

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12回)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年11月18日(木) 18:00~20:00
2. 場所 厚生労働省 共用第7会議室
千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館 5階
3. 議事
 - (1) 調査結果について
 - (2) 中間とりまとめ(案)について
 - (3) 意見交換

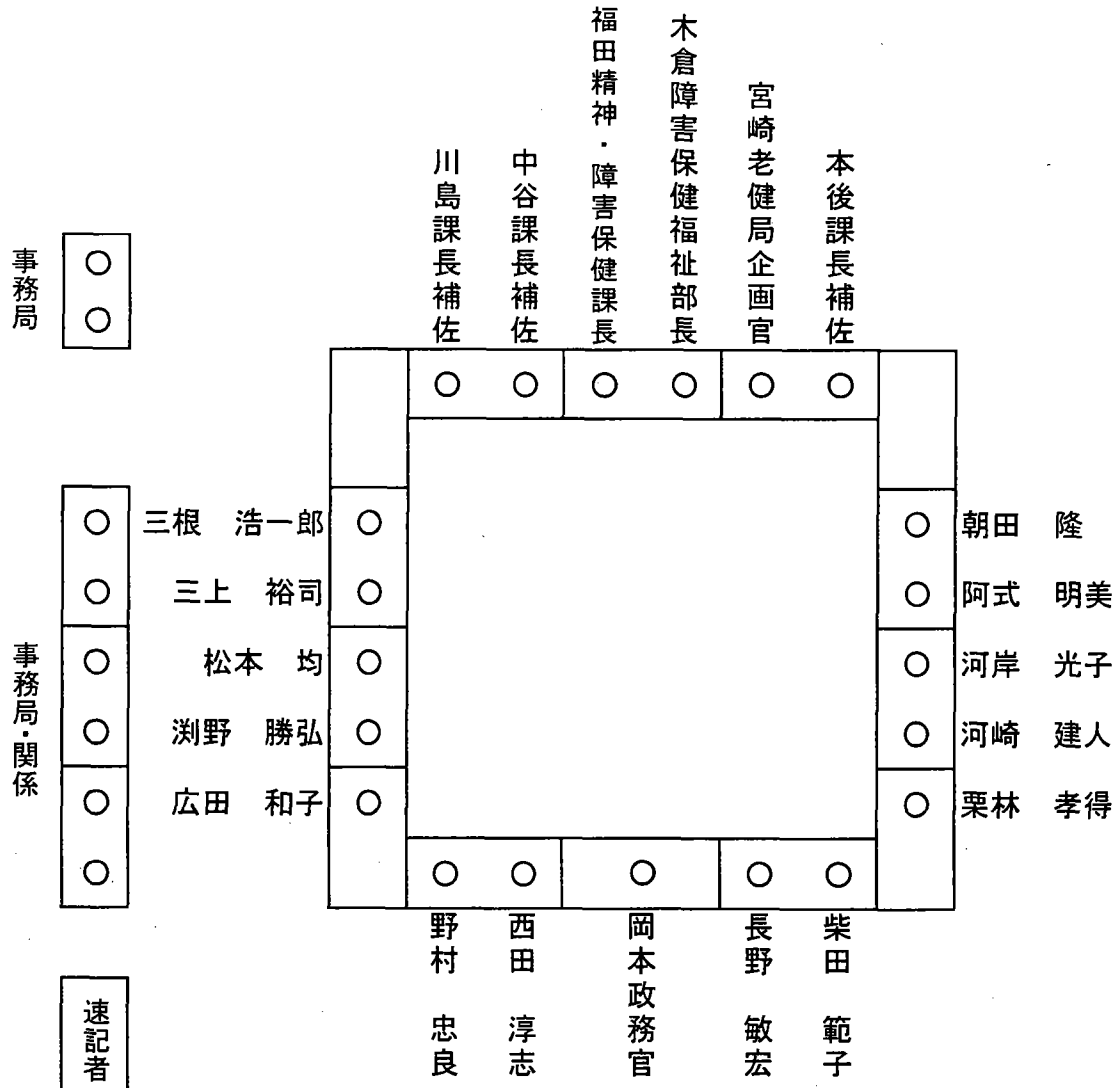
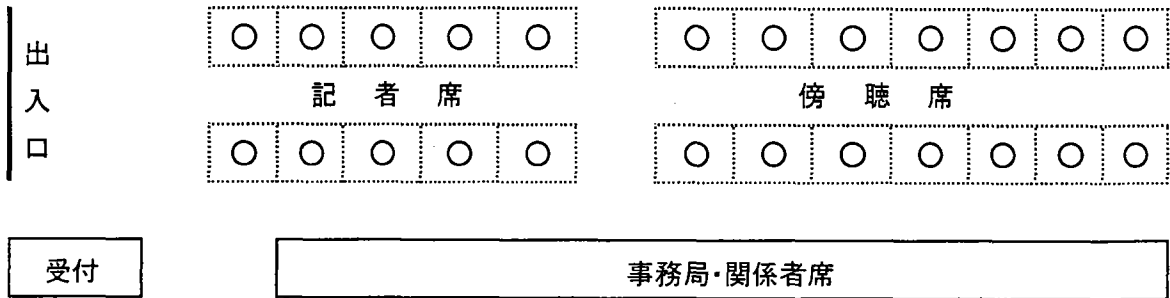
【配布資料一覧】

- ・資料1 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について(追加解析)
- ・資料2 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 中間とりまとめについて(案)
 - 〈2-1〉 認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)
 - 〈2-2〉 中間とりまとめ骨子(案)
 - 〈2-3〉 論点(案)への意見
- ・ 淵野構成員提出資料
- ・ 参考資料
 1. 精神病床における認知症入院患者に関する調査の概要
(第11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 資料1)
 2. 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(第11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 資料2)
 3. 「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(第11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 資料3)

第12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22年11月18日(木) 18:00~20:00

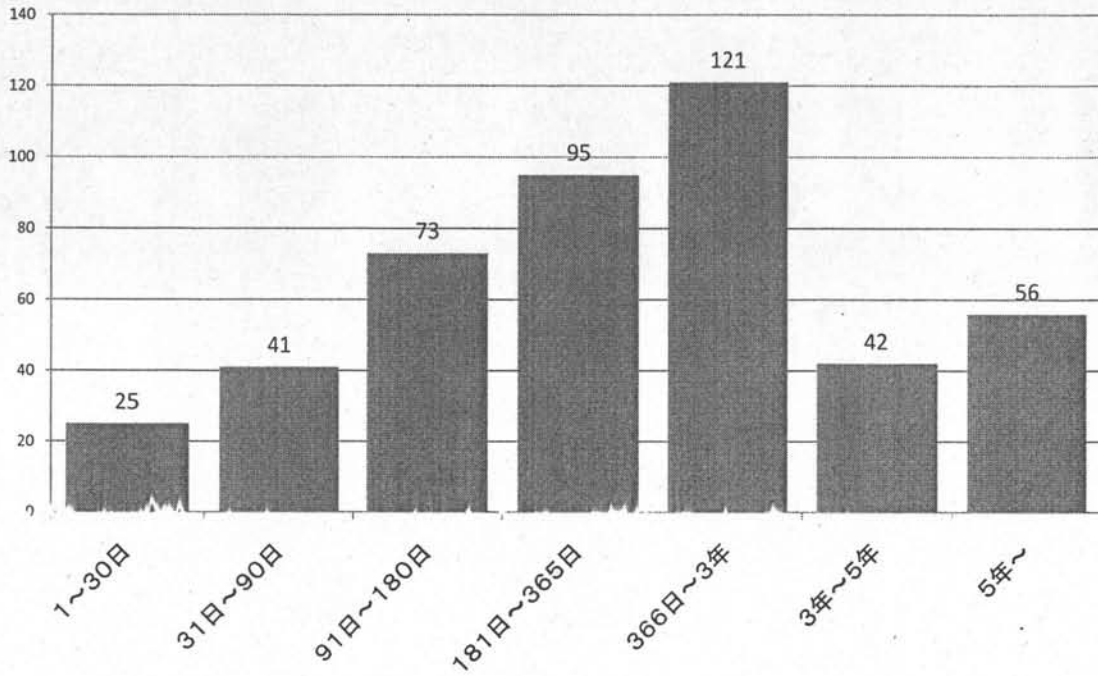
於:厚生労働省 共用第7機室(5階)



