

# 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第5回)

## 次 第

東京都庁第一本庁舎33階南側 特別会議室S1  
平成20年4月30日(水) 午後5時00分から

### 1. 開 会

### 2. 議 題

- (1) 第3回東京都認知症対策推進会議における議論の状況
- (2) 第4回医療支援部会における議論のまとめ
- (3) 中等度の段階で必要とされる医療について

### 3. 閉 会

#### [配付資料]

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会委員名簿

(資料1) 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ

(参考資料1) 第3回東京都認知症対策推進会議資料(抜粋)

(参考資料2) 東京都精神科夜間休日救急診療事業について

(参考資料3) 東京都認知症専門医療事業について

(参考資料4) 20年度診療報酬改定について

(参考資料5) 東京都認知症専門医療機関実態調査について(抜粋)

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」委員名簿

◎部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	◎繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医療関係者	秋山 正子	東京訪問看護ステーション協議会 (株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション所長)
	安藤 高夫	社団法人東京都医師会理事
	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長・老人看護専門看護師)
	玉木 一弘	社団法人東京都医師会理事
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
事業者	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会副理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
代表家族	村松 啓子	多摩市認知症家族会いこいの会代表
行政関係者	神子 武己	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長
	水村 純子	杉並区地域包括支援センターケア24久我山 センター長

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」幹事名簿

氏名	所属
櫻井 幸枝	福祉保健局医療政策部副参事（医療改革推進担当）
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
小室 明子	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

## これまでの議論のまとめ

### I 第3回東京都認知症対策推進会議

#### 1 開催日時

平成20年3月7日（金）16:00～18:00

#### 2 報告内容

MCIから軽度における考え方（要旨）について、「参考資料1」に基づき報告

#### 3 推進会議委員からの主な意見

○かかりつけ医が専門医療機関への受診を薦める場合でも、受診先を紹介してもらえないことがよくある。このような場合に、家族等が受診可能な医療機関について家族会に問い合わせ・相談してくる例は多い。

- 認知症に関して診断・治療できる医療機関の状況については、「東京都認知症専門医療機関実態調査」で明らかになったと考えるが、生じている症状に応じてどの医療機関に受診したらいいのか、という点については、今後の検討が必要。

○受診・診断時に、認知症の本人の前で予後の見通しまで話してしまうのは問題なのでは。

○中等度以降の段階になると、施設等に入所する人も増えると考えられるが、施設に入所するとかえって医療との関係が遠のく印象を受けることがある。

### II 第4回までの医療支援部会における議論のまとめ

【凡例】○：到達点 ★：確認事項 △：出された意見

#### 1 中等度における検討の進め方

##### 前回までの到達点

- 現に困っている、あるいは困ったという意見を基にしてカテゴリーを分けてみたもの。当面この分類に沿って検討を進める。

#### 2 中等度での診断・治療

##### 前回までの到達点

- 安定している場合・予後の見通しが立ちやすい場合はかかりつけ医
- それ以外の場合は専門医・専門医療機関

#### 3 周辺症状を誰がどうみるか

##### 前回までの到達点

- (1) 周辺症状の要因
  - 周辺症状には、①身体疾患（状態）が要因となっていない場合と、②身体疾患（状態）が要因となっている場合がある。
- (2) 生活情報の収集
  - 周辺症状が生じても、症状の内容よりは症状を起こしている要因・悪化させている要因について知ることが、周辺症状に対応していくうえで重要。
  - 周辺症状が急に悪化した場合、速やかに対応できるような体制を整えるためには、本人の生活情報（住まいの状況・同居者の有無・日常の行動範囲等）を収集することが重要。
  - 地域によって利用できる医療資源に違いがあるので、対応の仕方もケースや地域によって様々であることは前提としておく必要がある。
- (3) かかりつけ医の役割
  - 周辺症状が生じた場合に、身体疾患（状態）が原因となっているかどうかの判断はかかりつけ医にしてもらう。身体疾患が原因ではない場合や身体疾患のみの問題ではない場合には、生活情報も含めて検討し、必要に応じて専門医療機関を紹介する。
- (4) 専門医療機関の役割
  - 外来機能をうまく活用することで、問題への早期対応が可能になると考えられる。

## 前回までに出された意見

### (1) 生活情報の収集について

#### ◆誰が集めるのか

- △ 地域の事例検討会などに保健師が入ると、地域の医療資源を紹介してもらえるなどうまく進むことが多い。そこで、地域包括支援センターの保健師や看護師にそのような役割を果たしてもらおう形で整理していくのがいいのでは。
- △ 家族にとってはヘルパーやケアマネが一番相談しやすいので、ヘルパー・訪問看護師等が日頃の生活情報を集め、必要に応じてかかりつけ医やケアマネに報告することが必要では。
- △ 保健所を中心に地域全体をカバーできるような連絡会を定期的に関き、ケーススタディしていくことがいいのでは。
- △ ネットワークについては、地域ごとにどこがコアになるかを定める。
- △ どこがどう動くか、誰がどう動くか、というのは事例によっても異なるし決められるものではない。

