

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） 論点（案）への意見

これまでの構成員の意見を踏まえ、認知症患者に対する精神科医療のあるべき姿と役割に関して、現時点で考えられる論点を以下にまとめた。

（各論点の下に、第9回（10月14日）、第10回（10月21日）及び第11回（11月4日）の検討チームで出された意見を追記。）

論点Ⅰ 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化（案）

1 地域での生活を支えるための精神科医療

入院を前提として考えるのではなく、できるだけ地域で暮らしていけるよう支援するため、以下のような役割を担っていくべきではないか。

- ・全体の構成、考え方としては理解するが、「できるだけ」ではなく「原則」とすべき（岡崎構成員）
- ・まず患者本人や家族が人として地域で生活できることが重要であり、報酬や制度はその次に議論すべき課題（柴田構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）
- ・どのようなケアがなされていけば入院を防ぐことができるのかということを作り上げていくことが重要（河崎構成員）
- ・入院している人自身の思いに基づいて考えていく必要があるのではないかと（野村構成員）
- ・認知症の方ご本人の思いをくみ取っていく努力をする必要がある（野澤構成員）
- ・認知症の方でも、先輩として敬い、人間として尊敬する視点で取り組んだ方がよい（広田構成員）

① 専門医による早期の診断

周辺症状が出てから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、精神科等の専門医を受診して、正確な診断を行うことができるようにすべきではないか。

- ・診断・治療のためには、患者の生活の背景も聞き出す必要がある（柴田構成員）
- ・認知症疾患医療センターについては150か所を目標にしているが、それで十分なのか、検討が必要（河崎構成員）
- ・専門医は、認知症のサポート医との連携や量的整備が必要（松浦構成員）
- ・物忘れ外来に来る目的は、診断、入院、治療があり、治療については、早期から作業療法士が関わるのが有効（阿式構成員）

- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）
- ・認知症サポート医による相談、専門医への紹介が重要であり、そのための活用が必要である（三上構成員）

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

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、本人、家族、介護者等に適時適切な生活のアドバイスを与えることができるようにすべきではないか。

- ・家族が求めている支援は指導ではなく、話を聞いてくれることが重要。関係職種が一堂に会するケア会議を多く持てるような工夫が必要（河岸構成員）
- ・サポート医事業に精神科も協力していくべき（長野構成員）
- ・退院して主治医が変わると悪化することがある。継続して医療にかかれることが退院時には必要（広田構成員）

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

訪問診療、訪問看護、必要な時には24時間365日いつでも連絡可能な電話相談等を通じて、患者だけでなく家族や介護者に対する適時適切な支援を行う役割を担うべきではないか。

- ・24時間365日を医師だけでやるのは現実的ではなく、相談員やチームでの対応、相談事業を公的な制度で行うなどシステムが必要（三上構成員、長野構成員、河崎構成員、岡崎構成員）
- ・この点は極めて重要ですぐに駆けつけてくれるサービスが最優先で整備すべき（野澤構成員）
- ・電話相談だけでは顔が見えないので、訪問支援で顔の見える関係構築が重要（栗林構成員）
- ・医療の訪問看護はつかいにくい。夜間のサービスがあるとよい（三根構成員）

④ 施設等に入所する認知症患者への訪問支援（アウトリーチ）

施設等に入所する認知症患者への訪問診療を積極的に行うことにより、施設等において安心して認知症の人を受け止めることができるよう、支援すべきではないか。

- ・精神科医療が地域に出て行くことが当たり前になるのであれば、報酬の形で評価されることが必要（河崎構成員）
- ・対診のルールについて整理が必要（河崎構成員）
- ・アウトリーチは多職種チームで行うことが重要（岡崎構成員）

- ・患者の生活の場で治療するというスタイルは今後重要（野村構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】
- ・今の状態を的確に把握するには訪問看護は重要（三根構成員）
- ・アウトリーチするには人材が不足しているので精神科医療の底上げが必要（広田構成員）
- ・その人の日常生活は家に足を踏み入れない限り分からない。現在の介護サービスでもできている訳ではないが、家に出向いて夜の生活も含めて支える必要がある。医師や訪問看護師が地域に出ることが前提でなければ、家族が苦しむことになる（柴田構成員）
- ・介護の事業所ががんばればがんばるほど重度の人が集まってくる。現場の力をつけるために、精神科医療の先生方の協力を望む（柴田構成員）

