

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報告書(案)

暫定版

2014 年 3 月

株式会社 富士通総研

目次

1. 議論の前提・問題意識	1
2. 精神科病院への入院治療が必要な状態とは	2
2. 1. 入院の実態.....	2
2. 2. 入院が必要な状態.....	5
3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは	7
3. 1. 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制.....	7
3. 2. 身体合併症に対する医療体制.....	9
3. 3. 地域での生活を支える介護体制.....	10
4. まとめ	13

1. 議論の前提・問題意識

平成 24 年版の高齢社会白書によると、我が国の高齢化率は 23.3%で世界一となっており、平成 35 年には 30%を超えると予想されている。認知症の危険因子として加齢の影響は強いと考えられ、認知症は今後増加し続けることが想定される。世界で類を見ないペースで高齢化が進む我が国において、認知症の人にどのように対応し、どのように支援していくかは極めて重要な課題である。

介護保険データをもとに平成 22 年の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を推計すると約 280 万人となり、平成 37 年にはこれが約 470 万人になると予想されている*1。一方、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅰ以下を含め、我が国の認知症者数を把握するために厚生労働科学研究費によって行われた調査によると、我が国の高齢者の認知症有病率は 15%、平成 22 年時点で約 439 万人と推計された*2。また、正常でも認知症でもない軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) の方は 13%、約 380 万人と推計された。MCI のうち認知症に移行する人の存在を考えれば、今後認知症の人は更に増加すると予想される。

認知症の人の増加に伴い精神科病院に入院する認知症の人も増加が予測される。認知症の人の入院に関して、平成 23 年に「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 2 ラウンド: 認知症と精神科医療)」のとりまとめ (以下「第 2 ラウンドのとりまとめ」とする) の公表が行われ、その中では、認知症治療病棟に入院中の患者の 50%が退院できるまでの期間を、平成 32 年度までに、現状の約 6 ヶ月から 2 ヶ月とするように目標が定められている。また、精神科医療の役割を明確化するとともに、退院可能と判断される認知症の人が住み慣れた地域の生活の場で暮らせるようにするための取組等が示されている。これらをふまえ、平成 24 年に「認知症施策推進 5 か年計画 (いわゆる「オレンジプラン」)」が公表され、平成 25 年度以降このプランに沿った施策が進んでいる。

第 2 ラウンドのとりまとめに示されたデータによれば、認知症の人の入院に関して、主治医に対するアンケートでは「居住先・支援が整えば、退院可能性がある」との回答は 6 割であり、居宅や通所・施設での介護サービスや医療サービス等の支援があれば、必ずしも入院をしなくても地域社会で生活できる人がいると示されている。このような「条件さえ整えば精神科への入院をしなくても良い人」が長期に入院することなく地域で生活することができれば、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、入院に伴うリロケーションダメージの軽減、さらには限りある医療資源の有効活用にもつながるものと考えられる。

そのためには、①認知症の人のうち、どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、また②できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどのような支援環境等が必要なのか、が明確化されることが重要であり、かつそれらは医療関係者と介護関係者との間で認識を共有できるものでなければならない。

本研究会では、①②の明確化に向け、認知症に関係する、医療・介護団体の代表者や有識者等が一同に会し、精神科病院への入院という点を主論点として、6 回にわたり、精力的に議論・検討を進めた。

*1 厚生労働省平成 24 年 8 月公表「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

*2 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成 25 年報告

2. 精神科病院への入院治療が必要な状態とは

2.1. 入院の実態

(1) 入院に関する規定

認知症を含む精神科医療においては、患者本人が病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要があることから、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」とする）に基づき、人権に配慮し処遇することが定められている。

そのため、精神保健福祉法に基づく医療保護入院、措置入院、応急入院では、精神症状等の入院の要件を満たし、かつ、精神保健指定医による診察が必須となっている。

(2) 入院の現状

本研究会における検討の中では、認知症の人について、その一部に、精神症状の強い処遇困難事例があり、居宅や介護施設等から精神科病院に入院する事例のうち、家族の介護が限界に達した場合や、精神科救急（スーパー救急）への搬送患者といった重症の人も増えているとの意見があった。

また、身体合併症を診るべきことが期待される地域の基幹的な総合病院や一般病院において、治療すべき身体疾患があったとしても、認知症があるということを理由に精神科病院に認知症の人を転院させるようなことも起こっているとの意見があった。

一方、入院しなくても、生活の場において生活支援等により適切に対応していくことで行動・心理症状も治まり「住み慣れた地域で最期まで暮らせる」ことを成功させている地域についての報告もあり、こうしたことから、精神科病院に入院している認知症の人の状態は、家族・事業所・施設・地域の介護スキル、周囲の環境等、複数の要因によって大きく異なると考えられた。

本研究会で、精神科病院への入院が必要な認知症の人の状態、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援環境、双方がいかなるものであるかについて、医療関係者と介護関係者との間で認識の共有をはかるために、本研究会では、認知症治療病棟を有する精神科病院を主な対象とする、「精神科病院に入院する認知症の人の状態等に関するアンケート調査^{*3}（以下「アンケート調査」とする）」を行った。

その結果、入院した認知症の人（n=4,829）に関して、医療側（全国の認知症治療病棟を有する精神科病院からの回答:n=3,540）と介護側（精神科病院に入院した人がいる特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員それぞれの各事業所からの回答:n=1,289）との比較をした結果、認知症の診断名、入院形態、入院希望者、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度、要介護度、入院前のかかりつけ医の有無、入院理由、入院の理解・同意能力、FAST^{*4}を用いた認知症の重症度、認知症の周辺症状、行動・心理症状の程度（NPI-Q）^{*5}において、統計学的な有意差が示された（表1）。このアンケートは、医療側と介護側が同一の認知症の人に対して行った調査ではないため、その解釈にあたっては慎重さが必要であり、一概に結論づけることはできないことに留意が必要であるが、介護側において、より重症の方に対応している可能性が示された（図1,2。）また、医療側と介護側の間で、認知症の人の様々な面において、認識や捉え方に差がある可能性が考えられた。

また、入院理由が、「行動・心理症状の増悪」「薬剤の調整」「診断を確定するため」「中

核症状の進行」「身体合併症の治療のため」といった医療的な要因のみで入院した人は27.8%、これらの理由がひとつも挙げられていない人が4.4%であった(図3)。前者を医療的な要因により入院となった「医療的入院群」、後者を非医療的な要因により入院となった「非医療的入院群」と便宜上定義し、両群の比較を行った。

どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、という問題に対して医学的にはどのように判断されているかとう点を明らかにするため、特に医療側からの回答(n=3,540)に着目して、両群(医療的入院:n=774、非医療的入院:n=189)を比較した結果をみたところ、入院前の居所、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度、入院前に利用していた主なサービス、入院の理解・同意能力において、統計学的な有意差をもって違いが認められた(表2)。

非医療的入院群では、入院前の居所に関して、自宅で、かつ、独居の人が14.3%と医療的入院群の10.2%と比して高く、また施設等の人は16.4%と医療的入院群の26.9%と比して低い割合を示していた(図4)。日常生活自立度、要介護度に関しては、いずれも非医療的入院群では医療的入院群と比較すると軽度な傾向を示していた(図5,6)。加えて、重度認知症デイケアや精神科訪問看護等の精神医療に関するサービスや介護保険サービスを利用していない人が47.6%と多かった(図7)。

また、行動・心理症状の程度(NPI-Q)において、行動・心理症状の多くの項目(妄想・幻覚・興奮・無関心・脱抑制・易怒性・異常行動)において症状がない、もしくは重度でないとする割合が高いことが示された(図8,9)。

*3 精神科病院に入院している(いた)認知症の人の、入院時点の状態等について、全国の認知症治療病棟を有する精神科病院(これを医療側とする)や、精神科病院に入院した人がいる介護施設・事業所(これを介護側とする)(特養、老健、グループホーム、小規模多機能、ケアマネ事業所)に調査票を郵送。入院した認知症の人4,829件分の回答が平成24年10~12月に集まった。回答のうち3,540件が精神科病院からの回答となった。資料中の「アンケートの概要」を参照

*4 Functional Assessment Staging Test (アルツハイマー病の代表的な重症度に関するアセスメントツール)

*5 Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form (家族介護者の介護負担の程度に関する評価尺度)

(3) 入院理由

アンケート調査からは、入院に至った理由の一つとして、「行動・心理症状の増悪」は約8割において挙げられていた(複数回答可)が、「介護者の事情(家庭・地域・施設で対応困難)」や「家族の疲弊」もそれぞれ、約4割、約3割で挙げられていた(いずれも複数回答可)(図10)。