#### ◆どのような場合に集めるのか

- △ 症状が軽度の段階から医療にかかり、その流れの中で中等度に至るという二次的な流れの場合と、周辺症状が悪化してどうしようもなくなり、そこで初めて医療に結びつくという本当に緊急の場合とで分けて整理しておくのもいいのではいか。

#### ◆平常時では

- △ 母子手帳のような手帳を認知症の患者一人一人が持ち、そこに地域の医療資源のような必要な情報を入れておくと、生活情報不足の解消や連携促進に役立つのでは。
- △ 手帳については告知の問題とも絡んでくるが、家族を中心に作っていくのがいいのでは。

#### ◆緊急時では

- △ 急性期病院で欲している情報と、ケアマネやヘルパーの側で持っている情報との間で差があるのが実態なので、そこを整理してつないでいくことが必要。

### (2) 平常時の外来機能の活用について

- △ 軽度の段階から半年か1年に1度ぐらい顔を出して関係を構築しておくことで、周辺症状が悪化してかかりつけ医では対応できないときも、入院を避けることができるケースも出てくるのでは。

- △ 認知症の程度が中度・高度であっても適切な診断をくだし、症状に応じた助言・指示をする。

### (3) 緊急時の振り分けについて

- △ かなり高度で緊急性のある状況のときに、ある程度医療機関の情報が集約されていて、症状に応じた医療機関の紹介などをしてくれるトリアージセンターのようなものが必要ではないか。
- △ 24時間365日、電話で相談を受けた時に、電話対応で済ます・かかりつけ医に相談するよう指示を出す・入院が必要なら施設を探す、というようなコールセンターのように振り分ける機能が各地の地域包括があれば非常に助かる。
- △ 地域包括はマンパワーが限られている。また、全く関わったことのない人について連絡をもらってもどこまで対応できるかはわからない。各地域（区や市）に認知症がある程度見られるコーディネーターが1人いて、個々の事例を解決・相談できるような機能があるといいのでは。
- △ 現状では、緊急でない場合にかかりつけ医が専門医療機関を紹介するときは、主に経験則に基づいて振り分けている。緊急時にはなかなか見つからない。

### (4) 入院について

- △入院まで対応可能な医療機関が少ない地域もあり、入院以外の対策も講じる必要がある。これには、①診断・改善策を示すなど状態を見極めてくれるところがあり、②そこに認知症の人がうまくアクセスできることが必要。
- △ 認知症の入院治療については、症状が高度の場合、家族が受け入れられない・施設が見つからない、などの理由でなかなか退院できず、病床が不足している。
- △ 入院治療とは本来どのようなものであるべきかを整理し、また、一定期間入院して治療を受けた後、地域に戻すためにどのようなルートがあるのかを提案していくことが必要では。

## 4 身体合併症

### 前回までに出された意見

- △ 現状では、緊急でない場合にかかりつけ医が専門医療機関を紹介するときは、主に経験則に基づいて振り分けている。緊急時にはなかなか見つからない。その

ため、合併症のある認知症患者の受入れルートというものは、現場の人間としてはどうしても欲しい。

△ 大学病院も含め、急性期病院における医師の認知症の合併症の診断・治療の標準化ができていないことが問題では。

△ 精神科の医師は合併症を持っている患者は受け入れがたいし、救急は認知症があると受け入れがたい。

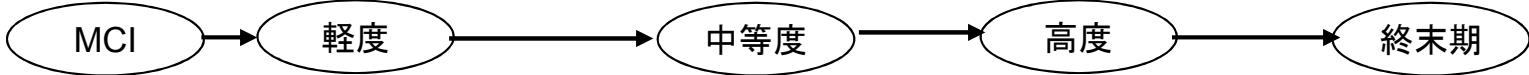
△ 病院で認知症・身体合併症の救急患者を受け入れるためには、①医師だけでなく看護師にもスキルが必要、②同室のほかの患者との問題など、解決しなければならない問題がいくつかある。

#### 確 認 事 項

- ★1 緊急時（周辺症状・身体合併症双方）とは何か
- ★2 緊急時（周辺症状・身体合併症双方）に入院治療に求められる役割とは
- ★3 緊急時（周辺症状・身体合併症双方）に専門医療機関の外来に求められる役割とは
- ★4 緊急時（周辺症状・身体合併症双方）を避けるためには

# 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ

変性疾患の場合



認知症医療

抑うつ症状  
いらいら感  
性格変化

- 認知症(疑い含む)に関する相談(受診先等)
- 診察&検査&診断→治療方針&生活支援方針の
- 他の疾患の鑑別→疾患に応じた治療
- 告知→生活方針、医療側との意識共有
- 中核症状の進行抑制(塩酸ドネペジル)
- 抑うつ・不眠・食欲低下等の治療

### 中核症状

記憶障害、見当識障害の進行(短期記憶から)  
趣味・日課への興味の薄れ  
家事の失敗

### 周辺症状

もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ・不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