「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について
(追加解析)

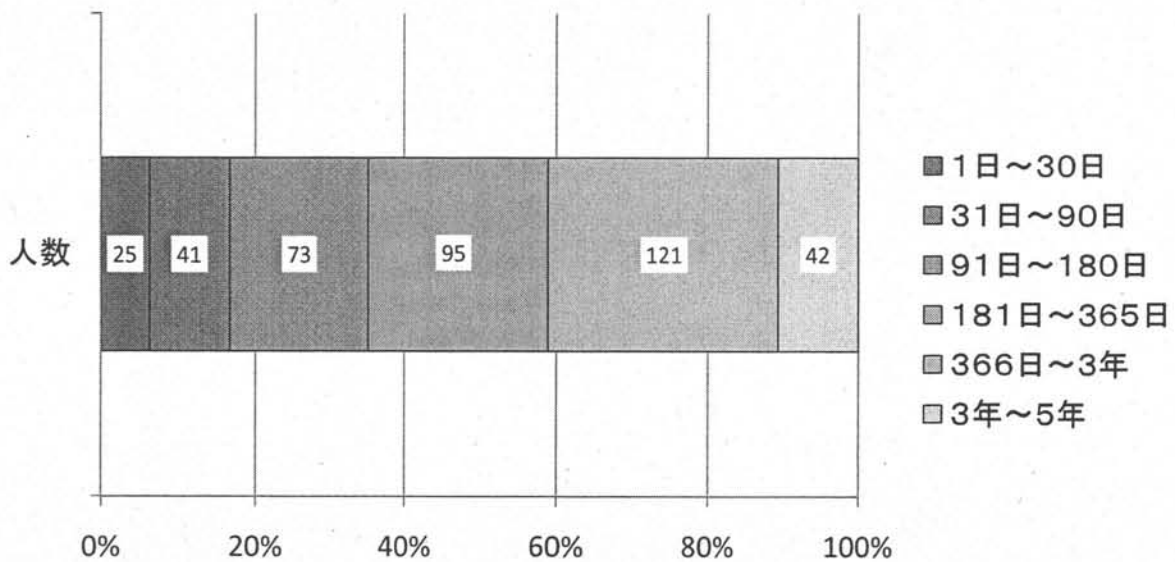
在院日数別入院患者数

在院日数	1日~30日	31日~90日	91日~180日	181日~365日	366日~3年	3年~5年	5年~
人数	25	41	73	95	121	42	56



1

在院日数別の入院患者数割合



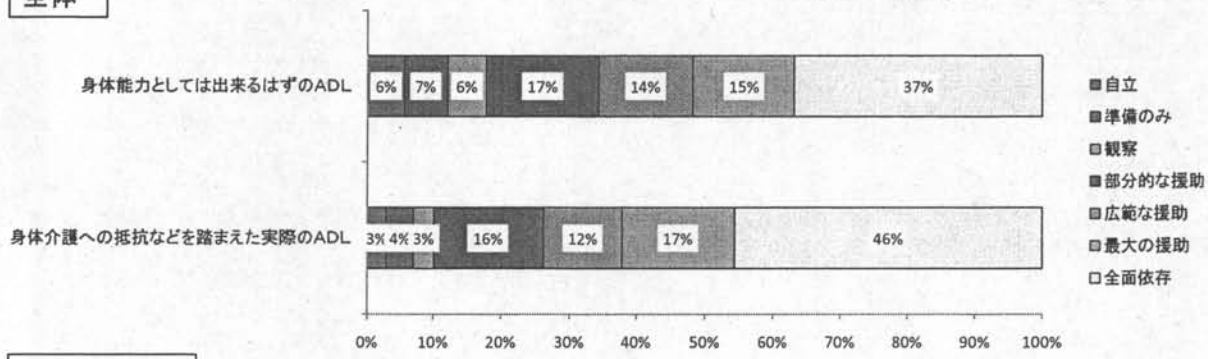
2

平均在院日数別 調査日から過去3日間のADLについて

e 入浴

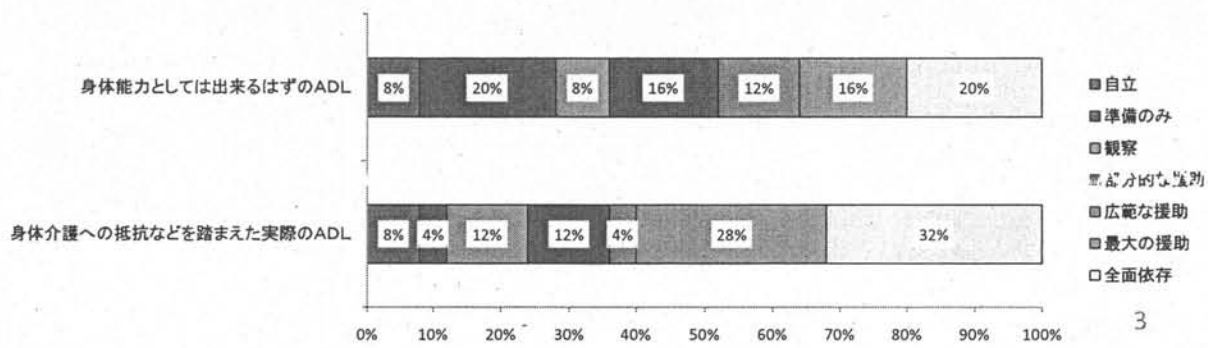
全体

(N=454)



1日~30日

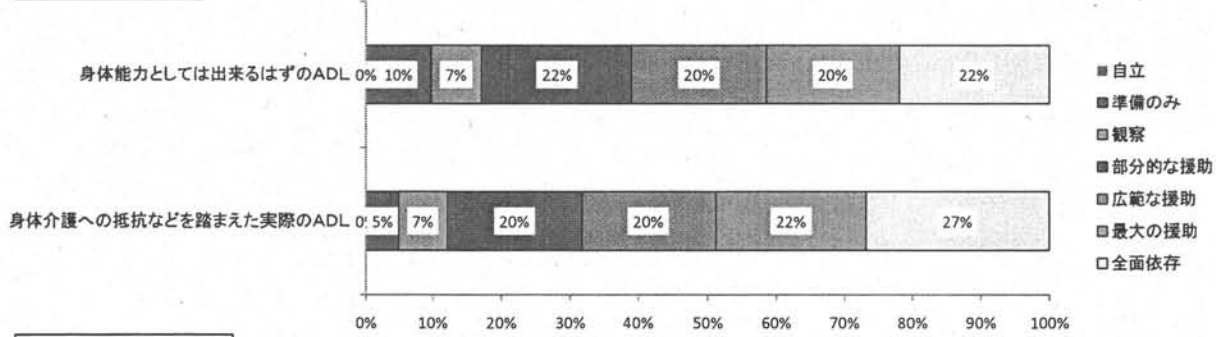
(N=25)