「医療的入院群」「非医療的入院群」の両群を比較すると、行動・心理症状に着目した場合、両群の間で興奮、易怒性、妄想、無関心、脱抑制、幻覚、異常行動、うつ、不安の項目で統計学的有意差をもって違いが認められた(表3)。すなわち、「医療的入院群」に比較すると、「非医療的入院群」においては、これらの症状が発症していた割合は、興奮では78.2%と57.7%、易怒性では69.3%と43.4%、妄想では58.1%と31.7%、無関心では55.3%と37.0%、脱抑制は50.9%と25.4%、幻覚では45.5%と19.6%、異常行動で45.0%と21.2%、うつで34.5%と25.4%、不安で33.2%と25.4%となっていた。またこれらの症状の中で、妄想と幻覚、興奮と脱抑制・易怒性、うつと不安、それぞれにおいて相関が認められた(表4)。

(4) 入院日数

精神科病院には、認知症治療病棟の他にも様々な機能を有する病棟があるが、我が国

の患者調査では、これらを分類した調査が実施されておらず、また、それぞれの国によって認知症の人の受け入れ機関等の概念が異なること、我が国で行われている患者調査では、OECD^{*6} が定めた平均在院日数の定義に即してデータを収集していないことなどから、入院日数に関する国際比較は困難である。

平成 23 年の患者調査では、精神病床に入院するアルツハイマー病の人のうち、地域での受け入れ条件が整えば退院可能と考えられる人の平均在院日数は 782.5 日であり、精神病床に入院するアルツハイマー病の人全体の平均在院日数（290 日）の約 2.7 倍であった（図 11）。

アンケート調査からは、入院日数 90 日以内の認知症の人が 26.3%、120 日以内が 32.6%を占める一方、361 日以上の人が 29.2%を占めており、短期間で退院している群と、長期入院が固定化した群との、二峰性があることが示された（図 12）。また、入院期間と認知症の重症度との間には関連性は認めなかった（図 13）。また、医療側において、入院前の居所別に入院期間を検討すると、入院前の居所が施設である場合、その他の居所である場合に比較して有意に入院期間が短かった（図 14）。

アンケートを総合すると、まず、医療側と介護側の間において、認識や捉え方に差がある可能性も考えられ、今後は認識を共有していくことが望ましいと考えられた。また、介護側の回答において、行動・心理症状の程度（NPI-Q）による重症度と負担度が、医療側の回答に比較して、得点が高いことから、介護関連施設はより症状の重い認知症の人に対応しているのではないかと考えられた。

本アンケートにおいて、医療的な理由ではなく入院となったと考えられる群の特徴として、認知症の状態や介護の状態は比較的軽く、自宅に独りで暮らし、医療や介護のサービスを利用していない、というようなことが示されていた。認知症の人の入院に関しては、医療的な支援も重要であるが、住環境や介護による生活支援等の果たす役割は大きく、適切な介護により、このような入院を回避できる可能性が示されていると考えられた。

入院期間に関しては、一般に認知症治療病棟では比較的速やかに退院が行えているのではないかと考えられるが、約 3 割の入院が長期にわたり、退院ができない群があることが示され、また、長期の入院であることと、認知症が重症かどうかには関係がない事が示された。

平成 24 年策定の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」^{*7}において、地域で精神医療が実施される体制を構築するための目標として、「認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（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を平成 32 年度までに 2 ヶ月（現在は 6 ヶ月）とできるよう体制を整備すること」としている。本方針に沿って、都道府県は、認知症の退院患者平均在院日数や、認知症新規入院患者 2 ヶ月目以内退院率等の現状を把握・分析し、地域の実情に応じて圏域や数値目標の設定を行い、施策・事業について医療計画に記載し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、医療計画をより一層有効に機能させていくことが求められている。

なお、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画については、一体的に進める必要があるとされていることから、今後は認知症の人の入院と退院に際しては、地域における支援体制の整備を積極的に推進していく事等が求められる。

*6 経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development) 先進国間の自由な意見交換・情報交換を通じて、1)経済成長、2)貿易自由化、3)途上国支援に貢献することを目的としています。

*7 医政指発 1009 第 1 号、障精発 1009 第 1 号、老高発 1009 第 2 号

2.2. 入院が必要な状態

(1) 入院のあり方

本研究会では、認知症の人の入院においては、行動・心理症状が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲れ果ててから認知症の人を入院させることがあるため、たとえ入院し、行動・心理症状が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化する負の連鎖があることが議論された。これに関して、オレンジプランにおいては、標準的な認知症ケアパスの作成・普及を取組みの筆頭にあげている。このケアパスの考え方が普及することによって、認知症の人やその家族は、認知症と疑われる症状が発生した時から生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのように医療や介護サービスへアクセスし、どのような支援を受けることができるのかを、早めに理解することが可能になると考えられている。パスが地域に浸透していくことによって、認知症の人が、安全・安心な生活が送れるようになることが期待され、早期・事前的な対応を行うことで、危機の発生を防ぎ、入院が必要な状態に至らなくなると考えられる。

行動・心理症状への対応に関しては、必ずしも入院治療が必要な訳ではなく、研究会においては、まず薬物治療でなく、家族や環境といった点に関する包括的なアプローチを試みることを望ましいが、行動・心理症状の大変な時期等には、入院が必要となるとの意見があった。但し、入院が必要な時期は一時的であることから、入院した場合でも早期かつ円滑に退院できることが重要であるとの意見があった。

従って、精神科病院における認知症の人の入院に関しては、その必要性を見極めた上で、標準化された高度な専門的医療サービスを短期的・集中的に提供する場とし、長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割分担が為されることが望まれる。

(2) 入院が必要な状態の整理の考え方

これまで述べたように、認知症の人が精神科病院に入院する際には、多くの場合、行動・心理症状に対する緊急的・短期的な治療がその目的となり、そのような場合の入院に関しては「精神保健福祉法」に基づき、医学的な判断により行われている。しかし、行動・心理症状については、必ずしも入院が必要というものではなく、家族や環境といった面の整備を行うことで、住み慣れた地域での生活が継続可能となる、という本研究会の議論を踏まえれば、将来的には地域環境や介護体制の整備によって、入院しなくてもよい認知症の人の割合は増加すると考えられる。

また、今回のアンケート調査で、精神科病院への入院の理由の多くに、行動・心理症状の増悪が認められた一方、家族や介護者の事情等も少なからず理由に挙げられていた。後者の理由は、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等を解決していき、今後、地域での生活を実現できるような条件を整えることで、入院には結びつかなくなると考えられる。

従って、入院が必要な状態については、必須となる地域での基盤づくり等の整備を前提として、将来に向けては、行動・心理症状の増悪等の医療的な理由に収斂し、医療的な理由の場合にも、家族支援や環境の整備を進めていくことで、その対象はより収斂していくものと考えられる。

とはいえ、現行では、介護力、サービス支援、受け皿等は地域による差異が大きく、入院が必要な状態を明確にすることは困難を有する。だが将来に向けて、医療関係者・介護関係者等の間で、認識を共有することが重要であることから、次に示すような整理を行った。

(3) 入院が必要な状態

(2) に示したように、認知症の人の精神科病院への入院は、医学的な治療を目的としたものへと収斂していくと考えられる。

その上で、本研究会における整理としては、アンケート調査による入院理由に関する結果（上述 2.1. (3)）をもとに、認知症の人の精神科病院への入院が必要な状態とは、精神保健福祉法に則って、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる場合に加えて、

- (Ⅰ) 妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ
- (Ⅱ) 些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動につながる
- (Ⅲ) 落ち込みや不安・苛立ちが目立つ

ことにより、本人および家族など介護者の生活（睡眠・摂食・就労など）等が阻害され、非薬物的療法では改善がみられず、拒薬や治療拒否があり、薬剤調整など認知症を専門とする医師による入院医療が必要とされる場合と考えるものとした。

また、精神症状と身体疾患を合併し、入院治療を必要とする場合においては、より緊急性の高い症状に対する治療を優先するべきであるが、そうした場合においても、各々の専門科による連携の下で、その判断が為されることが望まれる。

なお、将来的には地域環境や介護体制の整備によって、入院はいつそう収斂していくものと考えられることから、今後も引き続き、検討を重ねていくべきである。

3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは

認知症の人が、精神科病院への入院が必要な状態になったとしても、一定期間の後、退院し、退院後にもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域において、次のような環境を整える必要がある。

- 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制
- 身体合併症に対する医療体制
- 地域での生活を支える介護体制

3.1. 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制

(1) 診断・相談等への対応

介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を広げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護事業所等への後方支援が不可欠である。

