

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 4 回) 議事要旨

1. 日 時：平成 25 年 12 月 25 日（水） 10 時～12 時
2. 会 場：「アルカディア市ヶ谷」鳳凰の間
3. 出席者：松谷副座長、新井委員、石田委員、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、野澤委員、宮島委員、森委員、山崎委員
上野参考人

4. 議事（概要）

(1) 在宅生活を行う場合に必要な医療

- 入院ではない通常の在宅生活の支援体制を地域でつくっていくため、地域の精神科医や訪問診療医、訪問看護師等にどのような取組が求められるか等を議題とし、議論に入る前にまず上野参考人（精神科）、新田委員（訪問診療）、齋藤委員（訪問看護）から地域における在宅医療の状況や、認知症の人に対して実践している在宅医療・訪問看護の内容、一般診療との連携等について報告。
- 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]

【精神科医療のアウトリーチサービスについて】

- ・在宅へのアウトリーチは、精神症状が落ち着き通常の外来受診を可能にするだけでなく、医療職が地域に出ることで民生委員・行政・老人会等とのネットワークが作り易くなる。
- ・アウトリーチのサービスで症状が改善した場合は、入院と同じように家族に喜んでいただけるだけではなく、ご本人の喜びというののもかなり加わる。
- ・認知症の診断・治療ができる精神科医はかなり少数派であるが、アウトリーチサービスのスキルは特殊・複雑なものではないことから、このような取組を全国に広げていく必要がある。しかし地域の家族の介護力に依存するかもしれない。アウトリーチに対する診療報酬上の評価の引き上げ等も検討が必要だ。

【認知症高齢者の治療の現状】

- ・精神科医はあまり認知症患者を診ていない。精神科へは精神症状が激しくなり困った時以外はかからないことから、認知症に不慣れなかかりつけ医の教育は必要。
- ・認知症の人を早期発見する点に関しては、スクリーニング後のサポート等の対応も考えておく必要がある。

【認知症治療のあるべき姿と精神科入院】

- ・ケアの仕方や対応については認知症疾患医療センターの役目として明言されており、ガイドラインについては薬物療法のガイドライン、精神科 BPSD に対するガイドラインも出ており、その周知、広報が重要である。
- ・理想的な在宅医療の実現方法を議論する必要があるが、理想型が実現するまでの間、入院を絞るだけでは、家族や介護施設の負担を増大させる。

- ・認知症治療スキルを向上させていくプログラムの開発が急務。
- ・全国で認知症への対応レベルを上げるには、地域（特に行政）がもっとしっかり取りくまなければいけない。但し在宅で対応できない限界は常にあり、精神科病院という後方支援がないと在宅も成功しない。
- ・認知症への関わりでは、現実には認知症の人を多く見ている介護側の取組や専門性が認められづらいが、医療側からの指導があれば更に専門性を高めることができる。
- ・介護保険の事業計画を策定する、あるいは地域包括ケアをつくる上で地域の状況を見える化することは非常に大事。
- ・理想の地域づくりには市町村職員や市民も含め幅広い関係者の意識改革が不可欠。認知症に取り組んでいる医師は全国各地におり、そこを医師会や他業種が支えていく必要がある。

(2) 精神科病院への入院治療が必要な認知症の人の状態

- 松谷副座長（作業部会長）より作業部会のとりまとめ結果を報告。
- 報告内容等に関し、委員から質問や意見が出された。

[質疑後の主なまとめ]

- ・アンケートは入院時点の状態を記入する要領であるが、回復した姿を見られる病院側と症状が悪化して病院に送り出した介護側とでは、後者のほうがより重く症状を認識しがちという可能性はある。
- ・アンケート調査結果について、入院理由についての分析、入院前の世帯別の分析、記入者の分析等を更に進める必要がある。
- ・「入院が必要な状態像」は本当に誰にでもわかる平易なものにすると共に、単純な症状のみで規定するのではなく、家族の介護力と関連して決定される注意書きが必要。

(3) 副座長まとめ

- 方法論の問題はあるが、「できるだけ住み慣れた所で見えていくという認識の下に在宅支援を進めていくべき」という点で各委員の意見は一致。
- 認知症は幅広い地域の方の参画が必要であり、その方々の共通の言葉づくりにこれから取り組むということでもある。

以 上