3

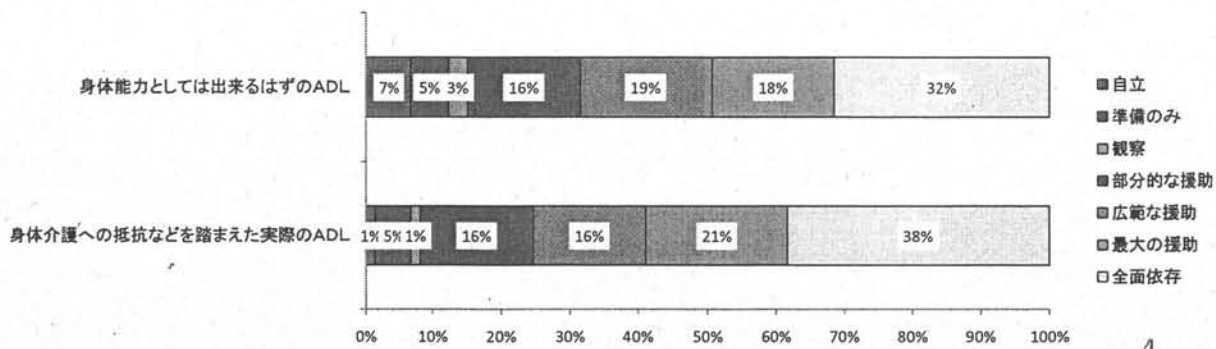
31日~90日

(N=41)



91日~180日

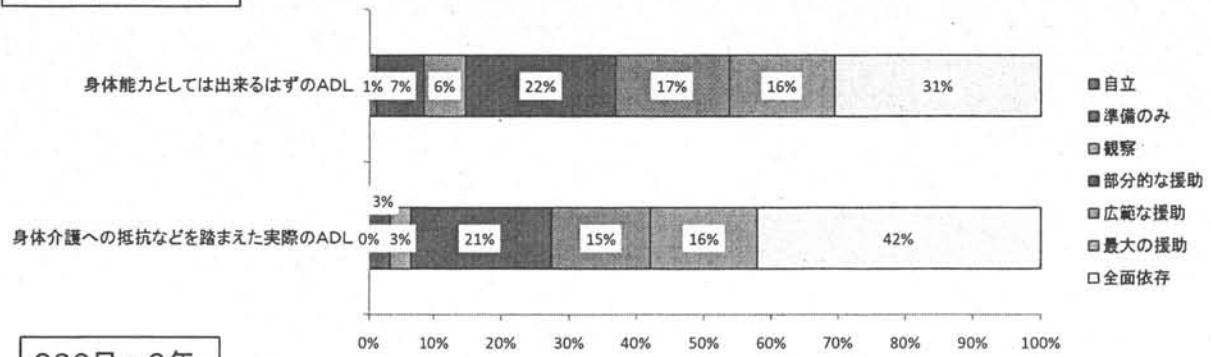
(N=73)



4

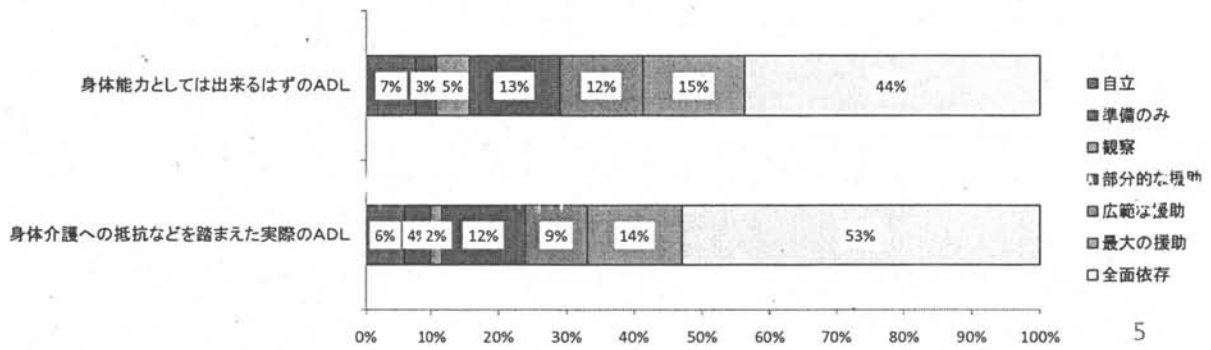
181日～365日

(N=95)



366日～3年

(N=121)

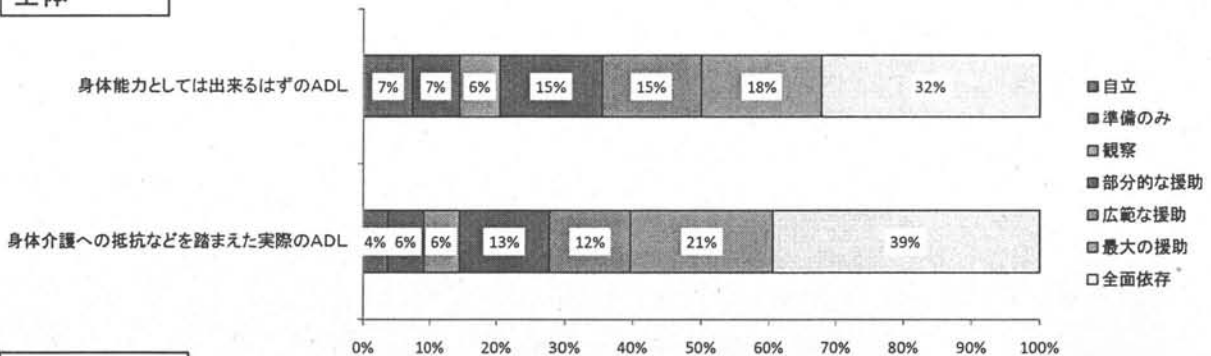


5

f 衣服の着脱

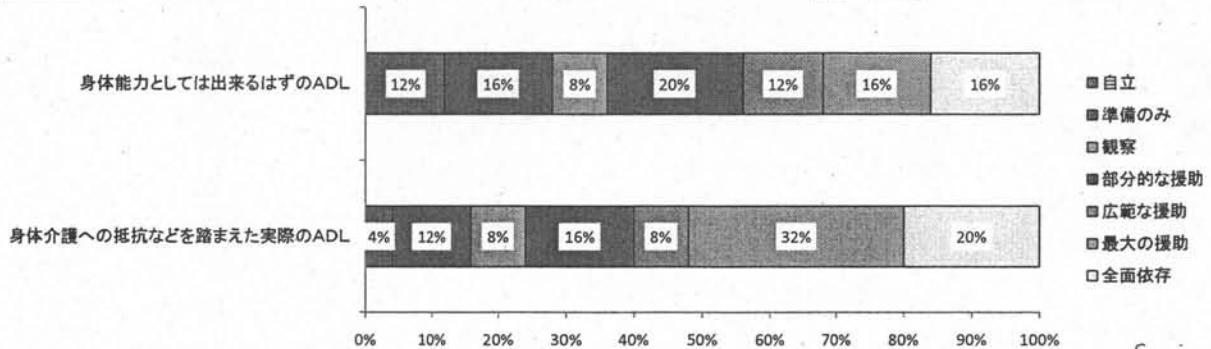
全体

(N=454)



1日～30日

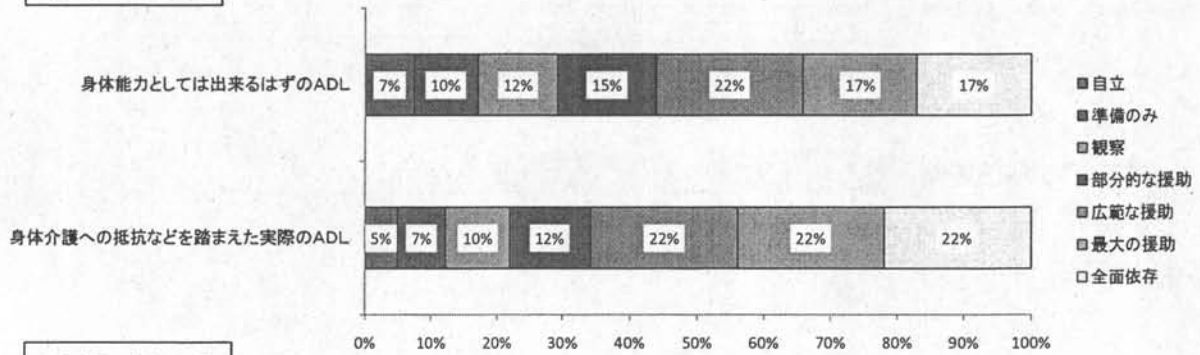
(N=25)