### 中核症状

記憶障害の進行  
会話能力の低下(理解)  
基本的ADL(着脱衣  
慣れた道で迷うなど

### 周辺症状

徘徊・多動・攻撃的言動・異  
妄想・幻覚・せん妄等の顕

向精神薬の投与など適切  
よる、激しい周辺症状への  
薬物療法による副作用の

周辺症状をもたらす身体症状の改善

周辺症状をもたらす水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

身体疾患そのものに対する適切な医療

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折(特に中等度の場合)など一般的な身体

- 生活環境や変化等についてケアスタッフからかかりつけ医にこまめな情報提供があると治療方針の決定等に役立つ。
- 周辺症状が激しい時期は、一番医療・介護を必要とするが、誰も受入れてくれない。
- 対応できる医療機関は限られている。
- 医療機関によって対応に格差がある。
- 家族は、本人の状況を第一に考え受診について判断すべき。また、場合によっては長期入院の可能性があるなど「かかり方」について理解しておくことが必要。
- 家族に適切なアドバイスができる人が必要。

- 生活環境や変化等についてケアスタッフからかかりつけ医にこまめな情報提供があると治療方針の決定等に役立つ。
- 周辺症状は、病気など身体的な不調からくることも多いが、医療機関からは周辺症状を理由に、介護サービスからは身体的不調を理由にはじかれてしまう。
- 精神症状を呈していてもかかりつけ医は身体所見をきちんととってほしい。
- 身体疾患に起因したせん妄等の意識障害による自宅からの入院例が多い。かかりつけ医にかかって服薬しているケースもある。

- 在宅での服薬管理が難しいケースでは、訪問介護等を組み合わせることもある。
- 通院・往診・訪問看護の組み合わせにより、在宅で対応可能な症例もある。
- 認知症であることを理由に身体合併症の治療を断られることはよくある。
- 夜間は救急車を使わないとどこも受け入れてくれない。
- 入院需要は脱水等による短期のものが多いのではない。
- 一般急性期の医療機関と認知症を診ている医療機関では、医師・看護師の認知症に対する理解が違ふと感じる。
- 合併症の入院では、同室の患者や家族からクレームが出るケースも多い。
- 医療機関が必要性を理解していないと受入れは進まない。

中等度における診断・治療

周辺症状を誰がどうみるか

- ①身体疾患(状態)が要因となっていない場合
- ②身体疾患(状態)が要因となっている場合

夫禁

(身体合併症)  
周辺症状・身体疾患双方に治療が必要な場合

取りに向けた  
全人的

(身体合併症)  
身体疾患の治療を優先する場合

認知症に関する医療依存度

身体に関する医療依存度

# 医療支援部会における検討状況

## 検討項目及び開催実績

**1 当部会における検討項目**  
 認知症の人の、認知症と身体症状双方の症状に応じた医療支援体制について

**2 開催実績**  
 (第3回) 平成19年 12月4日(火) 17時～19時  
 (第4回) 平成20年 2月5日(火) 17時～19時

## 具体的な検討状況

		MCI～軽度における考え方(要旨)	
		受診まで	診断・治療
基本的考え方		<p><b>①一次的な相談体制や受診を促す方法は</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○適切な治療・ケアを受けたり、今後の生活設計を自分で決めたりするためには、早期受診が不可欠</li> <li>○しかし、どこに相談・受診・紹介すればよいのかは、患者・家族のみならず、関係機関の間でも必ずしも明らかになっていない。</li> <li>○そこで、相談体制や受診を促す方法について関係機関の役割を明確にするとともに、認知症専門医療機関実態調査の結果の活用策を検討し、相談先・受診先の情報を共有することが必要。</li> <li>○情報の共有にあたっては、患者・家族へは、インターネットなどを活用し、広く情報を共有し簡単にアクセスできるようにする、相談機関等関係者へは、連携推進のために必要な情報も加えるなど、それぞれに適した情報が届くように配慮する必要がある。</li> </ul>	<p><b>②より迅速に的確な診断へアクセスするには</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者の増加や早期受診の意義について啓発が進むことにより受診が増え、今後、全てを専門医・専門医療機関が担うことは困難</li> <li>○そこで、アルツハイマー型、脳血管性認知症の典型例の診断、状態が安定している認知症の治療はかかりつけ医が担うことが望ましい。</li> <li>○ただし、かかりつけ医の対応力の向上や専門医による助言が得られる仕組み等サポート体制の構築が必要</li> </ul> <p><b>③本人・家族の負担感の軽減と医療資源の有効活用の双方を実現するには</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○軽度の患者が増大すると、専門医・専門医療機関が必要な場面で機能しなくなる恐れがある。また、遠方の医療機関に通院することは、患者・家族にとっても負担が大きい。</li> <li>○そこで、症状が安定した場合は必ずかかりつけ医に戻すことを基本とする。</li> <li>○併せて、かかりつけ医のバックアップ体制の構築が必要                      例・安定時の専門医への定期通院(年1～2回)や患者情報のやりとりによる情報の共有・連携の推進                      ・患者情報のやりとりでは、簡潔なフォーマットによるもの</li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">【かかりつけ医→専門医】紹介目的、生活上の困難、身体疾患の治療状況                      その他状態の変化</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医、専門医・専門医療機関、相談機関等関係者による症例検討会の実施 等</li> </ul>
関係者・関係機関の役割分担	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>○早期受診の意義について正しく理解する</li> <li>○疑いが生じたらかかりつけ医へ相談・受診する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○専門医・専門医療機関へはかかりつけ医へ相談した上で受診することが望ましい</li> </ul>
	相談機関等関係者(コーディネーター)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○かかりつけ医への相談・受診を促す</li> <li>○かかりつけ医・サポート医との連携を進める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○情報の共有</li> <li>○定期的な研修会・症例検討会等の実施</li> </ul>
	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症についての受診を促す(自ら診断する場合も含む)</li> <li>○本人を伴わない家族から相談があった場合には、家族に対し、生活環境の整備のポイント等を助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の専門医・専門医療機関の把握と連携の実践</li> <li>○定期的な研修会・症例検討会等の実施</li> </ul>
	認知症専門医・専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人を伴わない家族から相談があった場合に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記かかりつけ医の役割に加え、</li> <li>○患者の急変時等の対応</li> </ul>
	一般病院(身体疾患)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者の患者の認知症の疑いを見逃さない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者の患者の認知症の疑いを見逃さない</li> </ul>
	行政(都・区市町村)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○早期診断の意義・かかりつけ医が受診促進に果たす役割について普及啓発を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上策の実施</li> <li>○地域の医療資源(かかりつけ医・サポート医・専門医療機関)の把握・情報提供</li> </ul>

