

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会
(平成 25 年度 第 3 回) 議事要旨

1. 日 時：平成 25 年 12 月 6 日（金） 10 時～12 時
2. 会 場：「アルカディア市ヶ谷」穂高の間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、新井委員、大内委員、河崎委員、鴻江委員、齋藤委員、助川委員、高杉委員、高見委員、筒井委員、内藤委員、新田委員、宮島委員、森委員、山崎委員

4. 議事（概要）

(1) 在宅生活を支える地域の体制の確立

- 介護側の委員 5 名と（患者・家族の視点から）高見委員に、認知症の人に対して実施されているケア内容、精神科医療の支援がある場合に対応可能な認知症の人の状態と可能なケア、精神科医療に求める支援内容等について報告。
- これら報告頂いた内容等に関し、委員から質問や意見等が出された。

[質疑後の主なまとめ]

【医療・介護の連携と棲み分けについて】

- 介護の状況に理解のある地域の医師やかかりつけ医は少なく、介護側と精神科が連携できていない。また訪問診療ができる医師も少ない。大多数の認知症の人の初期から終末期までかかりつけ医がきちんと診る体制や、精神科医が副主治医となる体制をつくる必要がある。
- 患者や家族にとっていい精神科病院というのは、病院そのものよりも地域のつながりを持っている病院ではないか。
- 精神科の開業医を上手に活性化する必要がある。
- 精神科医師と、身体を全体的に診る老年科や内科等の診療科目の医師、介護施設の間で、地域毎の連携をつくる必要がある。各診療科目の棲み分け等についても更に一般の理解を図るべき。
- 家族や介護側では行動として現れる BPSD や周辺症状が関心やケアの対象であるが、医療側の治療の主な対象は中核症状という違いを認識する必要がある。
- 精神科病院を他の急性期病院と同様に、標準化されたサービスを短期間提供する場と位置づけ、個別性が高いサービスを長期間提供する介護施設と棲み分けするという考え方が必要ではないか。

【退院・在宅復帰について】

- BPSD がなくなっても、施設や家族が「退院されては困る」と言うことは多い。これを解決しないと「できる限り地域で過ごす」は実現できない。
- 家族は、限界まで疲れ果てて認知症の人を入院させることが多いため、在宅復帰させる時にも、どこまで正常な状態に戻ったのか懐疑的になりがちである。
- 介護が家族に過度な負担となるケースや退院させたくても地域に受け入れられる資源がないケースがある。地域の資源の状況等を充分把握しながら連携を進めることが極めて重要。
- この研究会は入院がテーマなのは理解しているが、一般的にいかにスムーズに在宅に戻すかの議論は少ない。ケアマネは入院時から関わって地域や自宅の状況を踏まえて治療計画に情

報提供する仕組みだが、これが精神科ではできておらず病院任せになっているため、在宅に戻す方向性が見えにくくなっている。退院間際にケアマネが関わっても急な家族調整が難しく、戻れても自宅でなく介護施設になってしまうことがデータで明らかになっている。在宅から入院したら在宅に戻す工夫が必要。

- 平成 26 年 4 月 1 日施行の改正精神保健福祉法では、入院当初から在宅復帰調整員を置くことが義務付けられており、これによって在宅との連携はできると考えられる。
- 認知症に限らないが、病院内では医療モデルから生活モデルへの転換ができていない。また病院内で実現できる生活モデルには限界がある。
- BPSD が固定化して退院させられない人というのも一定数おり、医療的要因で退院できない人とそうでない人にきちんと線引きをする必要がある。
- 身体合併症があり、特に嚥下機能が落ち日常的に口腔ケアが必要な場合、家族の食事介護スキルでは嚥下性肺炎を起こすことがあり、受け皿があっても退院は難しい。

【地域移行・在宅復帰へのソフトランディングについて】

- 精神科病院から居宅に直接戻るのではなく、一時的に施設を利用する工夫も必要ではないか。
- 診療報酬上、試験外泊や退院当日に訪問看護が使えるようになったので、退院や生活環境を移動する時に療養環境のギャップを埋めるサービスをきちんと入れていくと、かなり症状が落ち着いた形で移動できる傾向がある。

【その他】

- 精神保健福祉法の下で入院基準は明確化されており、高度・専門・短期のサービスと位置づけてそうでないものと棲み分けることも精神科の急性期治療病棟と認知症疾患治療病棟という明確な分類で実現されている。また、日本精神科病院協会等からもクリティカルパスとして標準化されていることから、標準化の段階ではなくそれらを普及・認知させていくところに課題があるのではないか。

(2) その他

- 松谷副座長より作業部会の進捗状況の報告。

(3) 座長まとめ

- 医学的に適切に判断・対応すべき状況は間違いなく存在するが、これを急性期モデルとしてきちんと標準化し、標準化されたものの認知を図る作業が必要。
- 精神科だけでなく認知症に係る複数の診療科目の医師の連携、これを取り巻く他の職種の総合的な連携をどううまくつくっていく、地域力を上げていくことがこれから向かうべき一つの形。
- 他の疾患にも増して認知症の人のあり方の個別性・多様性・特殊性は、その周囲を含めて極めて悲惨な状況を招く例があり、何らかの特別な手当ても必要。

以 上