

第22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	
平成23年9月27日	資料1

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 (案)

平成23年〇〇月〇〇日

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

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	8
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）	8
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	8
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	9
① BPSDへの適切な治療	9
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）	9
③ 認知症患者に必要な入院医療	9
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	10
（3） 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療	10
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）	10
② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応	10
③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方	10
（4） 地域全体の支援機能	11
① 地域住民や地域の他施設との連携強化	11
② 地域住民への啓発活動	11
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	11
（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	11
① 医療・介護双方の理解の向上	12
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】	12
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】	12
（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	12
① 居住系施設等やサービス支援の整備	12
② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入	13
3 認知症を考慮した目標値について	14
今後に向けて	18
（参考1） 追加調査結果の概要	19
（参考2） 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスに関する調査結果の概要	22

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・支援が整えば、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、平成22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。

平成22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、同年12月までに9回にわたる議論を重ねた。

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1」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、平成22年12月22日に中間的なとりまとめを行った。

さらに、その基本的な方向性及び認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスに関する調査結果（結果の概要は「参考2」に記載。）を踏まえ、本年5月から、改めて本検討チームにおいて、現場での実践者や有識者からのヒアリングを行いつつ、認知症疾患医療センターの機能と役割を踏まえた整備目標、認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス、認知症の外来・訪問医療、認知症の入院医療及び認知症を考慮した目標値等について検討を行い、昨年9月からの検討と併せて、以下のようにとりまとめたので報告する。

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 B P S D（※）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。

※ B P S D: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

B P S D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23年9-8月1日現在、118カ所、35道府県、8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、地方自治体の協力の下に、事例検討会や各地域での情報交換会などの取組を通じて、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。

認知症疾患医療センターについては、できるだけ早期に詳細な診断を行えるよう、身近なところに認知症の専門の経験を有する医師等を配置する認知症疾患医療センターが必要であり、そのような新たな類型の認知症疾患医療センターの整備について検討すべきである。

また、若年性認知症については、長期間の支援が必要になるが、受け皿が少なく、十分なサービスが提供できていないとの指摘がある。このため、認知症疾患医療センターの役割として、若年性認知症への対応も検討すべきである。

認知症疾患医療センターの機能には、早期の詳細な診断や急性期の入院医療の提供等があるが、かかりつけの医師や在宅医療を担当する医療機関等への紹介や必要となるサービス支援の調整など、患者が地域に戻るための支援機能も具有すべきである。

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)

◆社会保険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の医師、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詳細な診断、周辺症状と身体疾患を合併する認知症患者に対する急性期治療、専門医療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 身体疾患を合併する認知症患者に対する救急医療機関としての機能

(ア) 身体疾患を合併する認知症患者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疾患を合併する認知症患者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病床を有する病院であり、重篤な身体疾患を合併する認知症患者に対して、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) 身体疾患を合併する認知症患者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 17～22 年度 1,677 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 26,024 人が研修を修了）

◆認知症の医療体制に関する厚生労働科学研究

平成 21 年度厚生労働科学研究「精神科救急、特に身体疾患や認知症疾患の合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚、分担研究者 栗田主一）によると、日本老年精神医学会専門医へのアンケート調査によると、認知症疾患医療センターの適正な配置として、中央値では 65 歳以上高齢者人口 6 万人に 1 カ所、70 パーセンタイル値では 65 歳以上高齢者人口 10 万人に 1 カ所との回答であったとの報告がなされている。

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、BPSDの発生予防にも役立つような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、地域包括ケアシステムの中で、その医療面での支援を通じて、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）、かかりつけの医師、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。

また、前述の①～⑥を踏まえて、自宅等で療養している認知症の方が、継続的な医療が必要となった場合に、ただちに入院に頼るのではなく、できる限り地域の生活の場で暮らせるために、より状態にあった適切なサービス支援を選択できるよう、医療が必要な認知症患者に対応できる、訪問診療、訪問看護、精神科作業療法、重度認知症デイ・ケア等の医療サービスの推進を検討すべきである。