### 19年度の成果

医療支援部会での検討成果や、連携・影響のあった事業

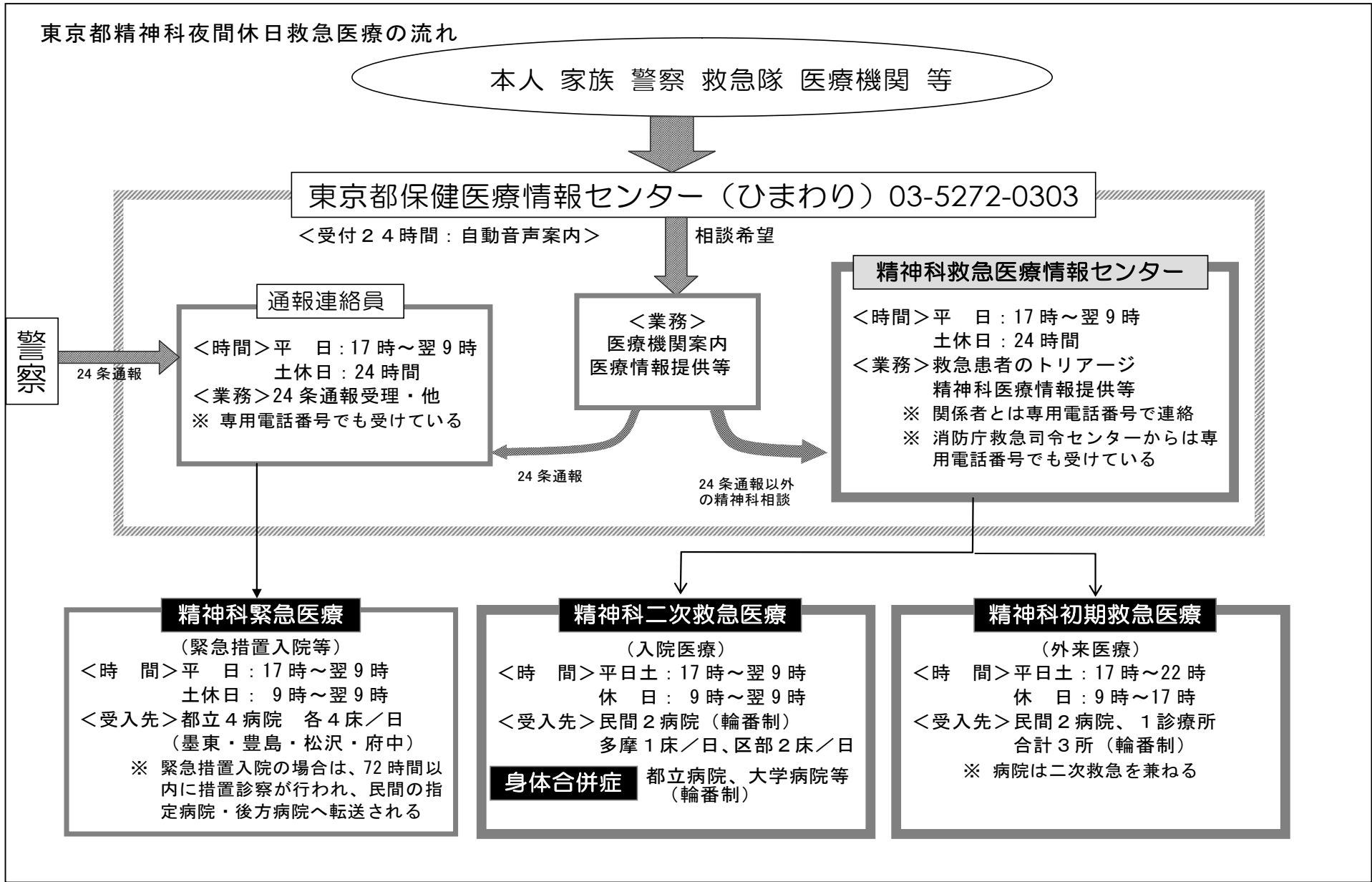
- ◆ **MCI～軽度の段階における考え方を整理(再掲)**
- ◆ **東京都認知症専門医療機関実態調査**
  - ・調査の内容や分析の視点について検討
  - ・調査結果(速報値)を踏まえた議論
- ◆ **認知症サポート医フォローアップ研修の事業化(20年度～)**

