

加えて、重度のBPSDを有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるような診療体制の確保や地域の医療機関との連携確保等のための方策について検討すべきである。

(3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

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）
身体疾患を合併している認知症患者については、合併症の状態像に応じて対応可能な受入先の確保が重要である。骨折等の急性疾患の治療には、他の専門診療科とリエゾン可能な総合病院精神科などの受入先の確保が必要であり、このための支援策の検討や、基幹型認知症疾患医療センター運営事業の活用等により、急性疾患を合併している認知症患者の受入れができる体制を確保すべきである。

② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

慢性疾患を合併している認知症患者が、入院治療が必要となった場合には、精神科病院での円滑な入院加療が可能となるよう、慢性疾患を合併している認知症患者の受入れに対する評価や、地域型認知症疾患医療センター運営事業について、慢性疾患を合併している認知症患者への対応も考慮した内容に見直す等の対応を検討すべきである。

③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科との連携が容易な精神科を有する医療機関がその受け皿となると考えられるが、他の専門診療科を有しない精神科医療機関が多い。また、精神科を有しない医療機関において、入院後に生じたBPSDやせん妄状態のために身体疾患の治療に支障をきたす場合も多く存在している。

このため、地域の医療資源も考慮し、必要に応じ、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携を円滑に行えるような取組について、検討すべきである。

(4) 地域全体の支援機能

① 地域住民や地域の他施設との連携強化

精神科医療機関は、地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の介護事業者等との会合に参加するなどして、情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化に努めるべきである。その際、退院支援・地域連携クリティカルパス

(2-(2)-②を参照。)の活用も積極的に進めていくべきである。

また、ケアマネジメント機能を拡充するため、介護支援専門員が中心となって行うサービス担当者会議などにも精神科医療機関の参加を望む声が多く、積極的に参加すべきである。

② 地域住民への啓発活動

行政機関等が主催する地域住民向けの認知症に関する説明会などへ、精神科医療機関も積極的に参画し、地域住民と顔の見える関係を構築するとともに、BPSDの内容、BPSDが発生した場合の治療・回復プロセス、認知症に対応できる医療機関、退院後に受けられるサービス等に関する説明等を望む声が多いことから、これらに積極的に協力すべきである。

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

(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

医療機関側からみれば、認知症患者を介護施設や事業者が受け入れてくれないのが現実であるとの指摘がある一方、介護事業者側からみれば、医療機関の認知症患者への退院後の医療的支援が不十分であるとの指摘もある。認知症の方を地域で受け入れるためには、医療と介護が連携してサービスを提供する体制が必要であることから、医療側と介護側との認識を共有化するための取組が重要である。

① 医療・介護双方の理解の向上

医療側においては、認知症の方を地域で支えるために活用できる介護サービスや生活支援に対する理解を深めることが重要であるため、医療従事者が、地域の介護サービス資源に関する情報を得ることが必要である。

一方で、介護側においても、精神科病院を退院する認知症患者を積極的に受け止められるよう、BPSDへの適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上を図ることが必要である。

こうした医療・介護双方の認識の共有化を推進するため、地域において、医療従事者と介護従事者とがともに参加できる研修の実施について検討すべきである。

加えて、地域の認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、介護サービス事業者、介護支援専門員、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を認知し、情報共有することにより、相互に紹介できる機能を持てるよう、地域において顔の見える関係構築のための取組が必要である。

② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化【再掲】

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提供できるようにすべきである。

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】

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患者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。

（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

① 居住系施設等やサービス支援の整備

症状の面から見て退院可能と判断される認知症患者が、再び地域で生活することができるようになるためには、そのために必要な介護サービスや医療サービス等が存在していることが必要不可欠である。

今回の調査では、入院した認知症患者が退院して自宅に戻ることが極めて難しい状況にあり、退院する認知症患者の生活環境や居住環境、必要な医療・介護サービスの提供を考慮に入れた居住系施設等の整備が重要である。

またそれとともに、出来る限り入院せずに生活を継続できる支援や、速やかに症状の軽減を目指し退院を促進する精神科医療の推進とあわせ、入院をしてもできる限り自宅での生活に戻れるような方向性を目指していく必要がある。

検討チームの議論の中でも、小規模多機能型居宅介護事業所の「泊まり」や「訪問」を活用した退院支援、老健施設の在宅復帰支援機能の活用、在宅と入所を交互に繰り返していく支援形態、緊急時のレスパイト的なショートステイの活用など、入院と地域生活との中間的な位置づけにあり、入院から地域生活へのソフトランディングを図るために有効と考えられる支援の類型がいくつも紹介された。また、介護支援専門員や、在宅復帰支援を行う老健施設の支援相談員が、入院時も継続的に支援していくことの重要性も指摘された。