6

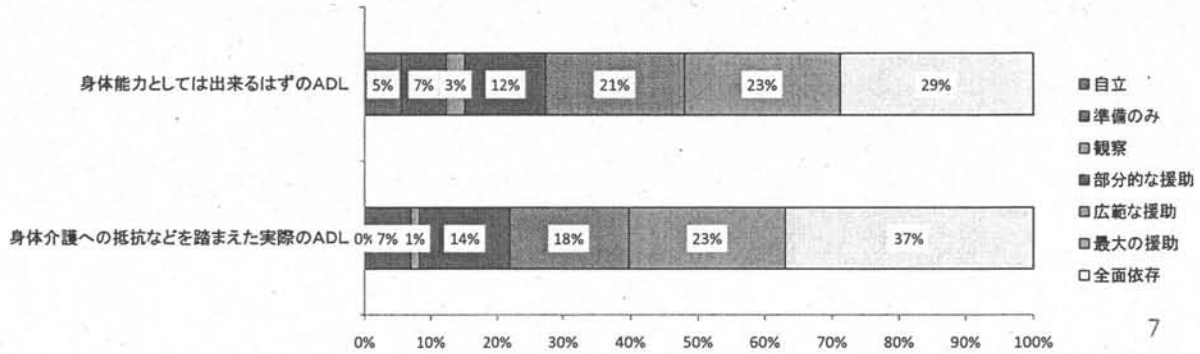
31日～90日

(N=41)



91日～180日

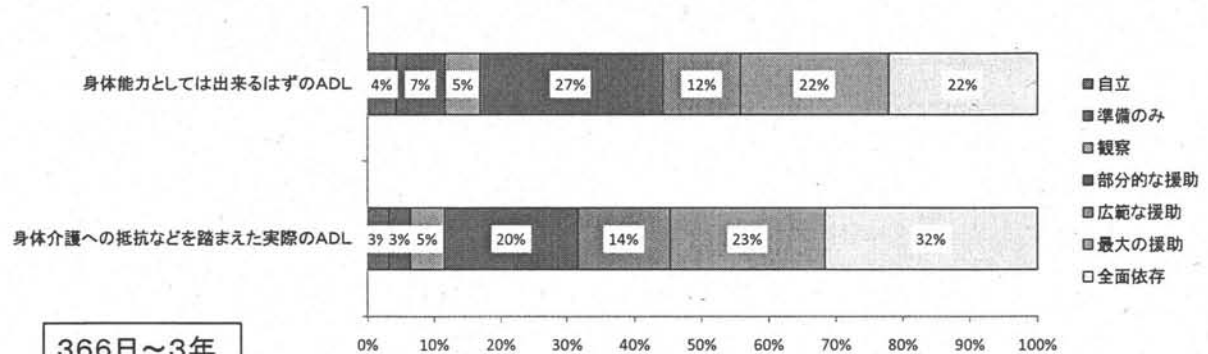
(N=73)



7

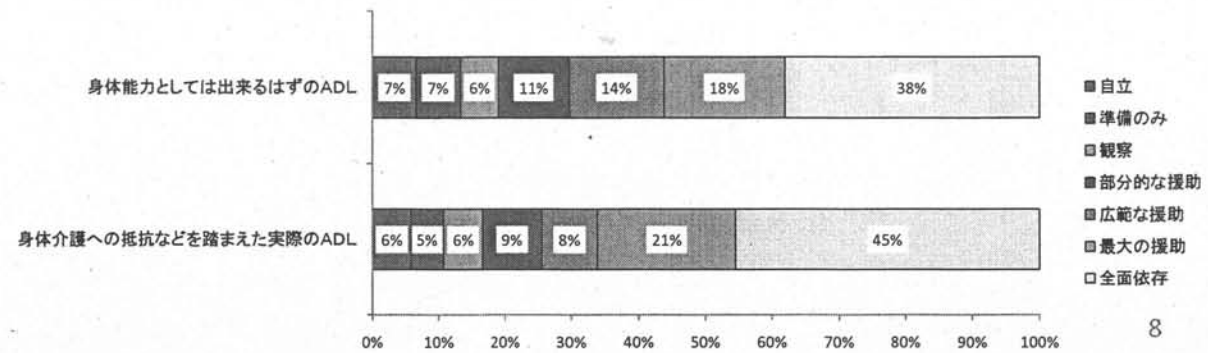
181日～365日

(N=95)



366日～3年

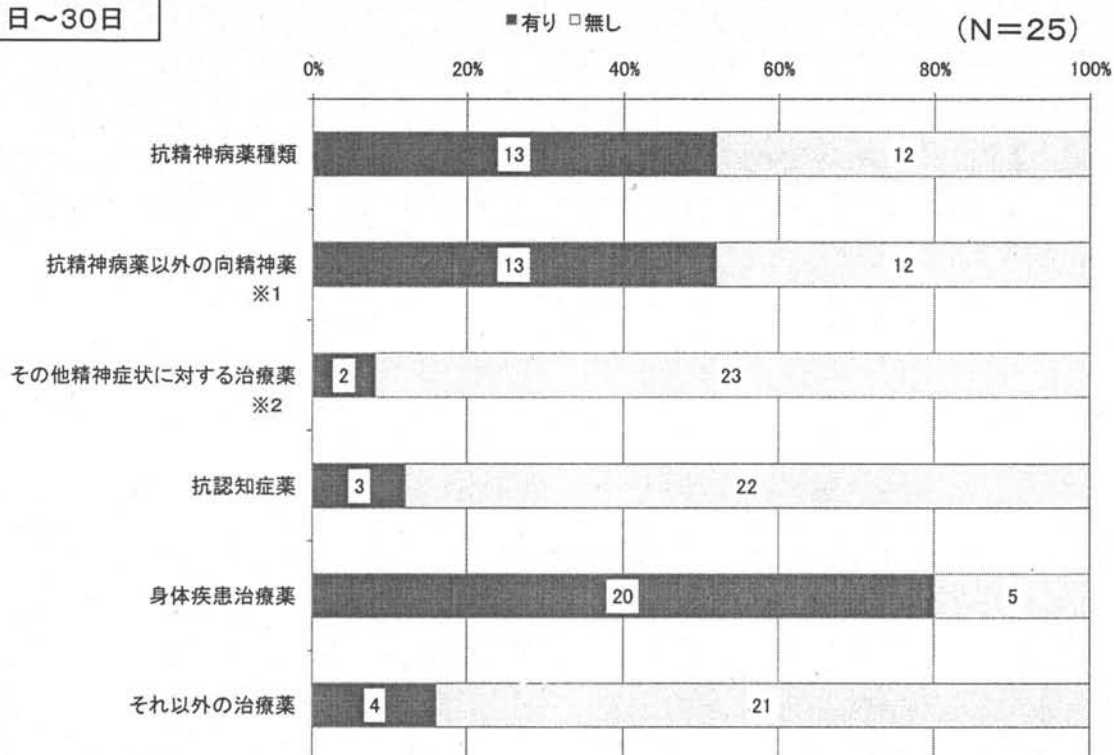
(N=121)