また併せて、前述の②～⑤にあるような訪問診療、訪問看護等についても、医療が必要な認知症患者に対応できる提供体制を推進すべきである。

(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を発生させないような対処法について適切なアドバイスを行いつつ、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、BPSDのため入院治療が必要となった場合、多くの場合は1か月程度で症状は改善するとの報告があるが、退院のためには、退院後も維持できるような薬物療法等の調整や、退院後に必要なサービスを受けるための諸手続き、退院先の選定・調整等が必要となり、より短期間で退院するためには、治療と並行して、それらの調整を円滑に進める必要がある。

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るため、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。

また、以上のような地域における連携体制を強化するため、精神科医療機関と地域包括支援センター、介護支援専門員、や介護事業者、介護に関する地域の相談機関等が協力して活用できるような認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの取組を推進すべきである。

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。

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、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。

また、認知症の方の多くは高齢者であり、今後も高齢化が進む中で、精神病床において、慢性の身体疾患を合併する患者の増加が予測されることから、認知症患者の診療を行う場合には、一定程度の身体管理を行える体制が必要と考えられる。このため、認知症患者の医療を行う精神科病院においては、例えば、内科医等の配置や一般医療機関との連携等の状況に応じた対応策の検討が必要である。

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対診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対診訪問

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。

特に、他の診療科の医師による診療や他の医療機関において治療が必要となるような専門医療については、それが継続的に必要となるような専門医療の場合は、他の診療科の医師や他の医療機関との連携が円滑に行えるよう、専門医療の内容に応じた対応策の検討が必要である。

※ 対診：医療機関に入院中の患者に対して、医師（主治医）が、診療上必要があると認める場合に、他の医療機関の医師に依頼して、保険診療を行うこと。

（４） 地域全体の支援機能

① 地域住民や地域そ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を発生させないような対処法、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。

3 認知症を考慮した目標値について

（１）認知症を考慮した目標値の検討経緯

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（座長：樋口輝彦）において、平成21年9月にとりまとめられた報告書によると、

「認知症については、現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービス機能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。」

とされ、平成23年度までに具体化するとされているところ。

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書（平成21年9月）」抜粋

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

- 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間に於いて改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、精神保健医療体系の再構築を施策の中核として取組を強化すべきである。
- その認識の下で、以下のとおり、具体的目標についても、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。
- ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入する。
- ・ 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有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその

必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能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。

・・・（中略）・・・

(2) 今後の目標値について

○ 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく改革を更に加速するとともに、以下の目標値を掲げ、実効性ある取組を行うべきである。

I 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）

◎ 統合失調症による入院患者数：約15万人（平成17年との比較：4.6万人減）

◎ 認知症に関する目標値（例：入院患者数等）：平成23年度までに具体化する。

II 改革ビジョンにおける目標値（今後も引き続き掲げるもの）

◆ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）に関する目標：24%以下

◆ 各都道府県の退院率（1年以上群）に関する目標：29%以上

- ・ 上記目標の達成により、約7万床相当の減少が促される。〔誘導目標〕
- ・ 基準病床数の試算

平成21年現在：31.3万床 平成27年（試算）：28.2万床

※ 現在の病床数（平成19年10月）との差：6.9万床

※ 精神病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じて医療の質を向上させる取組を直接に支援し促す方策の具体化を目指す。

※ 疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討する。

本検討チームでは、昨年9月から、認知症と精神科医療について議論を進め、認知症の方への精神科医療の役割として、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こと、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図ること等について、中間とりまとめとして、意見をとりまとめるとともに、認知症の退院患者を地域で支える取組を具体的に進めていくため、まず、認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・導入に取り組むこととし、本年2月に、認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの使用状況等について、実態調査を行った。

そして、中間とりまとめ及び実態調査結果を踏まえて、本年5月より、主に、認知症の精神科医療としてどのような役割を果たすべきかをテーマに、その具体的な内容について、現場での実践者や有識者からのヒアリングを行いつつ、議論を深めてきた。

認知症の有病率等に関する調査については、平成22年度にとりまとめられた中間報告を踏まえ、23年度より都市部などを調査対象として追加し、調査が継続されており、その結果を踏まえて医療・介護サービスの必要量も考慮する必要があるが、本検討チームでは、できるだけ今後の取組を推進するために、これまでの議論の経過から精神科病院

