

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

第2R：認知症と精神科医療

中間とりまとめ

平成22年12月22日

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

目次

はじめに	3
I 基本的な考え方	4
II 具体的な方向性	5
1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化	5
(1) 地域での生活を支えるための精神科医療	5
① 専門医療機関による早期の診断	5
② 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス	7
③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援	7
④ 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ（訪問支援）	7
⑤ 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制	7
⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供	8
(2) BPSDを有する患者への精神科医療	8
① BPSDへの適切な治療	8
② BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供（地域との連携）	8
③ 認知症患者に必要な入院医療	8
④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ	8
(3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療	9
① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）	9
② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応	9
③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方	9
(4) 地域全体の支援機能	9
① 地域住民や地域の他施設との連携強化	9
② 地域住民への啓発活動	10
2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組	10
(1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組	10
① 医療・介護双方の理解の向上	10
② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化【再掲】	11
③ 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ（訪問支援）【再掲】	11
(2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備	11
① 居住系施設等やサービス支援の整備	11
② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入	12
今後に向けて	12
(参考) 追加調査結果の概要	14

はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方をどのように支援していくかは、大変大きな課題である。

認知症で医療機関を受療している患者数は、平成8年の11万人から、平成20年には38万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。これに伴い、精神病床において認知症のために入院している患者数も、平成8年の2.8万人から、平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。

また、認知症による精神病床入院患者の退院可能性については、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない」が約4割、「居住先・支援を整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果（精神病床の利用状況に関する調査（平成19年度厚生労働科学研究「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究））もあり、認知症患者が退院し、地域生活を継続できるような社会資源・環境整備の必要性が指摘されている。

統合失調症のために入院している患者は、平成8年の21.5万人から平成20年の18.5万人へと減少（いずれも患者調査）している中で、場合によっては、認知症患者について、いわゆる「社会的入院」の問題が再び繰り返される可能性があり、そのようなことのないようにしなければならない、という指摘がなされている。

一方で、家族がぎりぎりまで介護をした結果の入院であり、退院後に自宅に戻ることが容易ではない場合も多いこと、退院患者を受け入れる介護資源が限られていること、必ずしも地域において精神科医療と介護の間の連携が充分に取られてはいない状況もあること、精神科医療が入院中心でありアウトリーチ（訪問支援）機能や外来機能など地域生活を支える機能がまだ充分ではないことなどから、認知症患者が退院して、または、できる限り入院をせずに地域で生活を継続していくためには、多くの解決しなければならない課題があることも事実である。

こうした状況認識の下、今後の高齢化に伴い認知症の方が増加していく中で、認知症に対する精神科医療の果たす役割を検討し、認知症の方に適切な精神科医療を提供することにより、できる限り地域の生活の場で暮らしていけるようにすることが必要であり、「社会的入院」を生み出さないことにもつながると考えられる。

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（主担当：厚生労働大臣政務官）においては、本年5月に設置後、6月にかけて、第1ラウンドの議論として、アウトリーチ（訪問支援）の充実について議論を行い、第4回会合（6月17日）において、「ア

ウトリーチ支援実現に向けた考え方」をとりまとめた。

本検討チームでは、前述のような必要性和、第1ラウンドの議論の際、認知症に関しての指摘が多数されたことから、第2ラウンドの議論として、認知症と精神科医療について検討を行うこととしたものである。

本年9月2日以降、医療提供者、介護事業者、患者・家族及び行政といった様々な視点から、これまで9回にわたる議論を重ねてきた。

議論においては、認知症の方に対しては、ご本人の尊厳に配慮したケアの重要性への指摘や、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等の理由によって、地域での生活を実現できなくなるような状況を作り出してはならないといった指摘がなされるなど、様々な意見が出されたが、いずれも共通しているのは、認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることが重要であるとの考えであった。

また、既存の調査では明確になっていなかった、認知症の入院患者の状態像と退院可能性について、先行調査（精神病床の利用状況に関する調査（平成19年度厚生労働科学研究「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究））を踏まえた追加調査を行った（追加調査結果の概要は「参考」に記載）。

それらを踏まえ、認知症患者への精神科医療の役割や、現在入院している認知症患者への対応、及び今後症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組に関し、今後の基本的な方向性について、以下のようにとりまとめを行った。

なお、今回の基本的な方向性のとりまとめを踏まえ、さらに詳細に検討すべき点については、改めて本検討チームで検討を行うこととしており、その意味では、今回のとりまとめは、中間的なとりまとめという位置づけとなる。

I 基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。

その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSD（※）や身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスをはじめとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

※ BPSD:Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(認知症の行動・心理症状)

Ⅱ 具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

(1) 地域での生活を支えるための精神科医療

① 専門医療機関による早期の診断

BPSDが生じてから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、専門医療機関を受診して、正確な診断・治療を行うことができる体制整備が必要である。

このため、当面、150カ所を目標としている認知症疾患医療センター（平成22年12月13日現在、95カ所、29道府県、7指定都市）の整備を加速化するとともに、地域において認知症疾患医療センターが有機的に機能するよう、一般の精神科医療機関、認知症サポート医や地域包括支援センター等との連携強化を図るべきである。