具体的には、精神科病院等が介護事業所等と連携する、あるいは地域のネットワークに加わり、介護職員や家族、認知症の専門科ではない一般診療科の医師等からの相談に専門的な助言を行ったり、通院や往診（通院困難な場合）等により適切な診断・治療を行ったりすることが必要である。このためにも、精神科医療は、機能や体制が、具体的に「見える化」され、地域から見て、一層身近で気軽に頼れるような存在となっていくことが求められる。

また、一般的には認知症を専門としない精神科医が多いことから、介護事業所等への後方支援体制の整備に向けては、認知症を専門とする精神科医を増やすことも必要となる。

(2) 標準的な認知症の治療内容の広報・普及

研究会で議論を進める中、精神科病院において、認知症の人にどのような治療を行っているのかを明らかにする必要があるという指摘があったことから、委員から、急性期認知症入院クリニカルパス^{*8}が紹介され、入院日数の短縮や医療費の適正化といった導入効果があることが示された。また、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン^{*9}」も出され、認知症の治療の標準化の試みがなされている。

しかしながら、このような精神科病院における認知症の人への標準的な治療内容（クリニカルパスやガイドライン）は、患者・家族や認知症を専門としない医療関係者にはあまり知られておらず、今後は、全国の精神科病院への普及や、精神科の入院治療内容が一般の人から見て、具体的に理解され易くするような取組を進めていく必要がある。

^{*8} クリニカルパスとは、主に入院時に患者さんに手渡される病気を治す上で必要な治療・検査や介護等を縦軸に、時間軸（日付）を横軸に取って作った、診療スケジュール表のこと（日本クリニカルパス学会HPより）、クリティカルパスともいう。

^{*9} 平成24年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」

(3) 早期診断・早期対応の体制への積極的関与

オレンジプランでは、「早期からの適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる」認知症の人について言及しており、早期の適切な診断や、その後の適切な対応のために、「認知症初期集中支援チーム」「認知症地域支援推進員」を設置する等、地域における認知症施策の体制構築を目指し

ている。このため、介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業にこれらを位置づけ、平成 30 年度には全ての市町村で実施することを内容とする改正案が、国会に提出されている。また、基幹型・地域型・診療所型の各認知症疾患医療センターを整備していくこととされている。

これらを実現していくためには、各地域のかかりつけ医、認知症サポート医等と共に、精神科・老年科等の認知症を専門とする医師も、それら体制の整備に積極的に関わっていく必要がある。

(4) 退院支援

一時的に入院が必要となった場合でも、症状が緩和され次第、できる限り早期に退院し、地域にスムーズに戻ることを望まれる。平成 26 年度の診療報酬改定においても、早期回復を図るため、認知症患者リハビリテーション料が新設され、重度認知症加算についても、算定期間を 3 か月から 1 か月に短縮した上で、100 点から 300 点へと、評価の充実がなされている。

なおまた、精神科病院に入院している患者の地域生活への移行を促進するため、平成 26 年 4 月施行の改正精神保健福祉法では、精神科病院の管理者に、

- ア 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員を設置すること
- イ 医療保護入院者本人又はその家族等に対して、これらの者からの相談に応じ必要な情報提供等を行う地域援助事業者を紹介すること
- ウ 医療保護入院者の入院の必要性等について審議する医療保護入院者退院支援委員会を設置すること

を義務付けることとしており、認知症の人の一層の退院促進が期待される（イの措置については努力義務）。

また、加えて、入院時から介護事業専門員等と連携し退院計画の作成や退院調整等を進め、退院支援・地域連携クリティカルパス^{*10}等を活用することにより、入院時から退院を見越した支援を組み入れることや、精神科病院と自宅では療養環境に大きなギャップがあり、症状が落ち着いたまま維持できるように、直接自宅に戻るだけでなく、試験外泊や退院当日に訪問看護を利用する等、ギャップを埋めるような支援体制も必要である。

^{*10} 退院支援・地域連携クリティカルパス：入院初期の段階から予め、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。

(5) アウトリーチ（訪問）の拡大

研究会において、居宅や施設への精神科医のアウトリーチは、入院によるリロケーションダメージを最小化できることから、精神症状の発現をかなり抑えられるという報告があった。また、精神症状が落ち着けば通常の外来受診が可能になるだけでなく、医療関係者が地域に出ることで民生委員・行政・老人会等といった、地域の関係者とのネットワークが作り易くなるというメリットもあることから、アウトリーチの拡大が望まれる^{*11}。

なお、平成 26 年度診療報酬改定において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進ために、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者に対

する多職種チームによる在宅医療を評価するとともに、精神疾患患者の在宅医療の特性を勘案し、長時間の在宅診療の評価を充実させる等の観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料が新設される等の見直しが行われている。研究会では、今後は実効性をさらに高めていく必要があるのではないか、との意見もあった。

また、研究会において、認知症の診断・治療を専門的に行える精神科医はかなり少数であり、アウトリーチを行う精神科医は更に少ないという意見が挙げられた。アウトリーチのスキルは必ずしも特殊・複雑なものではないという意見もあり、今後、全国でアウトリーチを行う精神科医を増やしていくためにも、支援・促進策の更なる検討が必要である。

*11 例えば、精神障害者アウトリーチ推進事業実施要綱においては、支援対象者に、認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者があげられており、またアウトリーチチーム体制の整備に関して、地域生活を定着させるために、支援対象者の状態に応じた医療面・生活面の支援等、必要な支援が適切に提供される体制として、保健医療スタッフと福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備する、保健所、精神保健福祉センターは、アウトリーチチームへの技術的な支援（対象者の選定等）や関係機関との調整等を行い、地域の精神保健福祉活動の充実に向けた役割を行うものとする、とされている。

3.2. 身体合併症に対する医療体制

(1) 現状・課題

身体合併症の悪化は認知症の症状も悪化させることから適切な医学的管理が必要である。しかしながら、認知症を専門とはしていない医師による薬剤の利用に起因して認知症の症状が悪化したりする場合があること、身体拘束が行われる場合があること、認知症に不慣れなため対応が困難となり、認知症があるだけで身体疾患の治療を行えず、精神科病院に送ってしまうこと、によって、身体合併症が悪化する等の課題があることが議論された。

(2) 精神科リエゾン

身体合併症を伴う認知症への対応には、身体疾患の治療と並行・連携して、認知症の専門科による認知症への対応が必要となる。

研究会において、内科等の一般診療科と精神科を併せ持つ医療機関では院内で治療を完結できる環境があるにもかかわらず、診療科間の連携が課題となっているケースが少なくないこと、この解決策として、精神科医が院内他科へのリエゾンを行ったり、看護師等も含む多職種での連携等により、認知症の早期診断と適切な対応を可能とする仕組みについて報告があった。一方、精神科を持たない医療機関においては、精神科を標榜する医療機関と連携することで、上記と同様に、同機関の精神科医（サポート医）による相談・支援体制の整備を可能とする仕組み^{*12}があるため、今後これらの体制の更なる整備等によって、身体合併症を伴う認知症への対応が適切に為されることが望まれる。

こういった体制の整備により、身体合併症を持つ認知症の人に対する医療体制が、一般診療科、老年科や精神科等といった専門科、看護、介護を含めた包括的なアプローチとなっていくことが望まれる。

*12 精神科救急医療体制整備事業における縦列モデル

(3) 医師や看護師等への研修

研究会において、一般の医療機関の職員やかかりつけ医等、認知症を専門としない

医療従事者の一部においては、認知症に対する知識が不足していたり、認知症の人への対応に不慣れなため、早期診断・早期対応が十分になされない可能性もあることが指摘された。

例えば、日本看護協会の認知症看護認定看護師の養成・配置は僅かであり^{*13}、多くの一般の医療機関の看護師は認知症の人への対応は十分とはいえず、対応困難となった場合に、精神科病院への転院を余儀なくされているケースもあることが報告された。

認知症の人が、一般の医療機関やかかりつけ医等で適切に受療できる体制をつくっていくためには、医療従事者に対する研修や、認知症対応マニュアルの作成・配布等を通じ、地域での対応能力の底上げを図っていく必要がある。なお、オレンジプランにおいては、平成 29 年度末までに「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、「認知症サポート医養成研修」、「一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」の受講者数をそれぞれ、50,000 人、4,000 人、87,000 人とすることを具体的な目標に掲げている。

*13 2014 年 2 月 18 日現在 343 名（日本看護協会 HP より）

3.3. 地域での生活を支える介護体制

(1) 介護の専門性・質の向上

精神科病院への入院の主要因は行動・心理症状の増悪のためであるが、それは介護の不十分さに起因することも少なくない。オレンジプランにおいても、「これまで認知症の人に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた」と問題点として挙げている。認知症の人の介護を行うことは、その介護者にとって負担となっており、認知症の人と家族や介護者等との関係性に悪影響を与えることもある。よって、適切な介護サービスを利用することにより、介護者の負担が軽減されることで、結果として、地域での生活の継続が可能となると考えられる。