の入院機能に着目しつつ、認知症を考慮した目標値について意見をとりまとめた。

なお、意見のとりまとめにあたっては、患者数の推計から必要となる医療・介護サービス等の整備目標や退院促進だけでなく予防の視点も考慮すべきであるとの意見があった。

(2) 目標値設定の基本的考え方

認知症患者への精神科医療の提供に係る基本的考え方として、

- ① 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こと、
- ② B P S D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、退院を促進すること

が挙げられており、入院が必要な場合には、出来る限り短い期間で退院するという方向性を目指すことが、これまでの本検討チームでの議論の大きな方向性であった。

したがって、今後の精神科医療における認知症に関する目標値としては、精神科病院に入院する患者に対しては、精神科病院は入院医療として必要な医療を提供するという基本的考え方を明確にする目標であることが必要である。

同時に、症状の面からみて退院可能と判断される患者については、介護保険事業計画などを通じて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体制づくりを行っていくことが必要であり、精神科医療における認知症に関する目標値としては、そのような介護保険サービス等の充実強化につながり、医療・介護の連携や機能分化が促進されるための目標値とすることが必要である。

したがって、精神科医療における認知症に関する目標値としては、精神科病院の立場から見て、退院を促すための目標値とすることが考えられる。

(3) 目標値の内容

以上より、より短期間の入院で地域につなげるようにするという観点から、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症患者（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間に着目することとした。具体的には、認知症治療病棟に入院した患者のうち、50%が退院できるまでの期間について、現状では約6カ月かかっているが、今回の議論では、B P S Dの改善までの期間は、多くの場合約1カ月程度であるとの意見、B P S Dの改善後も薬物療法の調整等に一定期間を要するとの意見、

入院期間が3カ月以上になると再び自宅や地域で受け入れることが困難になるとの意見等があったことを踏まえ、当面は、現状の6カ月よりも短くすることを目標としつつ、達成時期までの目標値は、2カ月にすべきである。

(参考)

平成20年6月の調査では、精神病床全体（認知症以外の患者も含む。）での、1カ月の新規入院患者のうち、50%の患者が退院するまでの期間は、約1.5カ月となっているが、認知症治療病棟の入院患者についてみると、50%の患者が退院するまでの期間は、約6カ月となっている。

(4) 目標とする時期

認知症を考慮した目標値について、目標とする時期については、これまでの議論から、認知症疾患医療センターの整備に要する期間や、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及に要する期間、及び、退院のために必要となる居住先やサービス支援の整備に要する期間などを考慮する必要がある。

したがって、医療計画では、平成25～29年度の計画から精神疾患（認知症を含む。）が追加される予定となっていることや、第6期（平成27～29年度）以降の介護保険事業計画から、精神科病院から退院する認知症患者についての具体的な検討が行われる予定であること、さらに、それらの計画の効果が表れるまでの期間を考慮し、平成32年度を目標の達成時期と考えるべきである。

(5) 目標値の実現に向けた取組

この目標値の実現のためには、第一に、認知症患者本人や家族に不安を与えることのないよう、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めること、第二に、今後、目標年度まで、取組を着実に進めていけるよう、各地域における取組の進み具合を定期的に把握していくことが必要である。

具体的には、受け皿整備のための取組として、まず、平成23年度以降は、モデル事業などを通じて退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・試行・普及を進め、第6期介護保険事業計画（平成27年度～）への反映方法（例えば、都道府県とも連携しながら、精神科病院から退院する認知症患者の数を把握する方法や必要なサービス量を見込む方法等）を検討し、第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量につなげていく。さらに、第6期介護保険事業計画以降の計画においては、地域の実情やニーズに応じた①医療サービス、②その他の地域での生活を支える様々なサービスの展開とあいまった介護サービス

基盤整備の計画的実施を目指す。

また、進み具合の把握として、第3期障害福祉計画（平成24年度～）においては、都道府県における目標値のひとつとして、本検討チームでまとめた目標を取り入れることとし、毎年、各地域での達成状況を確認することで、着実に、実現に向けた取り組みを促していくべきである。

このため、厚生労働省においては、目標の実現に向け、障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていくべきであることは言うまでもない。