8

平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

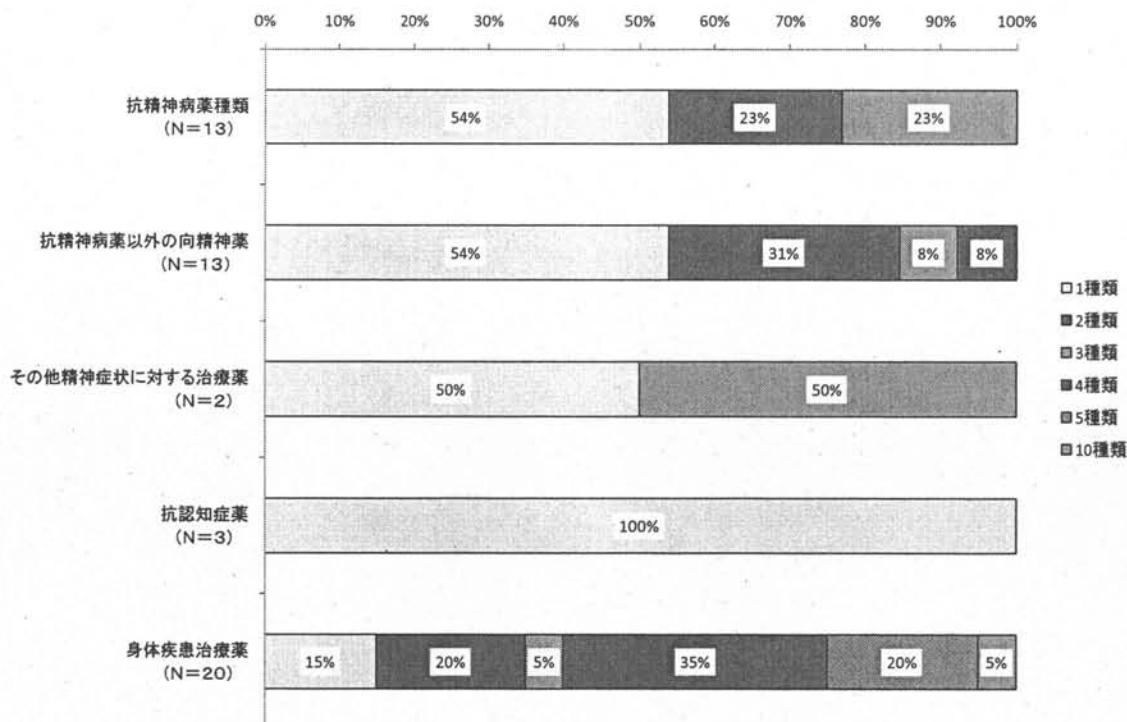
1日~30日



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・・・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

1日~30日

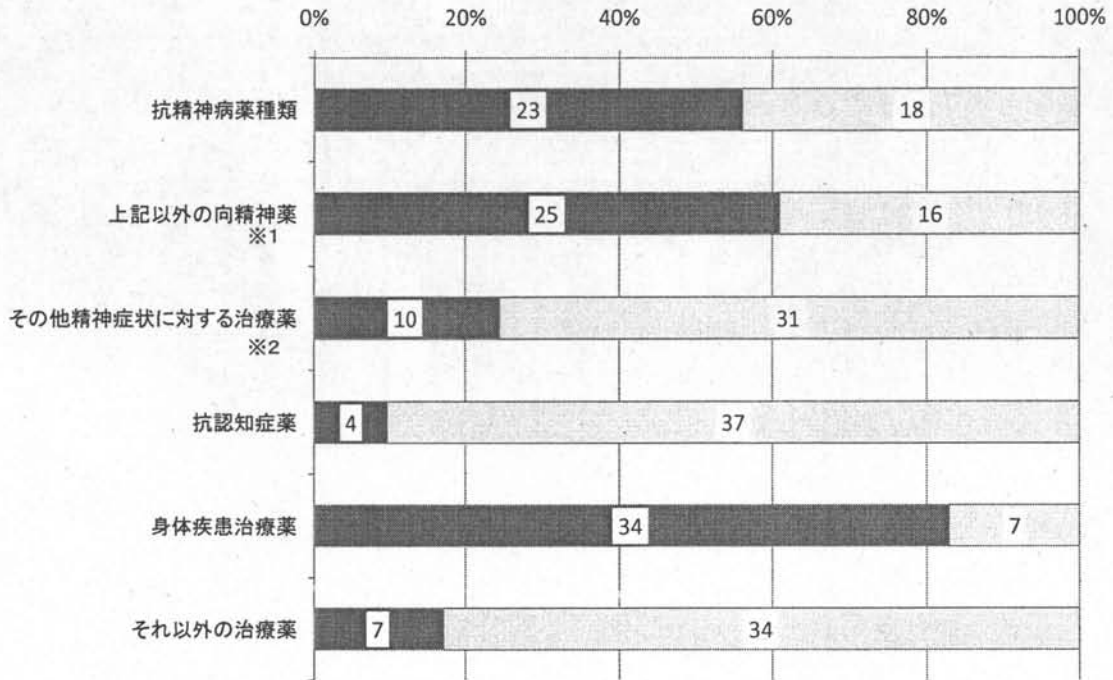


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

31日～90日

■ 有り □ 無し

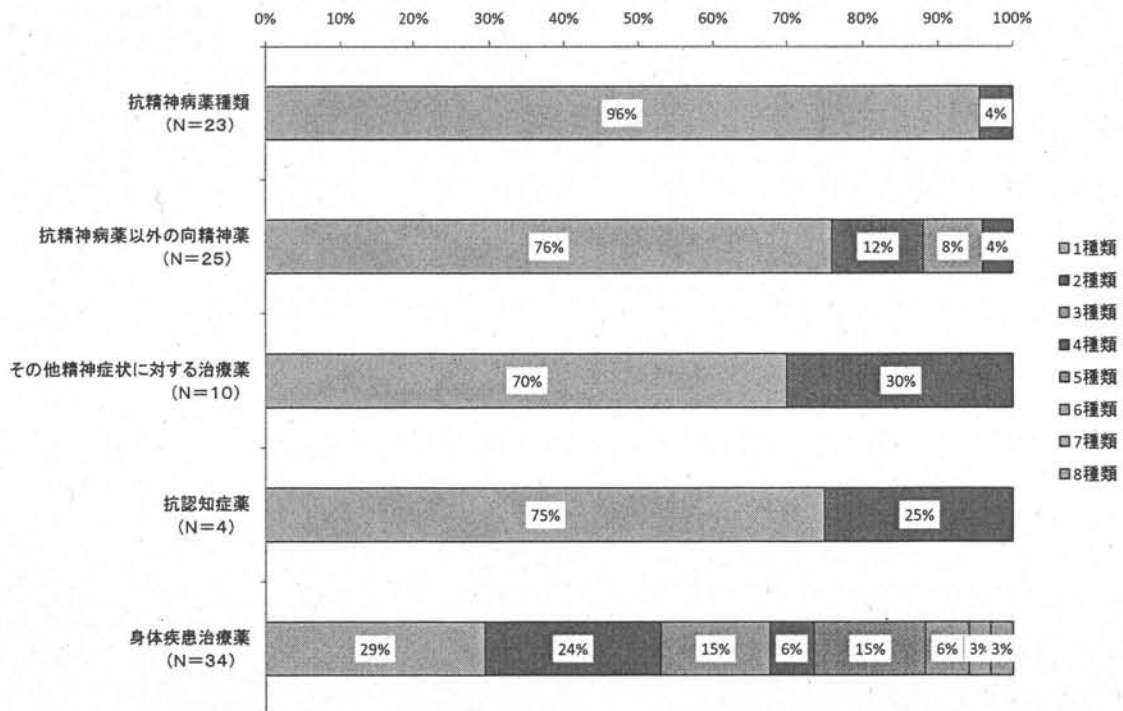
(N=41)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・・・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

