

- 地域包括ケアシステムのあり方や地域包括ケアシステムを支えるサービス等について具体的な検討を行うため、有識者をメンバーとする研究会を開催。
- 平成21年度老人保健健康増進等事業により実施され、(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)平成22年3月に報告書とりまとめ
- メンバー
 - (1)地域包括ケアに関する検討部会
 - 天本 弘 医療法人天翁会理事長
 - 金井 利之 東京大学大学院法学政治学研究科教授
 - 桜井 敬子 学習院大学法学部教授
 - 高橋 敏士 立教大学教授
 - 田中 浩(産長) 慶應義塾大学大学院教授
 - 本間 昭 社会福祉法人済会 認知症介護研究・研修東京センター長
 - 吉島 香澄 日本テレビ報道局経済部 解説委員
 - 村川 浩一 日本社会事業大学教授
 - 森田 文明 神戸市高齢福祉部長
 - (2)地域包括ケアを支える人材に関する検討部会
 - 池田 省三 龍谷大学教授
 - 岩村 正彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授
 - 澤田 信子 神奈川県立保健福祉大学教授
 - 藤井 孝子 国立保健医療福祉大学サービス部マネジメント室長
 - 藤井 賢一郎 日本社会事業大学准教授
 - 堀田 聡子 東京大学社会科学研究所特任准教授
 - 前田 雅英(産長) 首都大学東京法科大学院教授

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記した地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年を実現を目指す地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)のとおりとなる。

(1)地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

○ 地域住民は住居の種類(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用し、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

(医者と連携)

(中略)

(参考1:認知症のケース)

認知症を有する者については、市町村によるスクリーニングが普及して早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、不安定な状態において適切なケアと治療が提供され、症状が改善する。自衛施設等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神科院への長期入院の問題は解消されている。身体合併症に対しては一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が認められ、高齢者の尊厳が保たれる。

(高齢者住宅の整備確保)

かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動(例えば、一般入院→入院→療養病棟→転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→再度転院して退所し特別養護老人ホーム等に入所)を繰り返してきたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備されその質の高齢者の生活に必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせたサービスが外付けで提供される。すなわち、住みやすい必要なケアが利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。を支える人材の在り方

(後略)

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

(2)2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

③サービスの在り方

(中略)

(認知症支援体制)

(中略)

(医療体制)

○ 地域における認知症医療体制の整備については、認知症疾患医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及びかかりつけ認知症対応力向上研修が行われているが、いずれも量的不足が課題となっており、今後の認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかわる課題等を踏まえて、計画的な確保を図るべきではないかと、また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門連携の促進による効率的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供を進めるべきではないかと、認知症を主病として精神科院に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状(BPSD)等の症状が顕化した場合の退院後の受け皿の整備を進めるべきではないかと、

【地域における課題】

○ 認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である認知症サポーターは、平成21年12月時点で14万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動を展開しているところもある。地域包括ケアを進めるうえで、こうした人的資源の効率的な活用を考慮する段階に至っているが、人材が少ないのではないかと指摘もある。2025年の認知症を有する高齢者数は323万人(65歳人口比9.3%)と推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと、また、介護サービス需要をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門サービス及びグループホーム等の整備を更に促進すべきではないかと、

(後略)

3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向(提言)

(中略)

(1)地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

①地域包括ケアを支えるサービスの在り方

(中略)

②地域包括ケア

○ 効果的に認知症を有する者の支援を実現するためには、早期の発見と治療が重要な意味を持つことから、より積極に認知症を発見するための指針を開発するとともに、早期発見のアウトカム(病院受診の基準など)、家族が適切に対応するためのガイドラインを作成し、認知症の正しい理解の普及啓発を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」(原因疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール)を作成し、これを区域毎の専門職が共有すべきではないかと、

○ 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症医療の中心となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生産圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。

○ 量的にも質的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関するすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な医療が提供されるよう、一般病院における医療職の認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備も進捗する。

○ 現在、重症の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の医療施設ではない精神科院に長期入院、入院せざるを得ない状況になっており、重症の認知症を有する者の適切な受け入れ態勢の在り方について、見直しを検討すべきである。

○ BPSDを生じて入院した後、要請して退院可能な方々の直接自立に促すことが難しい場合、小規模多機能型サービス等を活用して、ほかに前向きな環境によって地域に受け入れ、徐々に期間・週日サービスにシフトさせるなど、在宅生活に円滑に移行できるようにケアの成功例を収集して広く周知に提供していくことも重要である。

○ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれず、声かけ・誘導・生活援助を含めた検討していくべきである。

(後略)

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 平成21年9月24日とりまとめより抜粋)

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築

(1)現状

①入院治療の現状

イ 認知症

- 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増加が予測される。
- 認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う行動、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- これらのうち、①の鑑別や、②のうち最悪なBPSDの急性期に対する医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。
- また、③については、BPSDが入院を要する程度にある場合において、BPSDに対する医療の提供とあわせて、
- (7) いわゆる総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が急性期の重症な身体合併症への対応を担い、
- (8) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められる。

○ 鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供できる体制の確保・普及を図ることが必要であるが、その一方で、認知症病棟をはじめとする精神科院においては、専門的な医療機能を発揮する上で、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。

○ 一方、認知症を主病として精神科院に入院している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD等の症状の消滅後等にも、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要しない状態でも入院を継続している者が存在している。

○ このように、医学的に精神科院への入院が必要な者は、現在の入院患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSDや身体合併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分確保されていないという課題がある。

○ 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため、認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。

5. 改革の目標値について

(1)今後の目標設定に関する考え方

○ その認識の下で、以下のとおり、具体的な目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像(疾病、年齢等)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。

○ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている削減率等の調査を早急に決め、その結果等に基づき、精神科院(認知症病棟等)や介護療養施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護療養施設等の生活の場となる確保と介護療養サービスの提供の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。

(2)今後の目標値について

1 新たな目標値(後期5か年の重点施策群において追加するもの)

- 認知症に関する目標値(例:入院患者数等)
 - 平成22年度までに具体化する。

○ 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、療養病棟を有する医療機関や介護老人保健施設(介護療養型を含む。)等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

(3)改革の具体策

①入院治療の再構築・重点化

イ 認知症

○ 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏まえ、平成22年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率や認知症に関する医療・介護サービスの実態等に関する調査を早急に進めるべきである。

○ その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神科院(認知症病棟等)や介護療養施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

○ 入院が必要な認知症患者の確保を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保するとともに、

①認知症療養の体制の充実

②身体合併症に対応する機能の確保

等を行うことが必要である。

○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を確保させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護療養施設等の適切な環境を確保した生活の場となる確保と適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び介護療養サービスの機能の充実について検討すべきである。

○ なお、生活の場の更なる確保に当たっては、今後の認知症患者の増加に備えて体制を確保する観点から、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという観点も考えられる。

○ また、あわせて、精神科院の面で入院を必要とする程度にはないが、急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病棟及び療養病棟の認知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。

○ 慢性期の身体合併症については、療養病棟や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症を有する身体合併症の頻度が高いことや、患者の病状が変動することを踏まえ、精神科院の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科院においても、身体合併症への一定の対応を行うために必要な方策を検討すべきである。

○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センターにおける専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきである。