

(第12回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 資料2-2)

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

骨子（案）

平成22年〇月〇日

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

はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方々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・支援が整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果もあり、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十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十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ことには、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々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整理し、認知症の方々が、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、上記のような必要性と、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、患者及び家族、行政といった様々な視点から、これまで8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、ご本人の意思に反して、地域での生活を断念しなければならない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、ご本人の思いを重視し、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による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。

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、及び今後入院医療を要さない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て、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 追加調査結果の概要

（1）調査の概要

調査対象は、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人について回答を得られた。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、平均在院日数は944日（中央値336日）であった。要介護度は、申請なしを除くと、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等があるが、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%、その他の向精神薬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身体合併症とその医療の状況

- 約9割の患者が、何らかの身体合併症を有しており、そのうち「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体合併症がある」患者の割合は26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体合併症がある」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ケアの状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護など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、介護ケア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、「精神症状等が著明となり、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、身体合併症を有す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）」17%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退院可能性の有無や在院期間とのクロス分析について

Ⅱ 基本的な考え方

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 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、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、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状（BPSD）や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しない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、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。

- ⑥ 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。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

Ⅲ 具体的な方向性（案）

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 専門医による早期の診断
- 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
- ③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- ④ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）
- ⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）
- ⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

（２） 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

- ① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療
- ② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）
- ③ 認知症患者に必要な入院医療
- ④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

（３） 身体合併症を有す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）
- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

（４） 地域全体の後方支援機能

- ① 地域住民や地域の他施設との連携強化
- ② 地域住民への啓発活動

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない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

- ① 医療・介護双方の理解の向上
- 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
- ③ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）【再掲】

（２） 入院医療を要さない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
- ② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

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が丘保養園 院長
松浦美智代	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

第〇回（平成22年12月〇日）

議題 中間とりまとめ（案）について