31日～90日

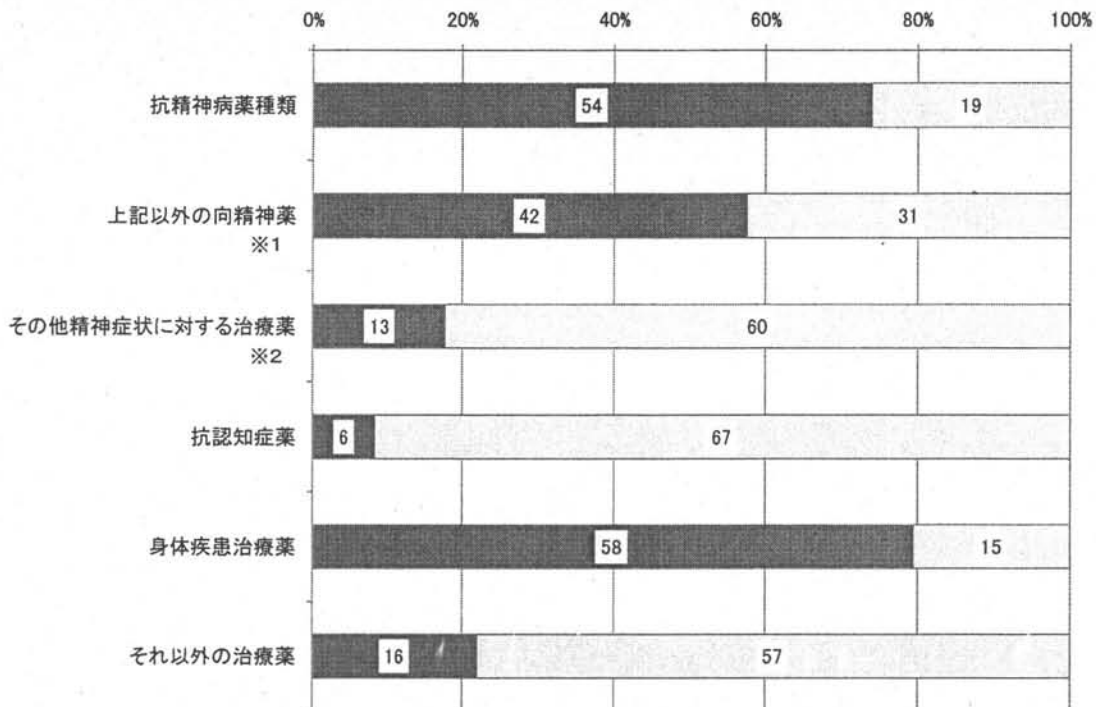


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

91日~180日

■有り □無し

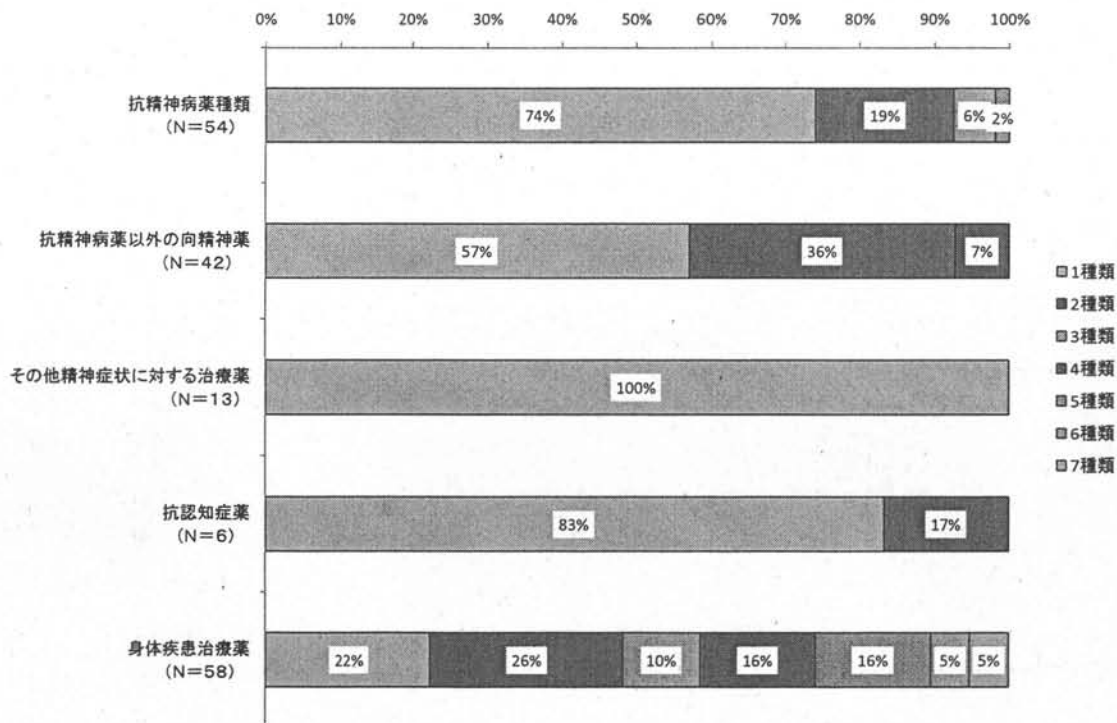
(N=73)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・・・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