こうした取組を参考にしつつ、②の退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及を通じ、入院から地域生活に至る実現可能な道筋について、実証を積み重ねながら、検討していくことが必要である。

国においては、当面の取組として、②の退院支援・地域連携クリティカルパスの導

入を通じて、地域において退院に向けた道筋を明らかにしていく取組を試行しながら、第6期介護保険事業計画期間（平成27年度から平成29年度まで）以降の各自治体の介護保険事業（支援）計画等への反映方法、医療計画や障害福祉計画との連携について検討していくことが必要である。

こうした取組を踏まえ、各地域においては、症状の面からみて退院可能な認知症患者が自らの希望に応じて住み慣れた自宅や地域で安心・安全・健康な生活を続けられるよう、各自治体がその実情を踏まえた工夫を凝らして、認知症の方を地域で受け入れていくためのシステムづくりにつなげていくべきである。

具体的には、そのニーズに応じた①生活の場の確保や、②介護保険サービス、③医療サービス、④その他の生活を支える様々なサービス（配食サービス、地域での見守り、買物支援等）の包括的（ニーズに応じた①～④の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）な供給を推進していくことが重要である。

なお、具体的な内容の検討にあたっては、社会資源を効率的に活用する観点から、既存の精神病床の活用の是非についても検討する必要がある。

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

BPSD等が改善した後、退院先での生活が円滑に行えることも重要であるため、入院早期に、症状が改善するまでの診療計画、退院先、退院後の医療的支援等を含めた退院支援・地域生活医療支援計画（認知症版退院支援・地域連携クリティカルパス（※））が作れるよう、モデルとなる退院支援・地域連携クリティカルパスを開発・普及させるべきである。その際、連携パスはできるだけ簡素で使いやすいものにするべきである、地域の特性も考慮する必要がある、入院に至る前からの支援も含めたものにすべきである、地域に存在しないサービス資源の整備につなげていくことを検討すべきである、等の意見があったことに留意する必要がある。

※ 地域連携クリティカルパス：入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。医療計画に定める疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）や、大腿骨頸部骨折等で既に地域において導入・活用されている。

今後に向けて

本検討チームにおいては、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を前提とした上で、認知症患者に対する精神科医療の役割について検討し、「Ⅰ 基本的な考え方」及び「Ⅱ 具体的な方向性」をまとめた。

今後、この中間とりまとめの内容の実現に向けて必要な施策が検討される必要があるが、まずは国においては、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入へ向けた調査研究に早急に着手する必要がある。さらに、それぞれの地域における取組を着実に進めていく必要がある。

本検討チームでは、認知症と精神科医療について検討を行っているが、これは、今後増加する認知症の方をめぐる様々な課題のうちの一つとして重要である。さらに、これと併せて、10年、20年といった長期展望を描きながら、認知症の方が地域で安心して暮らせる社会を作ることも重要であり、そのためには、認知症の方を地域で見守っていける社会になるよう、国民全体で認識を共有していくことが必要である。

(参考) 追加調査結果の概要

(1) 調査の概要

調査対象として、地域性を考慮しつつ協力の得られた計9病院（10病棟）から、454人について回答が得られた。調査は、アンケート方式により、平成22年9月15日現在を調査日として行った。

(2) 患者の属性

454人のうち、アルツハイマー型認知症が約6割、脳血管性認知症が約3割であった。平均年齢は78歳であり、平均在院日数は944日（中央値336日）と患者調査に比べて長い結果であった。要介護度は、申請なし（25%）を除くと、要介護3~5が約7割、認知症高齢者の日常生活自立度は、M型34%、IV型32%であった。

(3) 結果の概要

①精神症状等の発生頻度と精神科医療の状況

○ 99%の患者に、過去1カ月間に何らかの精神症状があるが、その発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%である一方、「月1~2回程度よりも少ない（月1回未満）」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%であり、BPSD症状の激しい患者は半数以下である。

○ 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、抗精神病薬以外の向精神薬56%、抗認知症薬7%であり、精神症状に対する薬物療法を行う患者は半数以上いる。一方、使用されている薬物の種類数をみると、抗精神病薬については、「1種類」70%、「2種類」22%、抗精神病薬以外の向精神薬については、「1種類」58%、「2種類」32%であり、いずれも、2種類以下が約9割である。

○ 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%である。

②身体疾患を合併している患者とその医療の状況

○ 約9割の患者が、何らかの身体疾患を合併しており、そのうち「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体疾患を合併している」患者の割合は26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体疾患を合併している」患者の割合は61%である。