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」を平成22年12月22日にまとめた。

本年5月からは、中間とりまとめの基本的な考え方に沿い、介護保険事業計画の見直しの状況や認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスに関する調査結果を踏まえ、認知症疾患医療センター、認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス、認知症への外来・訪問医療、認知症を考慮した目標値について、具体的な議論を進め、認知症と精神科医療の役割を明確化するとともに、今後、進めるべき施策についての考え方をとりまとめた。

今後は、精神科医療機関、地域包括支援センター、介護事業者等のサービス提供者、患者・家族等の当事者、地域住民、及び地方自治体が連携・協力して、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。

認知症の方が地域で暮らしていくためには、様々なサービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が必要である。そのためには、医療との連携強化は重要な柱の一つであり、精神科医療の果たす役割は大きい。

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「地域包括ケアシステム」を実現する意味でも、今後増加する認知症の方をめぐる様々な課題のうちのひと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 1) 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。

（参考２） 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスに関する調査結果の概要

（１）調査の概要

精神科の主な病院団体の会員病院及び認知症疾患医療センター（約１７００病院）を対象に、認知症クリティカルパスの使用・経験の有無、パスの種類、関連する職種、パスの使用状況及び地域との連携状況等について、平成２３年２月にアンケート調査を行った。有効回答は、６８５件（回答率３８．６％）であった。

（２）結果の概要

- 認知症のクリティカルパスの使用経験については、現在の使用及び過去の経験について「有」と回答した病院は、約１割（６５件）であった。使用・経験がある６５病院について、パスの種類を聞いたところ、６０％が退院支援に関わるもの、５５．４％が入院支援に関わるもので多く、退院後の支援に関わるものは１６．９％にとどまっていた。
- クリティカルパスの使用・経験のある６５病院のうち、他院・他施設と連携したクリティカルパスの使用・経験の有無について聞いたところ、半数以下の約４３％であった。
- クリティカルパスの作成や運用に関与する職種について聞いたところ、医師９２．３％、看護師８０％、精神保健福祉士７８．５％で多く、主として当該医療機関の中の職員の関与が多いことが示唆された。
- クリティカルパスの使用・経験とにもないと回答した病院（６１４病院）に今後の導入予定を聞いたところ、「予定有り」及び「できれば導入したい」と回答した病院は３７％であった。
- 退院先選定の際の相談先としては、「家族」と「介護施設」がともに約８割で多く、次いで、「地域包括支援センター」及び「介護事業者」が約６６％、次いで、「地域の病院・診療所」が約６３％であった。
- 病院内における認知症に関する連携担当者の配置の有無については、「配置している」が約４割であり、「配置していない」との回答が約６割であった。また、地域包括支援センター等との合同の支援会議の開催の有無については、「開催している」が約５割であり、地域との連携が具体的に行われている病院や約半分と考えられた。さらに、支援会議に参加している事業者等を聞いたところ、「地域包括支援センター」や「介護事業者」は８割以上であるのに対し、「地域の病院・診療所」は３５％にとどまっていた。

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
石田 光広	東京都稲城市福祉部 部長（第16回～第22回）
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
渚野 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（第5回～第14回）
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

第16回（平成23年5月20日）

議題 認知症に関する地域連携の状況について及び有識者ヒアリング

有識者 池田学氏（熊本大学大学院生命科学研究部教授）

坂本眞一氏（医療法人社団平成会平成病院長）

江口満氏（熊本県健康福祉部教授社会局長）

数井裕光氏（大阪大学大学院医学系研究科精神医学）

第17回（平成23年6月15日）

議題 認知症への精神科医療について（外来・訪問）及び有識者ヒアリング

有識者 高橋幸男氏（医療法人エスポアル出雲クリニック院長）

萱間真美氏（聖路加看護大学精神看護学教授）

第18回（平成23年6月28日）

議題 認知症への精神科医療について（入院）及び有識者ヒアリング

有識者 田口眞源氏（医療法人静風会大垣病院長）

釜江和恵氏（財団法人浅香山病院認知症疾患医療センター医長）

第19回（平成23年7月26日）

議題 認知症を考慮した目標値について及び構成員・有識者ヒアリング

有識者 伊藤弘人氏（国立精神神経医療研究センター精神保健研究所部長）

第20回（平成23年9月5日）

議題 認知症を考慮した目標について

第22回（平成23年9月27日）

議題 とりまとめに向けた議論について