また、行動・心理症状が出現していても、基本的には、まずは、生活環境を考慮し、地域の社会資源による（介護の専門性を発揮した）環境調整を行うことや、日常生活支援等を行い、また、認知症短期集中リハビリテーション等の認知症の専門医や認知症看護認定看護師等による適切な支援が為されることで、非薬物療法による症状の緩和が可能となることもある。

よってこのようなことから、介護事業所等（施設・居宅）の職員は、行動・心理症状について、その特徴や機序等の知識を獲得するとともに、適切な対応に関する知識・技能を高め、介護の専門性・質を向上させていくことが必要である。具体的には、精神科等専門科の支援を受け、介護職員への研修（チーム研修等）や、行動・心理症状への適切な対応の実践等を積み重ねていくことが求められる。またこれらは、入院前や退院後に限る事ではなく、入院中においても求められるところである。

その上で、専門性の高い介護と、一般診療科、老年科や精神科といった専門科等による、包括的アプローチを行い、それぞれの間で認識を共有することが望ましい。

(2) 早期対応が可能な体制

オレンジプランに述べられているように、重症化し対応困難にならないためには早期診断・早期対応が重要なことから、介護の場（居宅、施設等）における、かかりつけ医

や施設職員等の医療従事者による早期診断・早期対応が可能な体制づくりが必要である。行動・心理症状に対して、全てを介護の現場で対応するのは困難であり、また必要な治療の遅延をきたす場合もあるため、地域での生活を支える介護体制には、精神科医療等専門科の後方支援や連携が不可欠である。

また、認知症の症状のうち、家族や介護側は行動として表面に現れる症状に着目しがちであるが、認知症の専門科においては、行動には現れにくいような中核症状にも注目し判断していることもあり、早期対応のためには、両者が適宜情報を共有しあえるような環境が重要である。

(3) 地域移行・居宅復帰の支援

精神科病院へ一時的に入院しても早期に退院し、地域や居宅に戻るためには、入院時から退院時を見据え、医療モデルから生活支援モデルへの転換を行っていくことが必要と考えられる。このためには、介護支援専門員等が精神科病院と連携し十分な情報共有、調整、ケアプランの提案等を行うとともに、行動・心理症状の憎悪によって入院した場合、具体的にどこまで症状が緩和すれば生活支援モデルに移行できるのか、社会的な問題をどのように明確化していくか、といった点に関して医療・介護全体で取り組む必要がある。

また、先に「地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制」のところで述べたように、精神科病院と自宅とのギャップを埋めるような支援体制等も地域で用意する必要がある。

(4) 家族への支援

精神科病院への入院に至った理由の一つとして、本研究会のアンケート結果では、「家族の疲弊」は約3割で挙げられており、認知症の本人への支援ばかりではなく、本人を支える家族が疲弊しないよう、家族そのものに着目した支援も地域に必要である。

具体的な支援体制として、レスパイトのためのショートステイが可能な介護施設等の確保、家族教育等による症状への対処法等のノウハウの提供、医療や介護の専門家による様々な相談への対応（出張相談会等）、同じ悩みを持つ人たちが話し合える機会づくり等が考えられる。

(5) 地域づくり

研究会において、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療、介護といった各々の面だけではなく、地域づくり、といった視点が重要であるという意見が多く出された。オレンジプランでは「認知症施策の推進にあたっては、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。高齢者の数や地域ごとの特性等に応じて各地域で、認知症の人への支援体制が構築されることが重要である。その積極的な取組と国や都道府県からの支援が必要である。」としており、各自治体等行政機関の重要性も述べられている。

また、地域住民が認知症を理解し、地域で対応する力をつけることにより、認知症の人を地域全体で支える体制づくりも必要である。研究会では、介護・医療・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が必要であり、認知症の人への地域づくりは「まちづくり」であるとともに、住民や自治体、事業者等における「ひとつ

くり」でもあるという意見が多く見られた。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のような介護サービスと地域の力がかみ合い、居宅生活を可能とした例の紹介があった。世帯構造が変化している中、どのくらい地域での介護力をつけていくかということを考える必要がある、という意見もあった。今後は、地域包括ケアの観点から、地域のニーズに合わせて、必要な資源を把握し、かかりつけ医、認知症サポート医、精神科や老年科等の専門医、看護、介護、地域の民生委員、行政、住民等のネットワーク作りがなされ、社会全体で認知症の人を支えるような地域づくりを考える必要がある。

4. まとめ

本研究会では、認知症の人のうち、どのような状態の人に精神科病院への入院が必要なのか、入院せずにできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどのような支援環境等が必要なのかと言った点に関し、医療・介護従事者や関係の有識者等が一同に会して、活発な議論・検討が行われ、認識の共有が為されたことは、大変に意義深いものであった。

研究会を進める中で、認知症に対する現状の医療・介護が抱える問題が明らかになり、その解決手段として、精神科医療によるリエゾンやアウトリーチといった、地域生活への移行を促進するような取り組み、クリニカルパスのような入院医療の短期化・標準化を目指す試みが紹介された。また、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために、介護側による、介護の専門性や質の向上、地域での介護、医療との連携による早期対応や地域移行・在宅復帰支援等について有意義な検討と、将来に向けての提言が行えたものと考えられる。

また、本研究会が実施したアンケート調査の結果から、認知症治療病棟への入院は、3割は4か月以内で退院しているものの、一方で、入院期間が1年以上にいたる人も3割程度を占め、短期間で退院している群と長期入院群との二峰性があることが示された。また、長期入院群が短期入院群に比較して、認知症が重症であるとの結果は示されなかった。また、入院理由の結果からは、現状必ずしも医学的に必要とはいえない人も、入院している可能性が示された。

今後は、オレンジプランをすすめ、家族支援や環境の整備等を行うことで、少なくとも医学的に必要とはいえない入院は減少し、将来的には、さらに、認知症の人を地域全体で支える体制づくりによって、介護・医療・生活支援が一体的に提供されることで、これらのみならず、長期入院の解消や、さらに行動・心理症状のために入院する人も減少することを期待し、結論としたい。

本文中の図表

アンケート調査の概要

■趣旨・目的

- ・本文中記載につき省略

■調査対象・方法

- ・紙の調査票を郵送し、FAX・郵便等で返送頂く(平成25年10月12日～12月11日)
- ・介護側は第1段階で該当者調査後に第2段階調査(実査)を実施
(団体に依頼し、当該対象者の有無について1次調査を行っていただき、該当者の有無の調査結果を事務局に連絡していただいてから、事務局と事業所間で調査票の送付、返送を行った。)

	調査対象者	対象施設・事業所の数	発送・回収方法
医療側	●全国の認知症治療病棟を有する精神科病院に入院する患者(過去3ヶ月:平成25年7～9月の間の入院)	●406	●事務局より対象病院へ依頼、事務局へ調査票を返送
介護側	●介護施設(特別養護老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設・小規模多機能居宅介護事業者)から、精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	●特別養護老人ホーム: 206 ●介護老人保健施設: 782 ●グループホーム: 172 ●小規模多機能型居宅介護事業者: 74	●第1段階(各団体が対象者のいる事業所を把握):各団体より各事業所へ依頼、各団体へ結果を返送 ●第2段階:事務局より対象者のいる事業所へ依頼、事務局へ調査票を返送
	●自宅から精神科病院に入院となっていた患者(過去1年:平成24年10月～平成25年9月の間の入院)	●ケアマネージャー: 108	

■回収状況

	対象施設 (発送日順)	配布数(施設・事業所)		回収数		
			うち該当者無し (第2段階で判明)	施設・事業所	回収率(%)	患者
1	精神科病院	406	0	92	22.7	3,540
2	介護老人保健施設	782	2	381	48.8	811
3	グループホーム	172	5	115	68.9	154
4	小規模多機能型居宅介護事業者	74	3	34	47.9	45
5	特別養護老人ホーム	206	1	119	58.0	165
6	ケアマネジャー	108	4	93	89.4	114
合計		1,748	15	834	48.1	4,829