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科病院のアウトリーチ等により、在宅等であっても精神症状へ対応できる体制構築を図るべきではないか。

- ・地域で見ていくためにはいざというときに受け入れ機能を有する精神病院が必要（朝田構成員）
- ・認知症だけでなく精神疾患も含めてソフト救急を位置付けてほしい（広田構成員）
- ・地域住民が見守り、声かけに参加するような取り組みが必要（広田構成員）

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養にスムーズに移行できるよう、必要な外来医療体制を提供する役割を担うべきではないか。

- ・重度認知症デイ・ケアの充実が必要（河崎構成員）

2 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

BPSD を合併する場合など、地域での対応が困難となった場合には、迅速かつ十分な精神科医療が提供できる体制の充実をはかるべきではないか。

① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療

認知症に合併する精神症状や異常行動（BPSD）に対して、患者の背景や生活状況なども考慮し、BPSD の要因が精神疾患等の精神科医療が必要なものであるかどうか判断した上で、必要最小限の適切な薬物治療を行える、認知症に習熟した精神科医を養成すべきではないか。

- ・適切な治療を検討するに当たっては、環境調整にまず努めるべき（岡崎構成員）
- ・中核症状のもたらす反応性の周辺症状と精神疾患等が背景にある周辺症状を鑑別できる医師が必要（岡崎構成員）
- ・入院当初から家族への説明は重要で、特に制度的支援の説明が必要（河岸構成員）
- ・必要最小限というキーワードは重要（広田構成員）
- ・治療を行えることと、養成とは異なるので項目を分けるべき（河崎構成員）

② BPSD を伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）

日頃から外来診療や地域の事業所と連携を保ち、認知症患者の情報交換を行っておくことで、周辺症状への対応が必要になった場合の円滑な受入れ（入院）が行えるようにするべきではないか。

- ・受入れ（入院）だけでなく出口も円滑になるようにすべき（長野構成員）
- ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない（河岸構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）【再掲】

③ 認知症患者に必要な入院医療

短期間で周辺症状を落ち着かせるような質の高い入院医療を提供できるようマンパワーの充実（特に夜間）をはかるべきではないか。

- ・症状の鑑別や病棟別の対応が重要。マンパワーの充実も必要だが、認知症をケアするためのハード面の基準を設けるべき（長野構成員）
- ・入院医療は周辺症状への対応だけでなく、鑑別診断のための短期入院も考慮すべき（長野構成員）
- ・地域で支える必要性はその通りだと思うが、患者にはいろいろな症状を示す方がいる。すべての方に地域生活を求められると、困るのは家族ではないか（三根構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】

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

重度の周辺症状を有する認知症患者の状態像の条件を整理し、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配置等を検討すべきではないか。加えて、重度の周辺症状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、内科医の配置や地域の医療機関との連携確保等について検討すべきではないか。

- ・重症の入院患者の場合は終末期の役割も担っている（渕野構成員）
- ・どうしてもBPSDが治まらない人もおり、そのような患者が時間をかけて病院にたまっていつているのは事実（朝田構成員）

3 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

認知症患者は高齢者が多く、ほとんどの患者が身体合併症を有しており、それへの対応力の向上について、検討してはどうか。

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）

身体合併症については、急性期の合併症治療は、総合病院精神科など他の専門診療科とのリエゾンが可能な受入先が必要であり、基幹型認知症疾患医療センター運営事業等を活用して、急性期の身体合併症の受け入れができる体制を確保していくべきではないか。

② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

認知症については、慢性の身体合併症を有している場合が多いことから、慢性の身体合併症を持つ認知症患者であっても、入院治療が必要となるような認知症の周辺症状が発生した場合には、円滑に精神科病院への入院が可能となるよう、地域型認知症疾患医療センター運営事業等を活用し、体制を確保するべきではないか。

- ・慢性の身体合併症は7日間では対応できない（三上構成員）
- ・地域型認知症疾患医療センターの対象に慢性期の身体合併症もいれていくべき（三上構成員）

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、他の専門診療科と連携が容易な総合病院精神科を受け皿とするが、地域の医療資源を考慮し、必要に応じて、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、医療機関間の連携強化につながる取組の推進について、検討が必要ではないか。

