

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 1 回) 議事要旨

1. 日 時：平成 25 年 9 月 9 日(月) 18 時～20 時
2. 会 場：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、新井委員、河崎委員、鴻江委員、宮崎様（齋藤委員代理）、助川委員、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（五十音順）

4. 議事（概要）

(1) これまでの整理と今後の進め方について

- 事務局より昨年度の議論の整理と今年度の研究会の進め方について説明。今年度の研究会の進め方について各委員了承。
- 昨年度の主な議論のうち「なぜ入院が長いのか（昨年度の主な議論の整理）」の制度的要因の一部表現について、誤解を招く表現となっていることから、表現を正確化することとした。

(2) 議論の出発点となるデータ・実態の把握について

- オブザーバより昨年度の研究会で議論に上がったデータについて報告

[主な意見等]

- 参考 5「疾患別の退院患者平均在院日数の推移」のデータでは精神病床を一まとめとした平均値となっているが、精神病床にも規定により様々な種類があり在院日数も異なることから、それらを分けてデータを出す方がよい。

(3) 認知症の人の精神科病院への入院の実態について

- 入院前の居場所については(2)にてデータが紹介されたが、それぞれの場所から精神科病院に入る原因・理由として、それぞれの場所における実態（事例）やデータ等を関係する委員から紹介。在宅からの事例として助川委員(ケアマネ)や宮島委員(小規模多機能)から、施設からの実態等として河崎委員(グループホーム)、鴻江委員(特養)、内藤委員(老健)からそれぞれ発表。
- これら紹介頂いた実態等に関し、他の委員から質問や意見等が出された。

[主な意見等のまとめ]

- 精神症状が強い事例の報告が多かったが、こういう大変な事例は何百万人という認知症の人のうちのごく僅かである。また入院しなくても、あるいは迷惑行為・自傷他害（退院困難事例）があっても介護の質を高めた生活支援等により適切に対応し「住み慣れた地域で最期まで」をある程度成功させている地域もあることから、「精神科病院に入院する患者の状態」は地域・家族・施設の介護スキル等によって大きく異なる。
- 精神科病院の現場では、家族介護が限界に達しどうしようもなくなった患者、スーパー救急での搬送患者等の重症患者が増えている。また、身体合併症を診るべき地域の基幹的な総合病院が精神科の単科病院に患者を送ってくるという課題もある。そういう構造をなくさなければ、利便的な事を議論しても、問題の解決にはならないのではないかと。
- 地域・家族・施設でみて（入院をお願いしなくてもよい状況や、入院しても早期退院できる状況をつくって）いくには、かなり早期の生活支援の段階から認知症を支えていく必要がある。そのためには理念ではなく、例えば一般の医師・ケアマネ・看護師等が精神科医と連携

して気軽に相談対応する、原因疾患の特徴や認知症の症状について説明し地域・家族・施設が理解する等、在宅や施設で精神科病院と協力しながら介護・生活支援できる地域での体制づくりが重要。

- どうしても精神科病院への入院が避けられない場合は現実にある。したがって精神科病院でしかできないこと（あるいは患者の状態）や、精神科病院への入院が避けられないような状態の明確化が必要。精神科病院だけで解決しようとしなくて、いかに精神科病院の精神科治療をやりながら、早く地域に帰す、家族に帰すために、精神科病院がどれだけ地域の資源と協力をしていくか、という事も大切な課題
- （明確化の一つの方法として）患者の医学的な状態に加え、地域の介護の状況等どのような条件・内容等で精神科医が実際に退院不可（長期入院が必要）を判断しているのかを明らかにする必要がある。また、病院側から見た退院の可否だけではなく、生活支援ができる地域の施設等であってもどうしても入院させてもらわざるを得ないケースを把握する必要がある。あるいは、地域差を考慮するのではなく単身の認知症高齢者をモデルとして地域で暮らせる状態・条件を明確化すればよいのではないかな。
- 一方、どういう状態だったら地域で暮らせるかは様々な異なる条件があるため定めるのは難しいのではないかな。また、認知症はステージ毎に現れる反応が異なり、重症化だけで説明できない要素も多く、施設や家族等では力が及ばない自傷他害が起こりうる患者が、どういう要件で薬や入院での対応が必要と判断できるかは（他の疾病と比較して経験が少ないこともあって）必ずしも確立されていない。
- 状態の明確化以外にも、（退院や再入院の抑制や予防上から）地域と精神科病院でBPSDに関する共通の認識や判断が必要。また、入院・投薬等の要否を判断する前提として、認知症におけるBPSDと認知症を併発した精神疾患とを地域の医療機関が鑑別・診断する力を強化する必要。

(4) 座長まとめ

- 家族・施設・地域の力の格差の診断はどういうスケールでどう表現すればいいのかな、退院可否の判断の把握等、もう少し具体的に俎上にのせて検討していくことによって、将来考えられる選択肢の中でどういう姿が一番いいかが決まったら、それに向け3～5年程度の時間軸を引いてどのように全体の底上げをしていくかという計画に落とし込んでいくことになるのではないかな。

以上