※事業所ベース回収率の分母からは、該当者無しの連絡があった事業所を除く

表1 医療側と介護側での回答と両群の差

設問	P値	医療側(医)・介護側(介)の回答の主な特徴
6 認知症の診断名	2.66E-08***	(医)アルツハイマー型が6割、(介)アルツハイマー型は半数弱、混合型が5%
7 入院形態	3.45E-230***	(医)医療保護入院が3/4超、(介)任意入院が半数弱、措置入院等もあり
8 入院希望者	4.69E-63***	(医)家族が8割超、(介)家族は7割、介護職・その他の希望・事情等が各3割
10 認知症高齢者の日常生活自立度	3.32E-40***	(医)Mが1/4。(介)特養・GHIは比較的重度者が多い
11 障害高齢者日常生活自立度	2.45E-13***	(介)が(医)に比べやや重度。GH・小規模多機能・ケアマネはAが、特養・老健はBが、それぞれ多い
12 要介護度	6.07E-13***	(介)が(医)に比べやや重度。在宅支援系(小規模多機能・ケアマネ)は比較的軽度
13 入院前のかかりつけ医の有無	1.23E-13***	8割前後は有、4割前後は精神科医。(医)無が16%、(介)両方が5%(特養・GHIに多い)
15 入院理由	6.83E-16***	行動・心理症状の増悪が8割、介護者の事情が4割、中核症状の進行が3割と共通。(医)「家族の疲弊」が1/3、(介)「薬剤の調整」が6割と多く、在宅支援系は「家族の疲弊」「介護者の事情」が4~5割
16 入院の理解・同意能力	4.09E-07***	7割前後は能力なし。(介)は不明がやや多い
17 認知症の重症度(FAST)	3.70E-13***	(介)が(医)に比べやや高い
18 認知症の周辺症状	(巻末)	「妄想」「介護への抵抗」は共通して多い。(介)はより多くの症状。特に「介護への抵抗」「暴言」が多い
BPSDの程度(NPI-Q)	(巻末)	「興奮」「易怒性」は共通して多い。(医)はより多くの症状。(介)「無関心」「脱抑制」が比較的多い(6割前後)
19 総重症度・総負担度	総重症度	7.76E-69***
	総負担度	4.19E-79***

有意水準 * = 5%、** = 1%、*** = 0.1% (それぞれ以下)

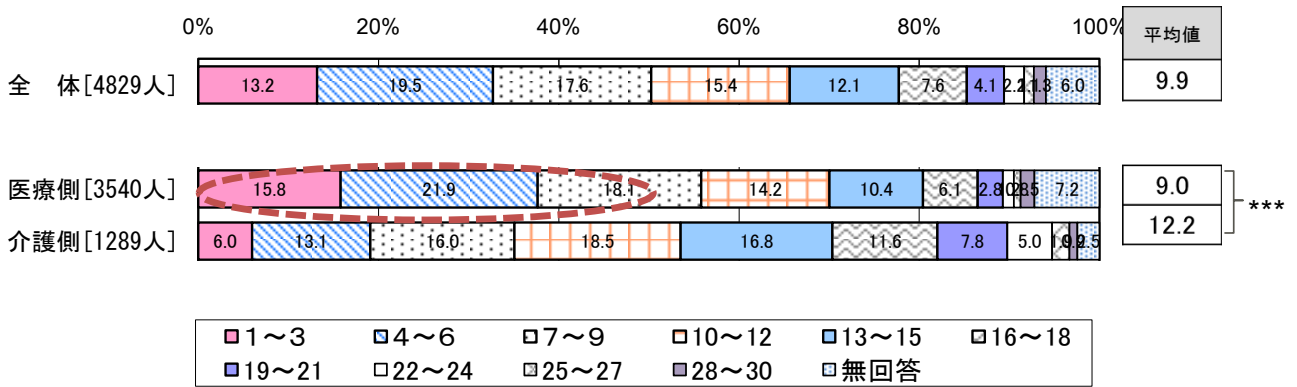


図1 Q19 BPSD 症状の重症度総得点 n=4,829

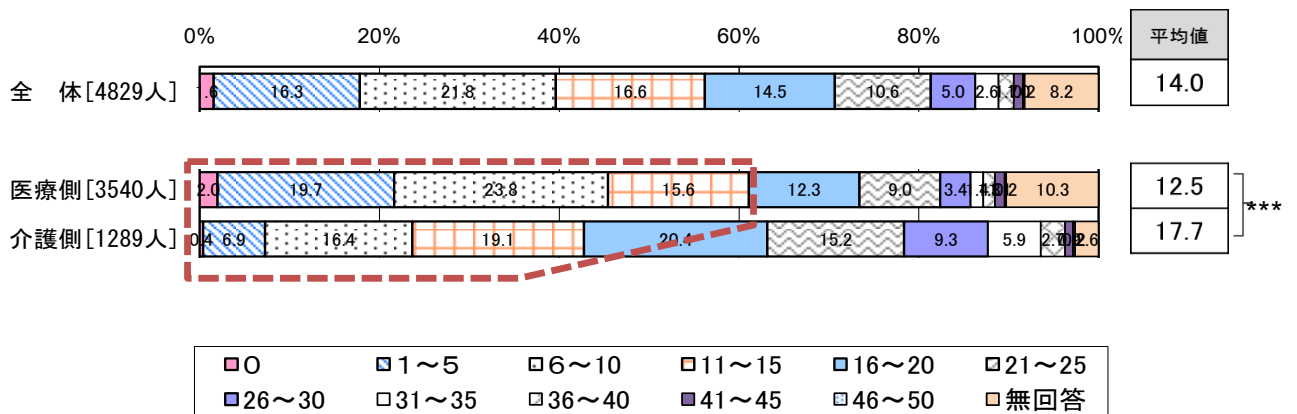
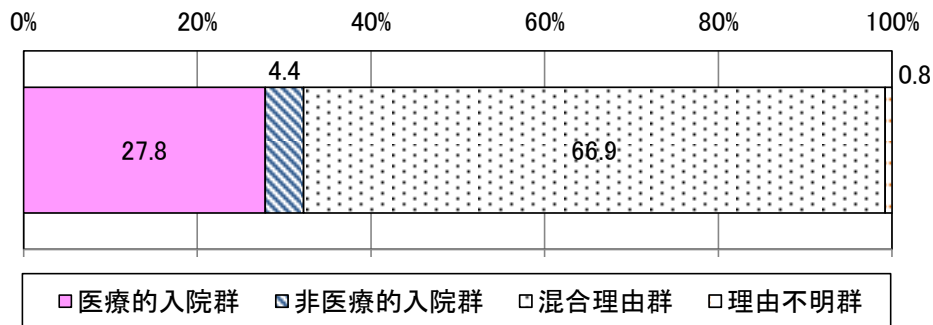


図2 Q19 BPSD 症状の負担度総得点 n=4,829



n=4,829

図3 入院理由(複数回答)

医療的入院群

Q15-入院理由で、選択肢1(行動・心理症状の増悪)・3(薬剤の調整)・4(診断の確定)・5(中核症状の進行)・11(身体合併症の治療)のみ選択された回答群

非医療的入院群

Q15-入院理由で、選択肢2(地域からの要請(民生委員等))、選択肢6(家族の疲弊)、選択肢7(待ち期間なく入院可能だったため)、選択肢8(介護施設の入所待ち)、選択肢9(経済的理由)、選択肢10(介護者の事情(家庭・地域・施設で対応困難))のみ選択された回答群

表2 医療的入院群と非医療的入院群との比較

	P値
入院形態	0.712
入院前の居所	0.032 *
認知症高齢者の日常生活自立度	0.000 ***
障害高齢者日常生活自立度	0.339
要介護度	0.002 **
入院前のかかりつけ医の有無	0.778
入院前に利用していた主なサービス	0.000 ***
本人の入院同意能力	0.000 ***
認知症の重症度(入院時)	0.075 .