- ・対診については診療報酬の整理や責任の所在の整理を行う必要がある（河崎構成員）
- ・対診のルールは複雑でわかりにくいため積極的に行えない（三上構成員）
- ・連携も重要だが総合病院の精神科を増やすべき（広田構成員）

4 地域全体の後方支援機能

認知症患者への総合的なケアの中に精神科医療があるということを鑑みると、認知症患者、在宅介護を行っている家族、認知症を受け入れている事業者、行政機関等との連携を強化していくべきではないか。

- ・地域における認知症への全体の関わりの中に精神医療の役割もあることを認識していただきたい（長野構成員）

① 地域住民や地域その他施設との連携強化

地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の事業者等との会合や情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化や、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成（論点Ⅱ－２－②を参照。）等を積極的に進めるべきではないか。

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いく個別支援会議にも積極的に参加すべきではないか。

- ・早期の関わりが重要である（柴田構成員）

② 地域住民への啓発活動

認知症の症状や対処法に関して、地域住民や関係事業者向けの説明会などを行うべきではないか。

- ・住所と名前が必ず入っているようなファッションをはやらせるべき（広田構成員）
- ・症状や対処法だけでなく制度などの説明も必要（河岸構成員）
- ・心理的社会的なバリアが大きいところなので、説明・普及啓発活動が特に重要（野澤構成員）
- ・顔の見える関係での相談業務が重要（栗林構成員）
- ・高齢者への普及啓発は非常に大事（野村構成員）
- ・多職種で関わるのが重要である。しかし、そのための教育体制も重要（東構成員、三上構成員、長野構成員）

論点Ⅱ 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（案）

現在入院している認知症患者で、必ずしも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、及び入院医療を要しないと判断される患者が今後地域の生活の場で暮らせるようにするためには、身体合併症や治療抵抗性のBPSDのような入院せざるを得ない場合を除き、認知症患者を地域で受け入れることが基本となるような取組を進めるべきではないか。

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、認知症の症状がある患者を介護施設や事業者が受け取れないのが現実であるとの指摘がある一方、介護施設側からみれば、医療機関が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。認知症患者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はないか。

- ・介護に携わってきた人間として医療に対する思い込みで見ている面があると感じた。医療と介護との認識の共有化は非常に重要である（松浦構成員）
- ・介護施設が頑張るほど重症者が集まってくるので力をつける取り組みが必要。医療と介護と一緒に受けられる研修プログラムを検討してほしい（松浦構成員）
- ・この項目は、医療の側からすると逆のことがもっと必要であり、介護の側に医療に対して理解してほしいと思う。書きぶりの検討が必要（河崎構成員）

① 医療側の介護サービスに対する理解の向上

医療側においては、認知症患者を地域で支えるために必要な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、医療従事者に対し、地域の介護サービス資源に関する情報提供や研修の機会を提供するべきではないか。

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

入院を要するような周辺症状が出なければ地域で暮らせることから、日頃から、認知症患者や家族、介護事業者等との関係を築き、周辺症状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はないか。

③ 医療側からの介護施設へのアウトリーチ

認知症患者や、認知症患者を受け入れている介護施設に対して、積極的に相談支援や訪問支援を行えるよう環境を整備すべきではないか。

- ・医療か介護か責任の所在を整理する必要がある（長野構成員）
- ・訪問するのは結構大変なので、見守りの機能の充実も検討すべき（阿式構成員）
- ・医師が外来もやり訪問診療も行くというのは実際には大変さがある（三根構成員）

④ 介護側の対応力の向上

介護側においては、精神科病院を退院する認知症患者であっても、積極的に受け止められるよう、周辺症状への適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上をはかるべきではないか。

- ・認知症施策としてやっている様々な事業があるので紹介して施策の連携を図るべき（三上構成員）

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

入院医療を要さない認知症患者が、地域で安心して生活することができるよう地域の認知症の方に対する必要なサービスの整備を推進すべきではないか。

また、そのためには認知症患者の状態の的確な把握や、地域での生活に必要な支援の内容について十分な検討吟味を行うべきではないか。

① 居住系施設等やサービス支援の整備

介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、その地域の認知症患者のニーズを的確に把握した上で、認知症支援策の充実について、地域の実情を踏まえて記載することを検討してはどうか。