### 今後の予定

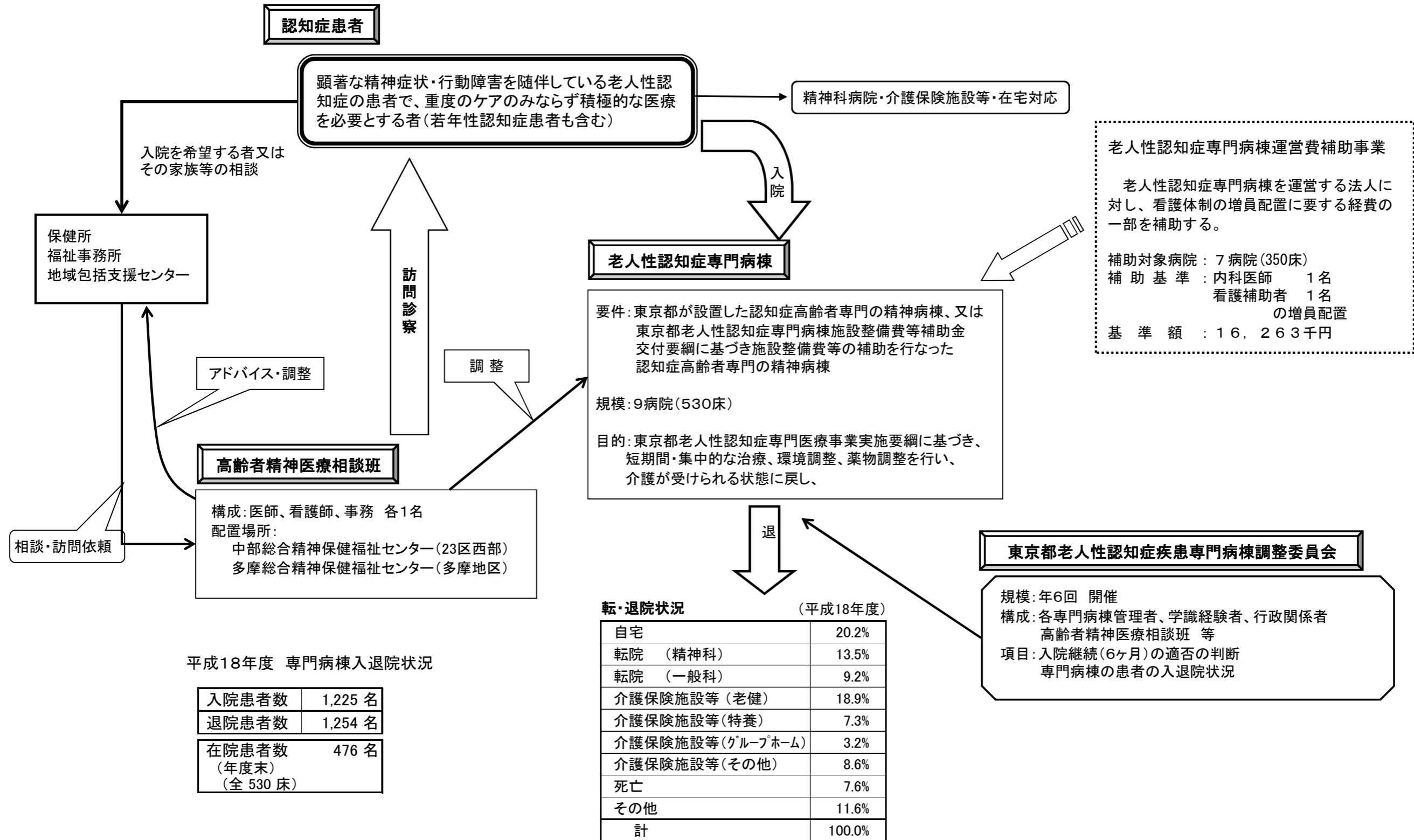
- ◆ **中等度の段階について検討を開始【参考資料4】**
- ◆ **平成20年度は5回程度開催し、高度・終末期の順に検討**
- ◆ **医療支援部会での検討結果については、20年度末に報告書として取りまとめ**



