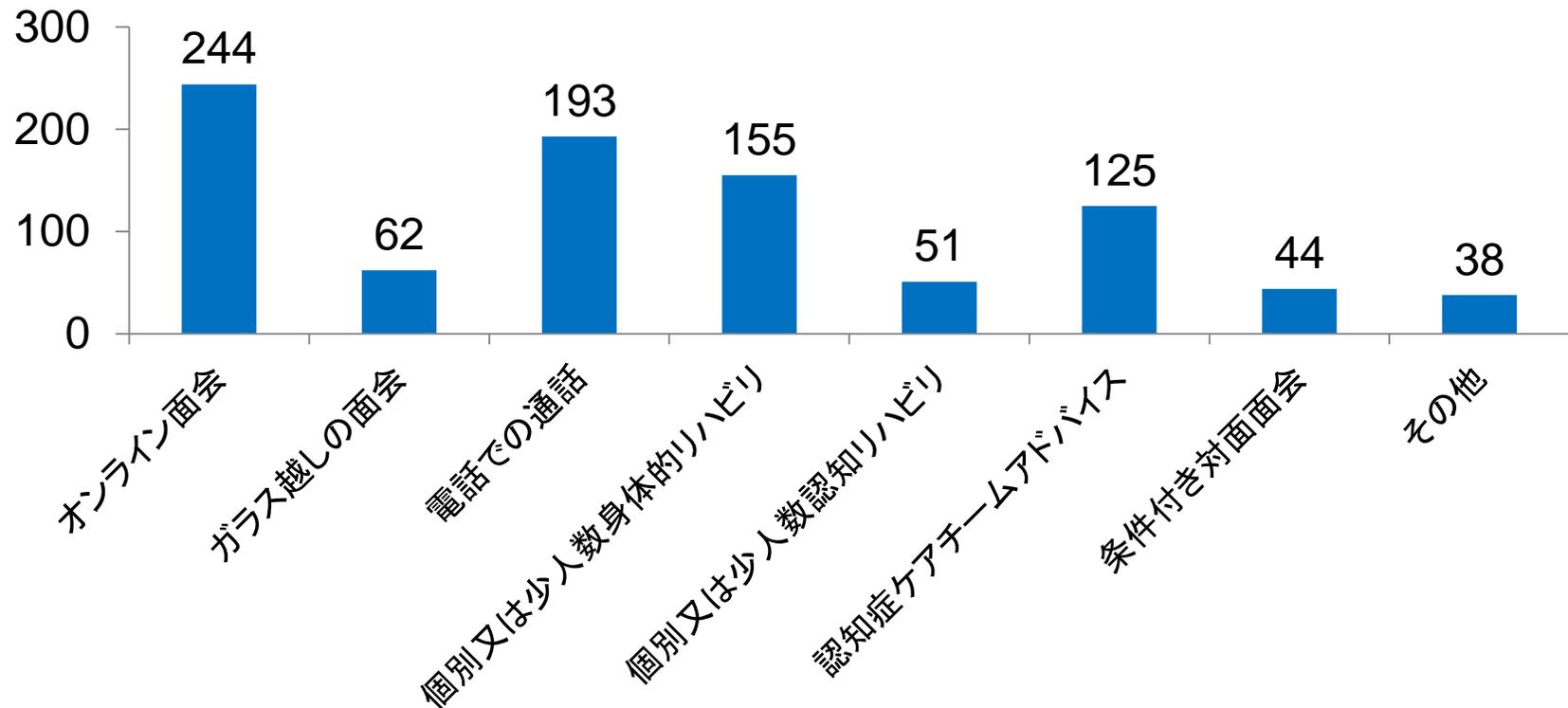
n=638



- 行った
- 行わなかった
- 無回答

認知症のある入院患者への活動制限の 好ましくない影響を避けるために行った取組み

n=343(複数回答)



認知症医療の課題（平成20年）

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 認知症が疑われても、本人が受診を拒否する場合は対応が困難

平成20年（2008年）「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書をもとに作成