その際、既存の精神病床の活用についても検討すべきではないか。

- ・自治体の立場からは、どのようにニーズを把握するのか、どのようなサービスが必要か、具体的な進め方を示していただく必要がある。第5期事業計画でもエッセンスはあってもよい（松本構成員）
- ・日常生活圏の計画では対応できないので、老人福祉圏域程度の範囲で県と連携して検討する必要があるのではないか（松本構成員）
- ・第5期の段階で、県単位のモデル的な取り組みをやり、第6期以降に本格的に進めていくといったスケジュール感が必要ではないか（松本構成員）
- ・何を地域に準備すべきかについては精神科医療だけでなく地域の福祉も総合的に勘案して検討すべき（野村構成員）
- ・精神病床の活用というのは、病院と生活の場とは大きく異なると思われ、違和感がある（広田構成員）

- ・受け皿を考える時に、アメニティに配慮されるのなら、効率化の観点から、廃止して新たに作るよりは既存のものを活用するという視点も重要（三上構成員）
- ・小規模多機能サービスの量的整備が必要（岡崎構成員）
- ・小規模多機能は重要だが医療へのアクセスが確保できるようにする必要がある、医療版小規模多機能のような考えもあるのではないかと（三上構成員）
- ・精神病床については、今後の認知症患者が増えることを考えると、キャパシティがこれでよいかどうか考えなければならない（渕野構成員）
- ・老健施設では、短期集中リハを実施し、早期の家庭復帰の支援に力を入れている。認知症患者の退院支援の受け皿として、老健をもっと活用してほしい（東構成員）
- ・多職種がいて医療的なこともできるという意味では老健施設に期待できる（阿式構成員）・地域で安心して暮らすためには、老健施設でのショートステイの受け皿が重要（三野構成員）
- ・緊急に入所できる介護保険施設があれば、安心して在宅での療養が出来ると考えられるが、現在の介護保険制度においては、ショートステイの使い勝手が非常に悪いと、改善の必要があると考えている。（三上構成員）
- ・退院可能な認知症高齢者がいれば、可能な限り介護保険で受け止めるべきである（松本構成員）

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

受け皿の整備に加えて、周辺症状等が改善した後、退院先での生活への移行を円滑に行う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・普及させるべきではないか。

（※）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、円滑な転院を促し、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導入されている。

- ・連携パスの導入は良いことだと思うが、受け皿の準備が伴っていないと具体的なパスの検討は困難ではないか（河崎構成員）
- ・ケアマネジメント、ケースマネジメントを介護だけでなくどう組み立てていくかが重要になる（河崎構成員）
- ・状況は地域によってずいぶん異なる。それぞれの地域で認知症の方の地域生活を支えるシステムを作っていく必要がある（河崎構成員）
- ・事例の連携パスは思ったほどうまく進んでいないと認識している。BPSD等で思うようにいかなかったのと、最終的には受け皿の関係もあったのではないかと（渕野構成員）
- ・何か月で退院して地域に帰す。病院のPSWやケアマネジャーが協力して生活を支えてい

くことができれば良いのではないか（渚野構成員）

- ・ 1 日でも早く退院して地域生活に戻っていただきたいのが現実。スムーズに出られるようなシステムを作ってほしい（渚野構成員）
- ・ 連携パスに過度の期待は禁物であるが、連携の底上げという点では必要である。ただ、患者不在の作業工程表にならないように注意が必要である。（長野構成員）
- ・ パスは本人の生活をベースにした計画が立てられるような工夫がいる（野村構成員）
- ・ 家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない。（河岸構成員）【再掲】
- ・ 一律に適応するのではなく、濃淡が必要。尾道のパスはシンプルなものとうまくいっている（朝田構成員）
- ・ 連携強化には、病院の精神保健福祉士（PSW）の活用が重要（東構成員、岡崎構成員、三根構成員、河岸構成員）
- ・ PSW の活用にあたっては精神医療の専門性よりもむしろ高齢者ケアを学ぶ姿勢が必要（広田構成員）
- ・ 退院だけではなく、入院する前から症状が出た場合のパスといった今ない視点でのパスも必要ではないか（西田構成員）
- ・ 勤務していた病院では、1 週間、3 か月、6 か月でパスを作っていた。入院時から節目ごとに目標を示すことで確実に退院の話につながるというメリットがある（阿式構成員）
- ・ 大牟田パスなど認知症施策全体で検討されているのパスについても例になるのではないか（三上構成員）