# 東京都精神科夜間休日救急診療事業について



# 東京都老人性認知症専門医療事業について



### 認知症に係る医療の評価

#### 基本的な考え方

- ① 鑑別診断  
後期高齢者の増加に伴い、認知症の早期発見が課題となることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合に加算する。
- ② 周辺症状  
認知症患者の入院医療については、入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対し、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実する一方で、入院長期の評価を見直す。
- ③ 身体合併症  
精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の

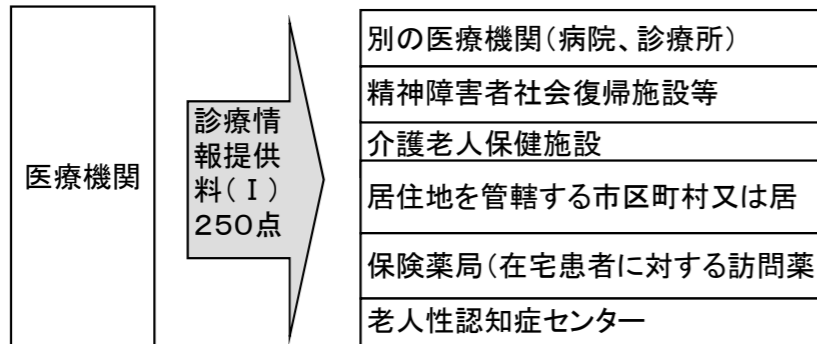
#### 具体的な内容

- ① 鑑別診断につなげるための評価  
認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、患者又は家族の同意を得て、専門医療機関に対し、診療状況等を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（Ⅰ）に対する加算を創設する。

新規

認知症患者紹介加算 1,000点（1回につき）

《参考》診療情報提供料（Ⅰ）…他の医療機関へ紹介状（診療情報等が記載された「診療情報提供書」）を添えて患者紹介を行った場合に250点を算定できる。



改定

② 周辺	現行	改正後
	<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> (1日につき) 90日以内の期間 1,300点 91日以上の期間 1,190点 <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> (1日につき)	<b>【認知症病棟入院料1】</b> (1日につき) 90日以内の期間 1,330点 91日以上の期間 1,180点 <b>【認知症病棟入院料2】</b> (1日につき)

### 身体合併症に対応した取組に係る評価

#### 基本的な考え方

身体合併症  
精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保

#### 具体的な内容

精神科身体合併症  
身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患・身体疾患両方の治療を行った場合、治療開始早期の7日間における加算を創設する。

新

#### 精神科身体合併症管理加算

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合	300点(1日につき)
精神科病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神科病棟に限	200点(1日につき)

【算定要件】① 10対1又は特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神科病棟に限る)を算定している病棟であること

② 当該病棟に、内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること

③ 対象疾患 (1)呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫)  
(2)心疾患(New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)  
(3)手術又は直達、介達牽引を要する骨折 等

### 精神科救急医療に係る評価

#### 基本的な考え方

精神科救急医療において、身体疾患を併せ持つ患者については、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療提供体制が重要であるため、身体合併治療を含めた精神科救急医療を評価する。

#### 具体的な内容

新規 精神科救急・合併症入院料	30日以内の期間	3,431点(1日につき)
	31日以上期間	3,031点(1日につき)

- 【算定要件】① 都道府県が定める救急医療計画に基づいて運営される救命救急センターを有する病院で、身体合併症に対応できる施設であること  
② 精神科病棟を単位として、当該病棟に合併症ユニットを有している  
③ 在宅へ移行する患者の割合・時間外等救急受診件数等の要件は、精神科救急入院料に準じたものとする

#### 《参考》精神科救急入院料の算定要件

- ① 在宅へ移行する患者の割合 新規患者のうち、6割以上が入院日から起算して3月以内に在宅に移行
- ② 時間外等救急受診件数 全ての入院形式の患者の受入れが可能で、かつ、常時精神科救急外来診療が可能で、時間外・休日・深夜における診療件数が年間200件以上、又は指定された地域における人口万対2.5件以上であること

## 後期高齢者医療制度

### 基本的事項

後期高齢者には、若年者と比較した場合、以下のような心身の特性がある。

- ① 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(慢性疾患)が見られる。
- ② 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。

こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。

- ◆ 後期高齢者の生活を重視した医療
- ◆ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

### 改定に当たっての基本方針

#### ◎ 後期高齢者を総合的に診る取組の推進

後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。

- ◆ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること
- ◆ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること
- ◆ 専門的な治療が必要な場合には、適切に医療機関に紹介し、治療内容を共有すること