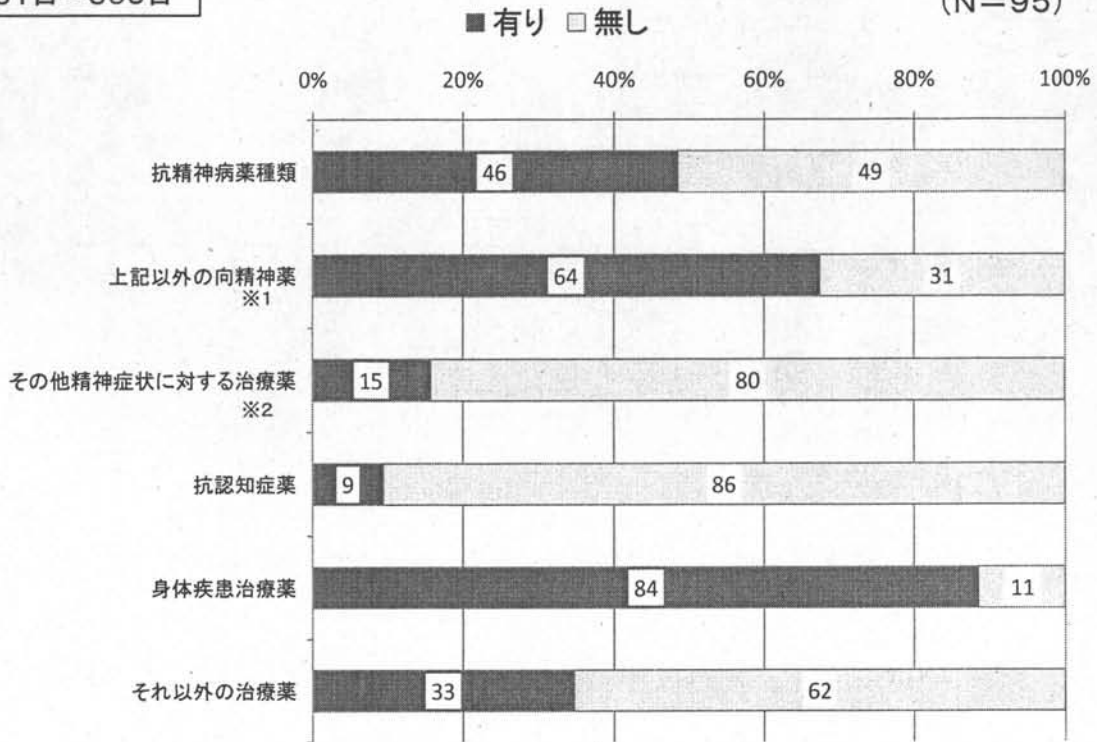
91日~180日



平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

181日～365日

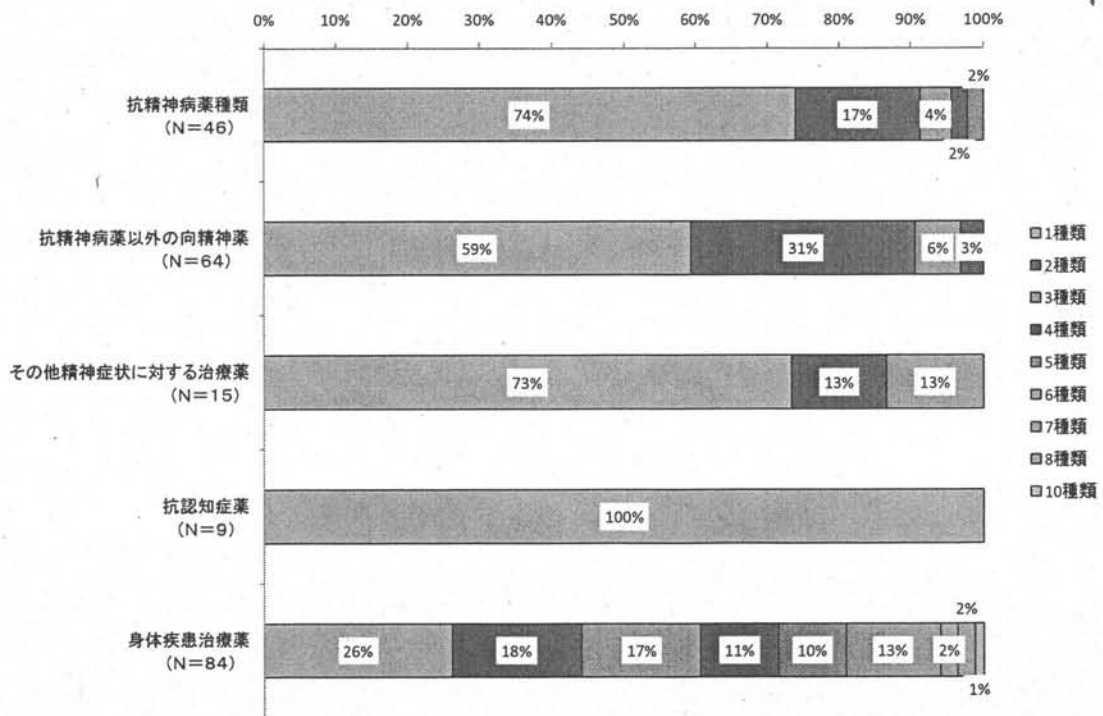
(N=95)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神薬上に対する治療薬・漢方薬など

平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

181日～365日

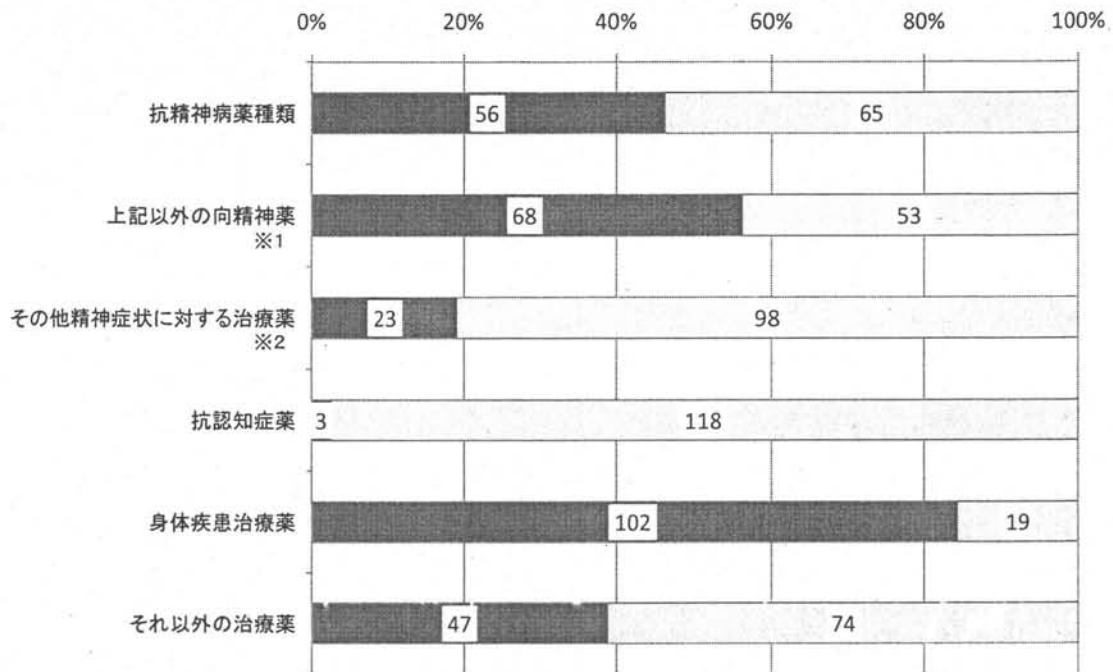


平均在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

366日～3年

■ 有り □ 無し

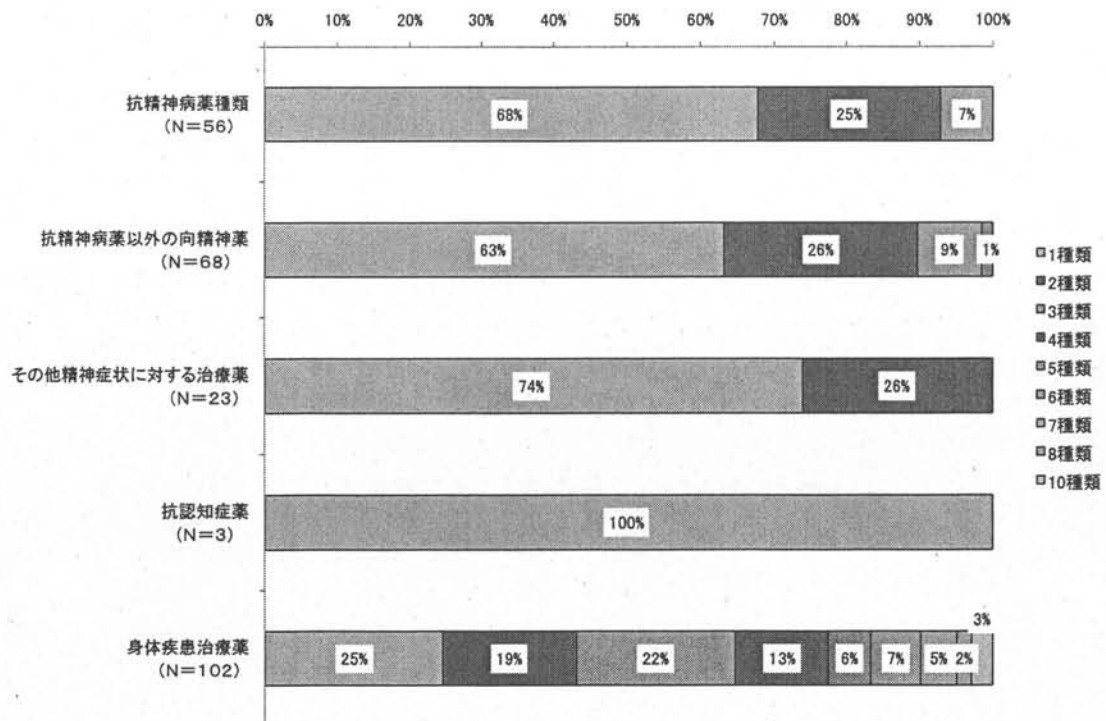
(N=121)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神病上に対する治療薬・・・漢方薬など