有意水準 . =10%、*=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)

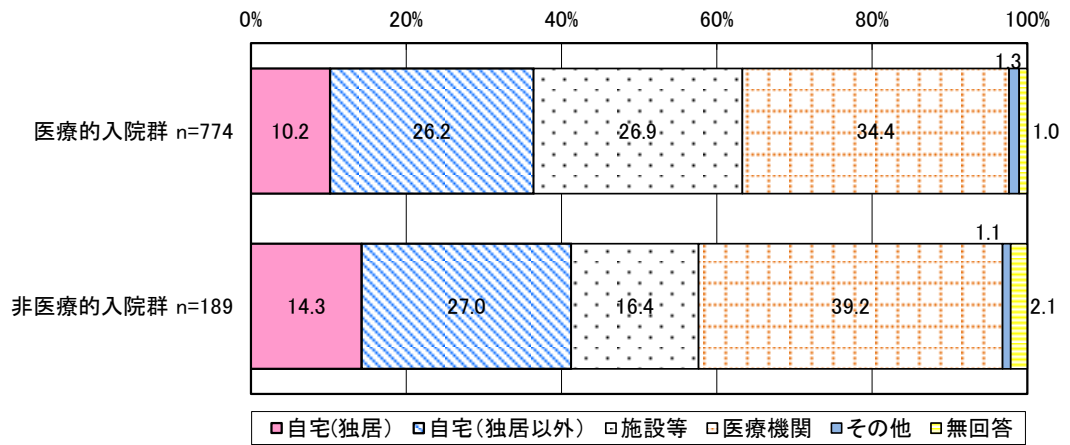


図4 入院前の居所(入院理由2群別、病院側回答のみ)

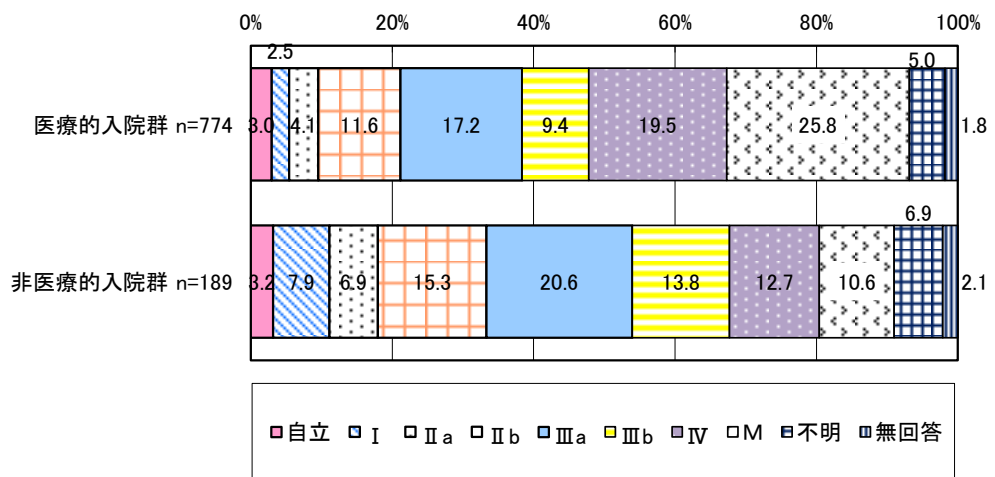


図5 Q10 認知症高齢者の日常生活自立度(入院理由2群別、病院側回答のみ)

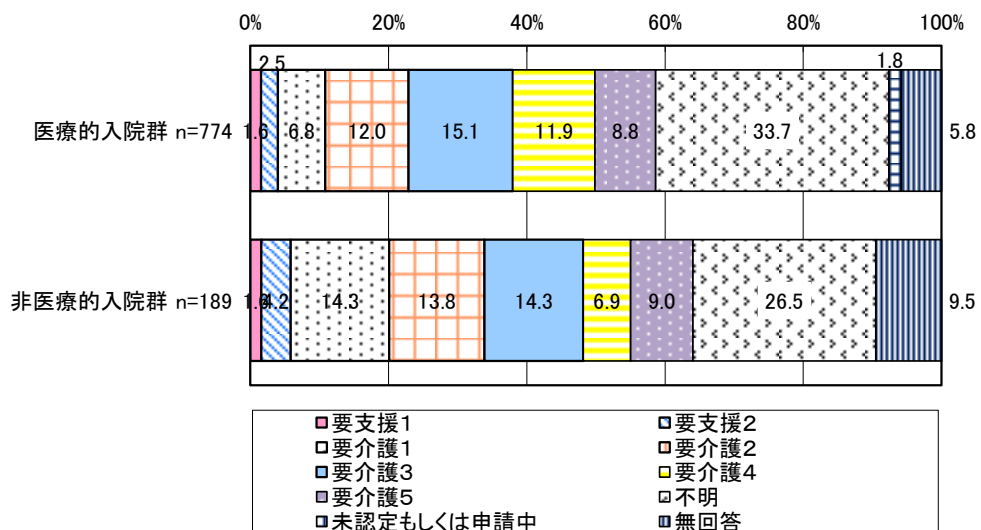


図6 Q12 要介護度(入院理由2群別、病院側回答のみ)

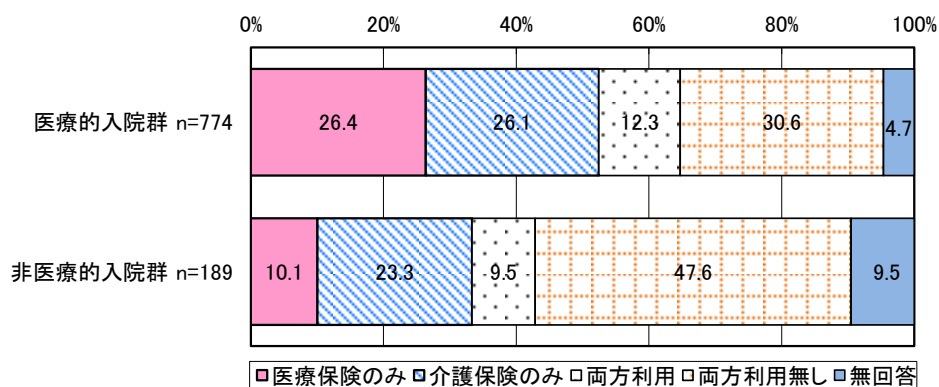


図7 Q14入院前に利用していたサービス(入院理由2群別、病院側回答のみ)

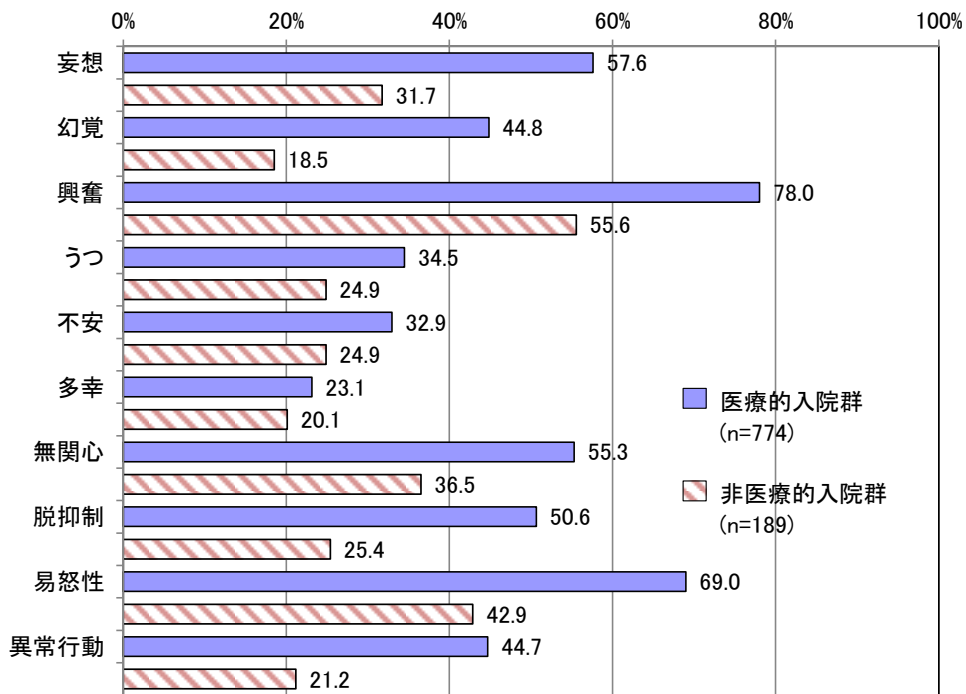


図8 Q19 NPI-Q BPSDの各症状を有する割合(入院理由2群別、病院側回答のみ)