### 具体的な内容

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価する。

新規

**後期高齢者診療料 600点(月1回)**

#### 【算定要件】

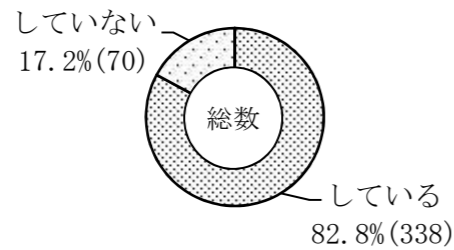
- ① 保険医療機関である診療所又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院
- ② 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対し、後期高齢者の心身特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養・運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行うこと
- ③ 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること
- ④ 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する
- ⑤ 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- ⑥ 当該患者に対して行われた医学管理等・検査・画像診断・処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査・画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- ⑦ 当該診療所(又は医療機関)に次のそれぞれの内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること

## 周辺症状への対応

### ① 認知症の診断・治療

認知症患者への対応をしている医療機関408か所のうち、診断・治療をしているのは約83%（338か所）。

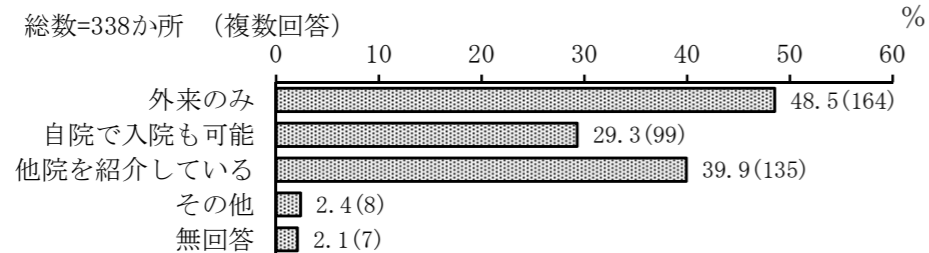
【認知症の診断・治療】



### ② 周辺症状の診断・治療の方法

認知症の診断・治療を行っている医療機関338か所のうち、周辺症状のある患者への対応では、外来のみの対応が約49%（164か所）、他院を紹介しているのが約40%（135か所）、入院も可能が約30%（99か所）、という結果になっている。