なお、認知症疾患医療センターについて、150カ所では不十分であるとの意見、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見、があった。また、本検討チームの直接の検討テーマではないが、認知症についても、他の疾病と同様、予防が重要であるとの意見があった。

(参考)

◆社会保障審議会介護保険部会（平成22年11月30日）介護保険制度の見直しに関する意見抜粋

認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。

◆認知症疾患医療センター運営事業

保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医両相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る

基幹型 身体合併症に対する救急医療機関としての機能

- (ア) 身体合併症に関する三次救急又は二次救急医療の機能
- (イ) 精神科と一般身体科のとの院内連携の機能
- (ウ) 休日、夜間においても入院患者に対応できる病床の確保

以上の機能に加え、地域型同様の人員配置とし、検査体制においてはCT及びMRI双方を所有し、病床においては一般病床と精神科病床の双方を有することとする。

地域型 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神科病床を有していること。

ただし、同一の施設において上記の一般病床と精神科病床の確保が困難である場合は、以下のいずれかを満たしていれば差し支えない。

- (ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行える精神科病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。
- (イ) 身体合併症の急性期入院治療を行える一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神科病床における入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

◆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に中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成事業（平成17～21年度 1,273名のサポート医を養成）

◆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事業（平成 18～21 年度 25,986 人が研修を修了）

② 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス

本人、家族、介護者等からの生活上の不安や疑問等にしっかりと対応することができるようにするためには、精神科医療機関は、早期の正確な診断により判明した原因疾患や、認知症の経過や状態に応じた診断を適宜行うこと等により、予測される症状や経過を踏まえて、適時適切な生活のアドバイスを与えることが必要である。

このため、外来での継続的な診療の充実を図るとともに、訪問診療や訪問看護の充実、多職種チーム（※）によるアウトリーチ（訪問支援）の推進等により、本人、家族、介護者等を包括的に支援できる体制の確保を進めるべきである。

※ 多職種チーム：医師、看護師、保健師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、ソーシャルワーカーのほか、地域包括支援センターの専門職、介護福祉士等

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

認知症の方をできる限り地域で支えていくためには、家族や介護者等が24時間365日安心感を持って認知症の方を支えていくことができる体制を整えることが重要である。

このため、地域の認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、介護サービス事業所、介護支援専門員（ケアマネジャー）、かかりつけ医、認知症サポート医や精神科医療機関等がお互いの存在や活動内容を相互に認識し、情報共有に努めるなどの連携を図ること等により、家族や介護者が随時相談することができる体制や、必要に応じアウトリーチ（訪問支援）を提供できる体制を確保すべきである。

④ 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ（訪問支援）

施設等において安心して認知症の方を受け止めることができるようにするため、精神科医療機関から、施設等で生活する認知症の方への訪問診療や訪問看護等を積極的に行うことが必要であり、このことは、その施設等で介護に携わる職員への支援にもつながる。

このため、施設等に対するアウトリーチ（訪問支援）の推進策を検討すべきである。

⑤ 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制

精神科医療機関等によるアウトリーチ（訪問支援）や精神科の救急外来機能等による支援を充実することにより、在宅等であっても精神症状等に対応できる体制（ソフト救急）の構築を図るべきである。

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養に円滑に移行し、療養を継続できるよう、精神科医療機関が精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアなどの必要な外来医療を提供する体制の充実やそのための方策について検討すべきである。

(2) BPSDを有する患者への精神科医療

① BPSDへの適切な治療

BPSDに対しては、患者の生活歴や生活状況などを考慮し環境調整を行った上で、精神科医療が必要なものであるかどうか判断し、必要最小限の適切な薬物治療を行えるようにすべきである。

また、認知症患者への治療に習熟した精神科医や精神科医療スタッフ等の人材養成を推進すべきである。

② BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供（地域との連携）

BPSDに適切に対応していくことにより、入院をせずに地域の生活の場で暮らすことが可能になり得ることから、日頃から、外来診療等を通じて認知症の方や家族、介護者等との関係を築き、BPSDの兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を円滑に提供できるようにすべきである。

また、入院治療が必要になった場合の円滑な入院と適切な医療の提供、及び円滑な退院ができるようにすべきである。さらに、病院の精神保健福祉士等の地域連携担当者や、受け皿となる地域の介護支援専門員や各種施設の支援相談員が中心となって、地域において入退院の状況を把握し、担当医と連携の上で、必要に応じて、入退院のタイミングや連携先について調整や見直しを行うべきである。

③ 認知症患者に必要な入院医療

BPSDへの対応のための入院では、短期間でBPSDの症状の軽減をはかり退院につなげる質の高い入院医療を提供できるよう、例えば、看護・介護職員の充実、作業療法士、精神保健福祉士等の病棟への配置、退院支援のためのソーシャルワーカー等の病院への配置等マンパワーの充実やそのための方策について検討すべきである。また、患者の症状や入院目的に応じて適切に受け入れられるよう、機能に応じた適切な職員配置や療養環境の要件について検討すべきである。

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

重度のBPSDを有する認知症患者の状態像を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟のマンパワーの配置やそのための方策について検討すべきである。