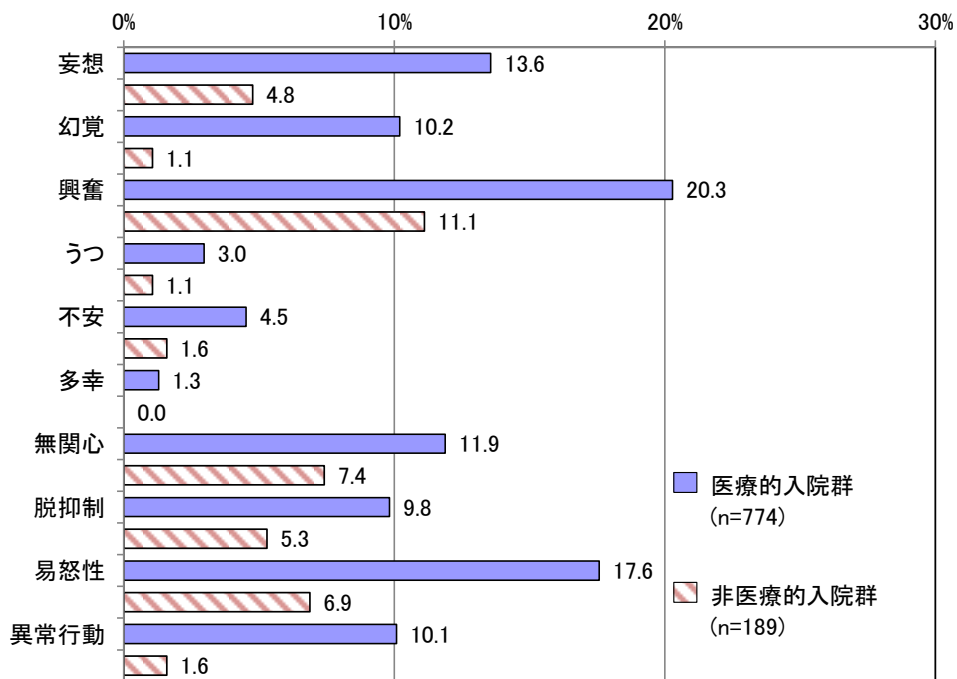


図9 Q19 NPI-Q BPSD 各症状が重度の割合(入院理由2群別、病院側回答のみ)

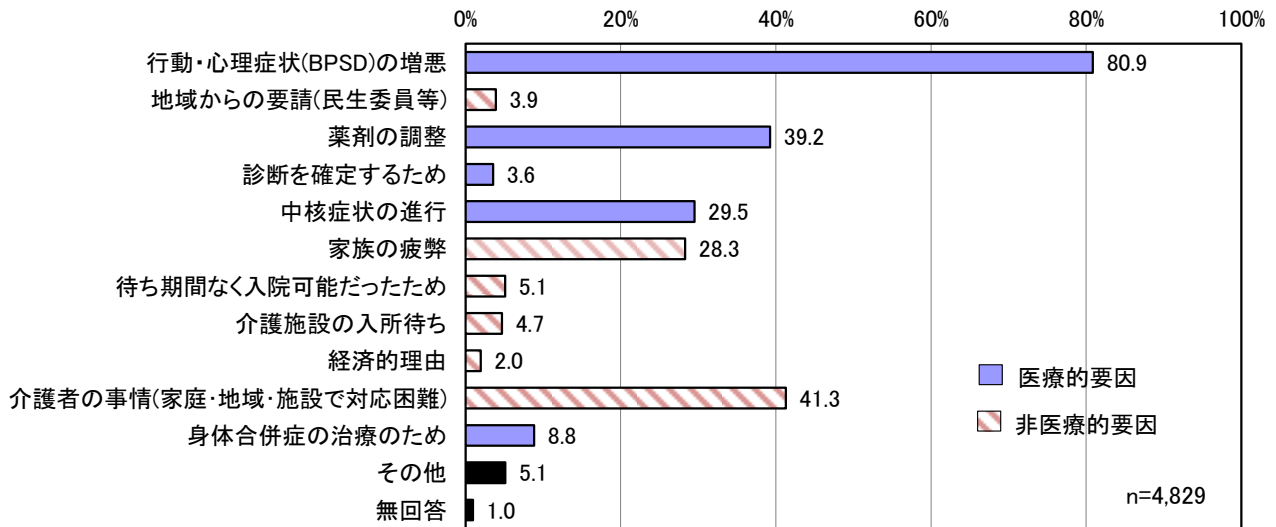


図10 入院理由における医療的要因/非医療的要因

表3 医療的入院群と非医療的入院群とのBPSD有無の比較

医療側の判断による医療的入院群と非医療的入院群でのNPI-QにおけるBPSD項目の回答の比較
(医療的入院群でBPSDがありとされた項目の割合降順)

	医療的入院群 (N=774)						非医療的入院群 (N=189)						P値
	あり		なし		欠損		あり		なし		欠損		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
3. 興奮	605	78.2	164	21.2	5	0.6	109	57.7	78	41.3	2	1.1	**
9. 易怒性	536	69.3	233	30.1	5	0.6	82	43.4	105	55.6	2	1.1	**
1. 妄想	450	58.1	318	41.1	6	0.8	60	31.7	127	67.2	2	1.1	**
7. 無関心	428	55.3	339	43.8	7	0.9	70	37.0	115	60.8	4	2.1	**
8. 脱抑制	394	50.9	373	48.2	7	0.9	48	25.4	139	73.5	2	1.1	**
2. 幻覚	352	45.5	416	53.7	6	0.8	37	19.6	149	78.8	3	1.6	**
10. 異常行動	348	45.0	418	54.0	8	1.0	40	21.2	147	77.8	2	1.1	**
4. うつ	267	34.5	501	64.7	6	0.8	48	25.4	139	73.5	2	1.1	*
5. 不安	257	33.2	510	65.9	7	0.9	48	25.4	139	73.5	2	1.1	*
6. 多幸	180	23.3	587	75.8	7	0.9	40	21.2	147	77.8	2	1.1	

**P<0.01, *P<0.05

表4 NPI-QのBPSD10項目における項目間の相関

		1. 妄想	2. 幻覚	3. 興奮	4. うつ	5. 不安	6. 多幸	7. 無関心	8. 脱抑制	9. 易怒性	10. 異常行動
1. 妄想	相関係数										
	人数										
2. 幻覚	相関係数	0.54 **									
	人数	952									
3. 興奮	相関係数	0.28 **	0.23 **								
	人数	953	953								
4. うつ	相関係数	0.22 **	0.23 **	0.15 **							
	人数	953	952	953							
5. 不安	相関係数	0.16 **	0.13 **	0.11 **	0.52 **						
	人数	951	951	953	951						
6. 多幸	相関係数	0.24 **	0.28 **	0.19 **	0.34 **	0.20 **					
	人数	951	951	953	951	952					
7. 無関心	相関係数	0.09 **	0.20 **	0.14 **	0.20 **	0.07 *	0.28 **				
	人数	949	949	951	949	949	950				
8. 脱抑制	相関係数	0.33 **	0.26 **	0.41 **	0.20 **	0.17 **	0.28 **	0.23 **			
	人数	951	951	953	951	951	952	950			
9. 易怒性	相関係数	0.23 **	0.21 **	0.62 **	0.12 **	0.10 **	0.17 **	0.12 **	0.50 **		
	人数	953	953	955	953	953	954	952	954		
10. 異常行動	相関係数	0.25 **	0.23 **	0.26 **	0.12 **	0.15 **	0.11 **	0.22 **	0.38 **	0.24 **	
	人数	950	950	952	950	950	950	948	951	952	

注) ここでの人数とは相関をみようとしている両方の項目で欠損がない人数をいう。

**P<0.01, *P<0.05

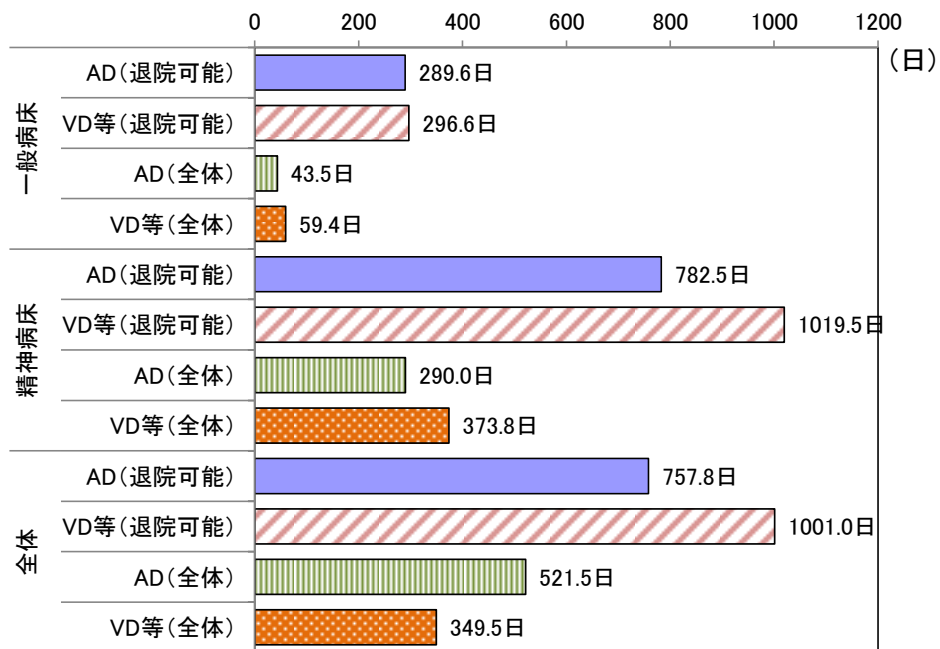


図11 認知症の入院患者のうち、社会的入院とみられる入院患者の在院日数(平成23年患者調査)