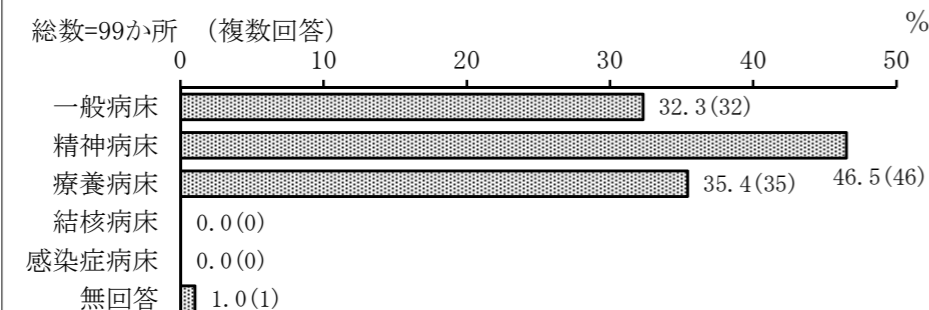
【周辺症状のある患者に対する診断・治療】



### ③ 病床区分

入院も可能な場合（99か所）の病床区分は、精神病床が約47%、療養病床が約35%、一般病床が約32%となっている。

【「入院可」の場合の病床区分】

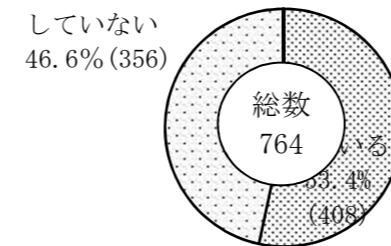


## 身体合併症への対応

### ① 認知症患者への対応

認知症患者への対応（認知症診断・治療、身体疾患発症時の対応いずれでも可）を行っているのは、約53%（408か所）となっている。

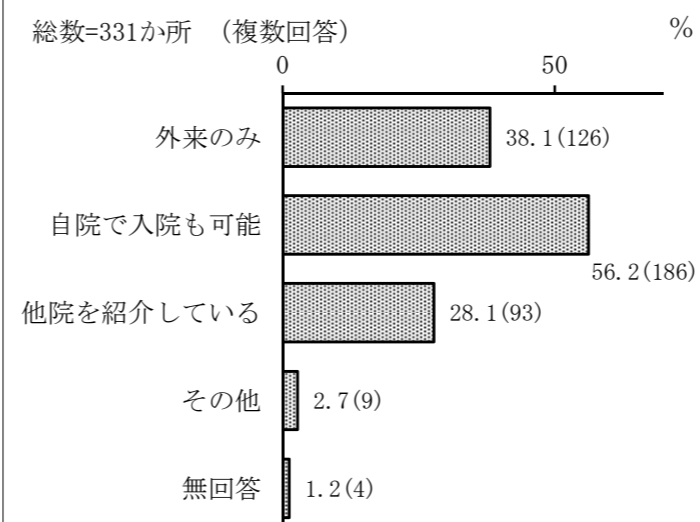
【認知症患者への対応】



### ③ 身体合併症の診断・治療の方法

身体合併症のある患者への対応では、入院可能が約56%（186か所）、外来のみの対応が約38%（126か所）、他院を紹介しているのは約28%（93か所）

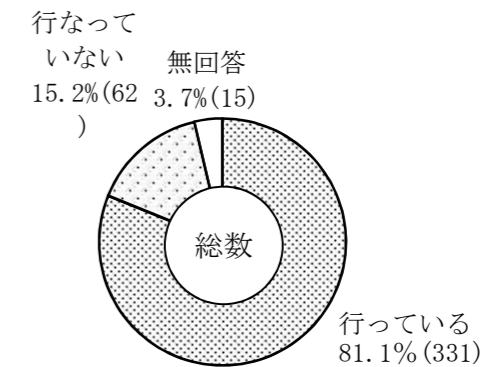
【合併症の患者に対する診断・治療】



### ② 身体合併症の治療

認知症患者への対応をしている医療機関408か所のうち、身体合併症がある認知症患者への対応では、約81%が治療を行っている。

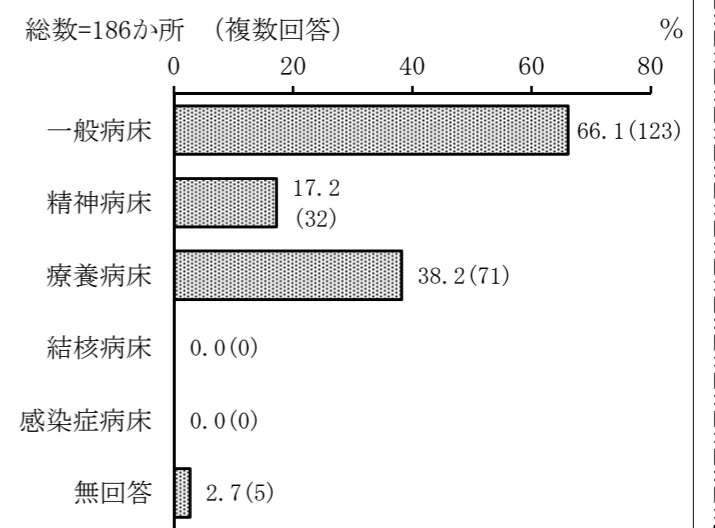
【合併症の治療の有無】



### ④ 病床区分

入院も可能な場合（186か所）の病床区分は、一般病床が約66%、療養病床が約38%、精神病床が約17%となっている。

【「入院可」の場合の病床区分】



【二次保健医療圏別の状況】

二次医療圏	調査対象数 (A)	回答数 (B)	認知症患者への対応可 (認知症診断・治療、身体疾患発症時の対応いずれでも可)				認知症の診断・治療可				身体合併症の診断・治療可					
							周辺症状の診断・治療						外来のみ		入院可	
			箇所数 (C)	構成比 (C/B)	箇所数 (D)	構成比 (D/C)	箇所数 (E)	構成比 (E/D)	箇所数 (F)	構成比 (F/D)	箇所数 (G)	構成比 (G/C)	箇所数 (H)	構成比 (H/G)	箇所数 (I)	構成比 (I/G)
区中央部	137	95	42	44.2%	39	92.9%	22	56.4%	9	23.1%	34	81.0%	15	44.1%	17	50.0%
区南部	64	46	31	67.4%	24	77.4%	11	45.8%	9	37.5%	26	83.9%	7	26.9%	19	73.1%
区西南部	97	64	35	54.7%	29	82.9%	16	55.2%	5	17.2%	30	85.7%	12	40.0%	15	50.0%
区西部	94	74	48	64.9%	41	85.4%	28	68.3%	7	17.1%	41	85.4%	21	51.2%	17	41.5%
区西北部	146	93	47	50.5%	38	80.9%	19	50.0%	9	23.7%	39	83.0%	15	38.5%	18	46.2%
区東北部	101	86	40	46.5%	32	80.0%	15	46.9%	12	37.5%	36	90.0%	13	36.1%	23	63.9%
区東部	67	58	23	39.7%	18	78.3%	6	33.3%	5	27.8%	17	73.9%	7	41.2%	8	47.1%
西多摩	35	31	19	61.3%	16	84.2%	2	12.5%	12	75.0%	14	73.7%	0	0.0%	14	100.0%
南多摩	104	76	41	53.9%	34	82.9%	13	38.2%	14	41.2%	29	70.7%	10	34.5%	20	69.0%
北多摩西部	34	27	13	48.1%	12	92.3%	6	50.0%	3	25.0%	8	61.5%	4	50.0%	5	62.5%
北多摩南部	76	60	35	58.3%	27	77.1%	15	55.6%	7	25.9%	28	80.0%	9	32.1%	17	60.7%
北多摩北部	57	52	32	61.5%	27	84.4%	10	37.0%	7	25.9%	27	84.4%	12	44.4%	12	44.4%
島しょ	3	2	2	100.0%	1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%
計	1,015	764	408	53.4%	338	82.8%	164	48.5%	99	29.3%	331	81.1%	126	38.1%	186	56.2%