- 調査日における身体的管理の割合では、「行っていない」45%、「身体疾患に対する薬物療法」44%が高く、次いで「胃瘻・経管栄養管理」5.7%、「頻回の血糖検査」3.7%、「喀痰吸引」3.5%であった。
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%であり、うち8割が内科、2割が皮膚科であった。

③精神症状等による抵抗を踏まえた介護の状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護への抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加しており、精神症状等による抵抗が、介護を一層困難にしている状況が明らかとなった。
- 入院の理由については、「精神症状が著明となり、在宅医療又は介護施設等での対応が困難となったため」との回答が約7割で最も多く、認知症患者については、身体疾患を合併している患者が多いことから、精神症状等による抵抗によって、服薬や身体的管理などの医療ケアの継続も困難になっている状況がうかがわれる。

④必要となる居住先・支援について

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性について、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」又は「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は37%であり、先行調査よりも低い結果であった。
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」13%との回答であった。また、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%であり、ADLやIADLに関する支援を受けられる患者は約2割にとどまっている。
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援については、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能型居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所をして行われる支援」2%があがっている。

⑤在院日数等とのクロス解析について

- 在院日数別の患者数の分布は、1年以下が約5割、3年以下で約8割であった。

- 在院日数別に「入浴」、「衣服の着脱」のADLの状況をみると、1日～30日について、身体能力としては出来るはずのADLと、抵抗などをふまえた実際のADLとで、困難度の差が大きく、入院初期については、身体介護への抵抗が大きいと考えられた。なお、在院日数が長くなればなるほど、ADLの困難度は増加している。
- 在院日数別に薬物療法の使用状況をみると、いずれの在院日数の場合も、使用の有無には同様の傾向がみられた。薬剤種類数については、1日～30日については、抗精神病薬及び抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」の割合が54%となっているが、31日～90日では、抗精神病薬「1種類」96%、抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」76%で種類数は減少している。91日以降については、抗精神病薬「1種類」約7割、抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」約6割であった。
- 在院日数別に退院の可能性をみると、いずれの在院日数の場合も、「退院の可能性はない」約6割であった。1日～30日では、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来には退院が可能になる」8%で、最も多かった。
- 「居住先・支援が整った場合に退院は可能」と回答した場合で、「退院できると仮定した場合に適切と考えられる生活・療養の場」の回答項目別に、「退院後に必要な支援」の回答項目をみると、「特養」「老健」と回答した場合でも、在宅系サービスを多く回答しており、回答者は、仮に自宅に退院出来た場合を想定して回答している可能性が推察された。
- 自宅における介助者の有無別に「適切と考えられる生活・療養の場」の回答状況をみると、いずれの場合も同様に「特養」、「老健」の回答数が多かった。「退院後に必要な支援」でも、いずれの場合も同様に「精神科の定期的な通院」、「小規模多機能型居宅介護」が多かった。
- 在院日数別の精神症状等の発生頻度をみると、1日～30日について、「徘徊」、「不眠」の割合が多くなるが、全体の傾向としては、いずれの在院日数でもほぼ同様であった。

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）

<構成員>

朝田 隆	筑波大学大学院人間総合科学研究科（臨床医学系）疾患制御医学専攻精神病態医学分野 教授
阿式 明美	特別養護老人ホーム長春苑 施設長
岡崎 祐士	東京都立松沢病院 院長
河岸 光子	
河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会 副会長（水間病院院長）
栗林 孝得	社会福祉法人雄勝福社会平成園 施設長
柴田 範子	特定非営利活動法人 楽 理事長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハート in ハートなんぐん市場 理事
西田 淳志	財団法人東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所
野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会 会長
東 憲太郎	医療法人緑の風 理事長
広田 和子	精神医療サバイバー
淵野 勝弘	医療法人社団淵野会緑ヶ丘保養園 院長
松浦美知代	医療法人財団青山会介護老人保健施設なのはな苑 看護部長
松本 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課 課長
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事（東香里病院理事長）
三根浩一郎	医療法人幸明会新船小屋病院 院長

<検討経緯>

第5回（平成22年9月2日）

議題 認知症と精神科医療の現状について

第6回（平成22年9月13日）、第7回（平成22年9月16日）

議題 構成員からのヒアリング

第8回（平成22年9月30日）

議題 構成員及び有識者からのヒアリング

有識者 上野秀樹氏（海上寮療養所）

第9回（平成22年10月14日）、第10回（平成22年10月21日）

議題 検討すべき論点について

第11回（平成22年11月4日）、第12回（平成22年11月18日）

議題 認知症と精神科医療について

第14回（平成22年12月15日）

議題 中間とりまとめ（案）について