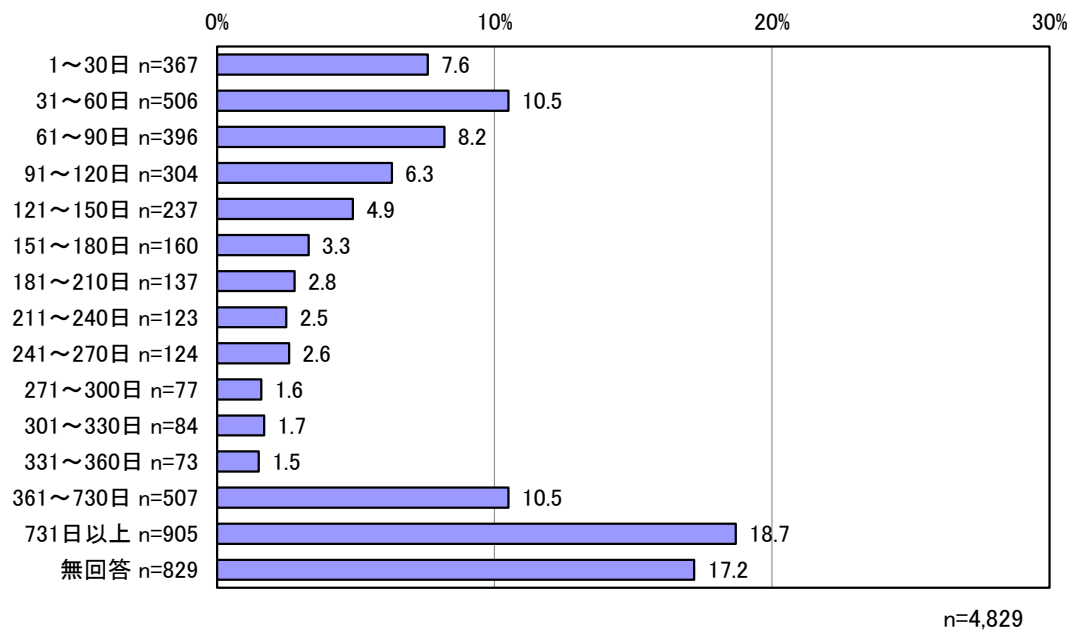


図12 全体の入院日数

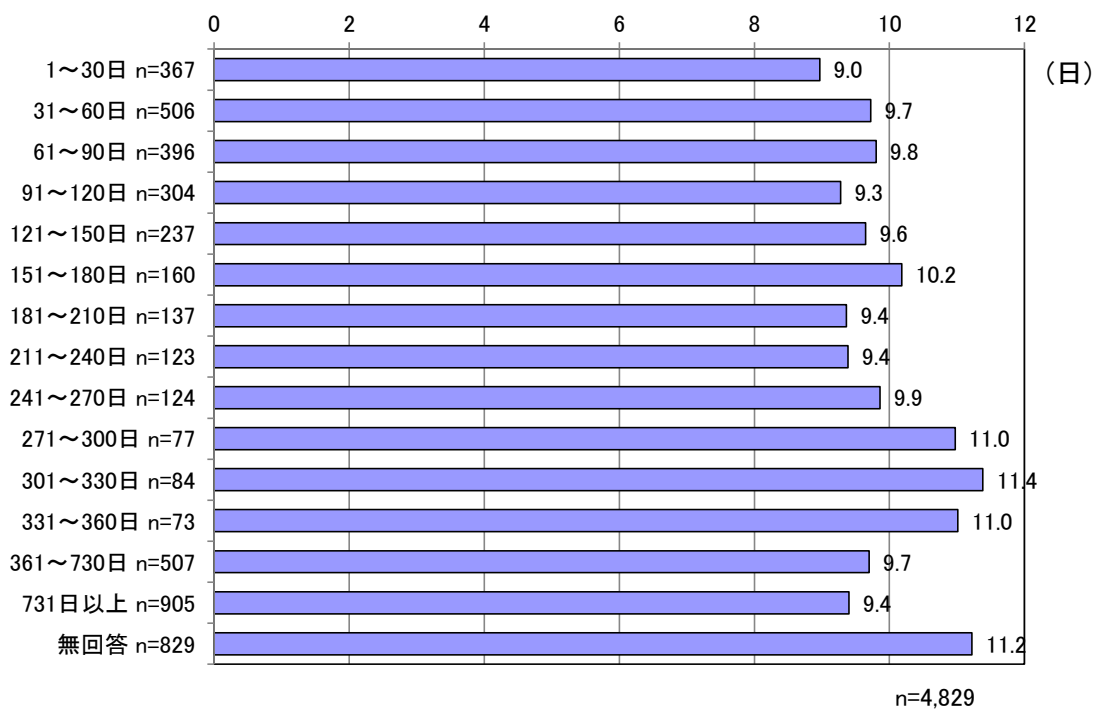
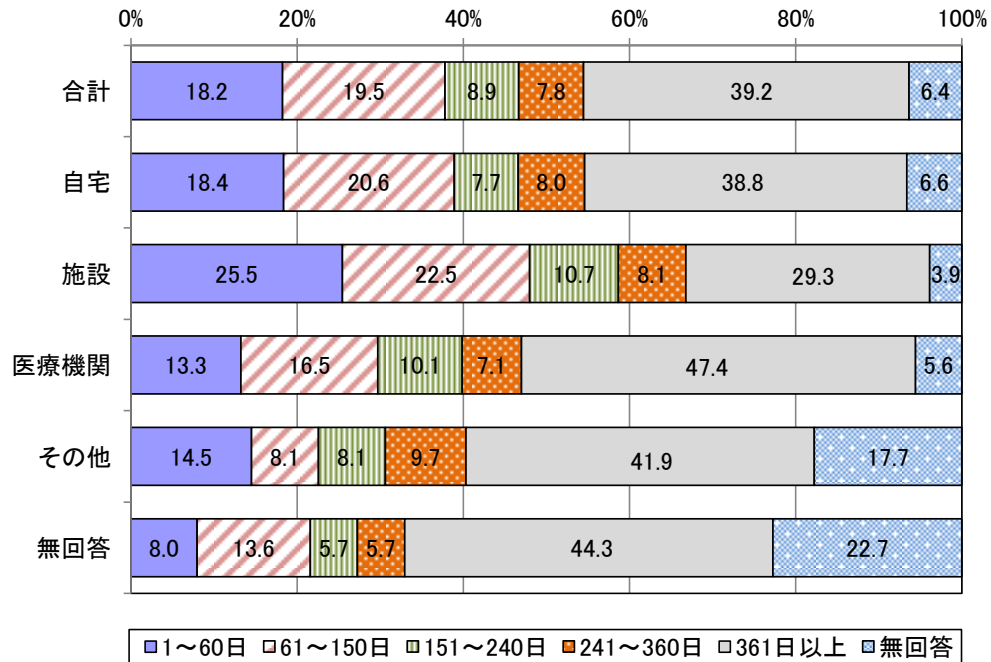


図13 Q19 NPI-Q 症状の重症度総得点と入院日数



入院前の居所	入院期間中央値 (Q2-3)
自宅 (n=1,742)	241
施設 (n=750)	151
医療機関 (n=898)	367
その他 (n=62)	458
無回答 (n=88)	385

図14 Q2-3 病院回答における入院日数と入院前の居所

表1「医療側と介護側での回答と両群の差」別添 Q18・Q19の症状別P値

Q18認知症の周辺症状

	P値
幻視・幻聴	4.6E-12 ***
妄想	0.210457
昼夜逆転	5.5E-12 ***
暴言	1.25E-24 ***
介護への抵抗	1.09E-37 ***
徘徊	0.721463
火の不始末	0.008824 **
不潔行為	0.099198
異食行動	0.019473 *
性的問題行動	0.000344 ***
その他	3.89E-05 ***

Q19BPSDの程度(NPI-Q)(有無)

	P値
妄想	0.007427 **
幻覚	1.12E-10 ***
興奮	2.12E-20 ***
うつ	2.55E-27 ***
不安	4.58E-10 ***
多幸	2.58E-22 ***
無関心	1.98E-09 ***
脱抑制	7.19E-16 ***
易怒性	1.39E-10 ***
異常行動	0.008811 **

有意水準 . =10%、*=5%、**=1%、***=0.1%(それぞれ以下)