平均在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

366日～3年

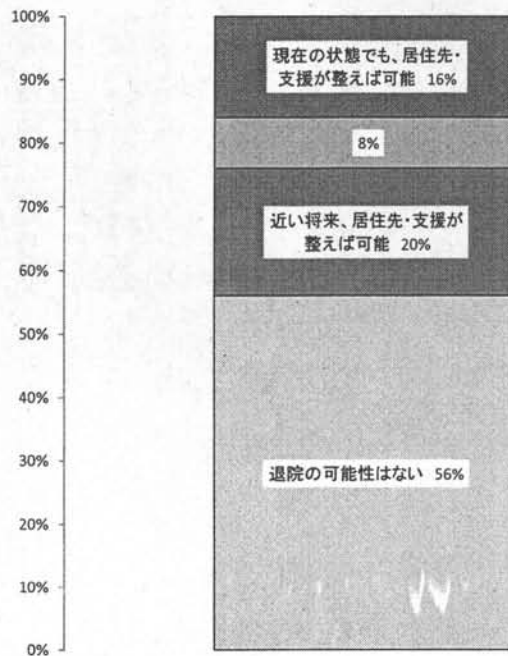


在院日数別 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

1日～30日

(N=25)

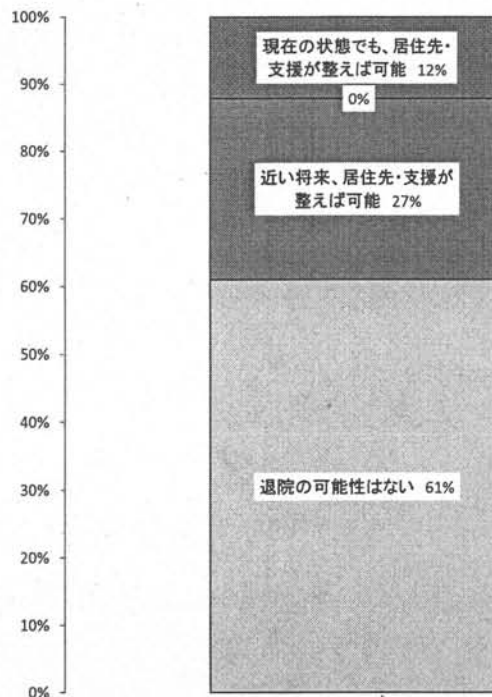
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



31日～90日

(N=41)

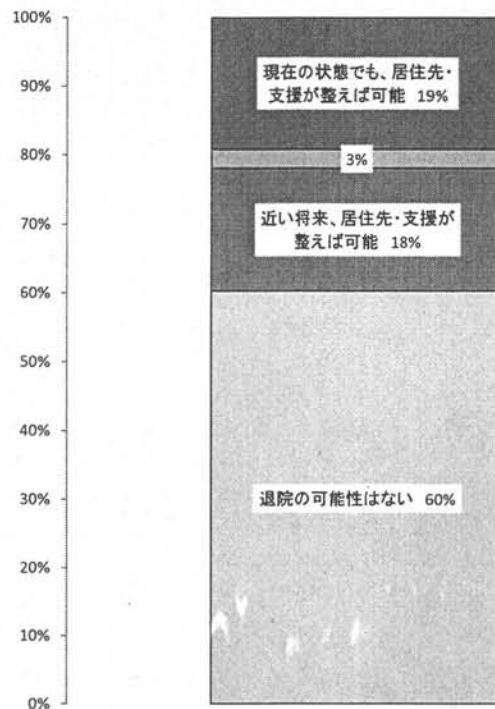
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



91日～180日

(N=73)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 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(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 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(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 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

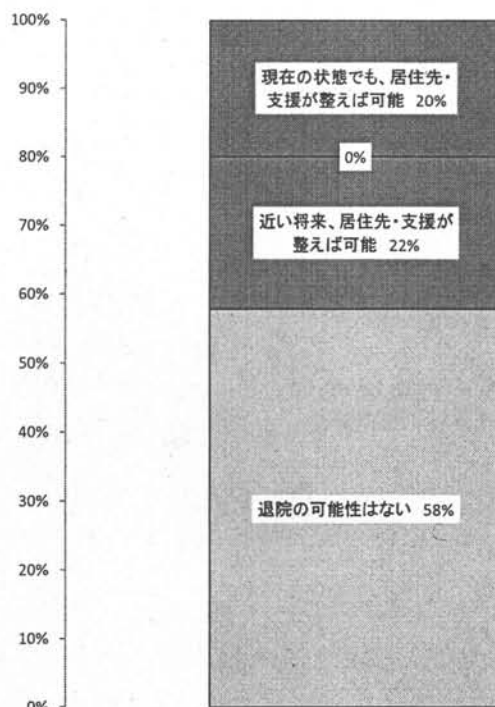


21

181日～365日

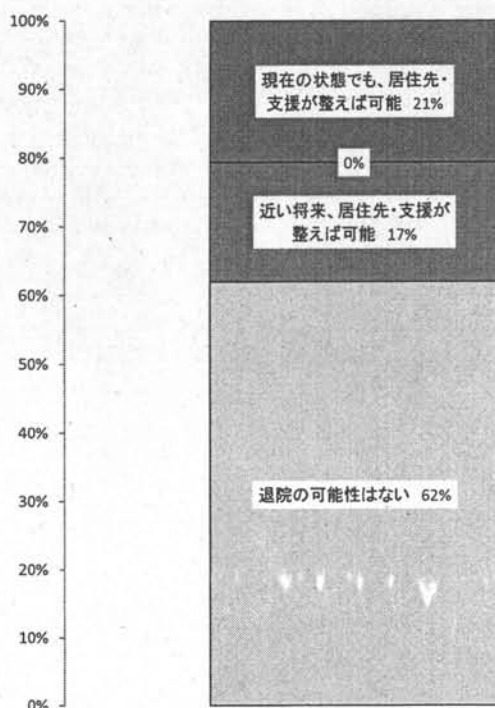
(N=95)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 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(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 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(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 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



22

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 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(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 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(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 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



問25 適切と考えられる「生活・療養の場」と問26 退院後に必要な支援のクロス集計

(N=5)

1. 「家族等と同居」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
自宅を訪問して行われる支援	4人	80%
短期入所をして行われる支援	1人	20%

2番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	3人	60%
精神科の定期的な通院	2人	40%

3番目に必要な支援		
訪問看護	3人	60%
精神科の定期的な通院	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

4番目に必要な支援		
民生委員、近隣の見守り等	2人	40%
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
行政機関による訪問指導	1人	20%

3. 「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」を選択した人の必要な支援

(N=21)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	8人	38%
精神科の定期的な通院	6人	29%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	5%
短期入所をして行われる支援	1人	5%

2番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	6人	29%
短期入所をして行われる支援	5人	24%
重度認知症デイケア	4人	19%
自宅を訪問して行われる支援	2人	10%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	29%
経済的支援	6人	29%
短期入所をして行われる支援	1人	5%
精神科の定期的な通院	1人	5%
身体的リハビリテーション	1人	5%
精神後見制度等の活用	1人	5%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	10人	48%
成年後見制度等の活用	9人	43%
身体的リハビリテーション	7人	33%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	29%
重度認知症デイケア	6人	29%
経済的支援	5人	24%
精神科の定期的な通院	4人	19%

25

4. 「特養」を選択した人の必要な支援

(N=109)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	32人	29%
精神科の定期的な通院	16人	15%
自宅を訪問して行われる支援	3人	3%
精神科以外の定期的な通院	3人	3%

2番目に必要な支援		
短期入所をして行われる支援	26人	24%
身体的リハビリテーション	22人	20%
訪問診療	18人	17%
精神科の定期的な通院	10人	9%
経済的支援	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	5人	5%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	21人	19%
訪問診療	18人	17%
経済的支援	11人	10%
精神科の定期的な通院	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	6人	6%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	10人	9%
成年後見制度等の活用	9人	8%
身体的リハビリテーション	7人	6%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	6%
重度認知症デイケア	6人	6%
経済的支援	5人	5%
精神科の定期的な通院	4人	4%

26

(N=79)

5. 「老健」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	37人	47%
小規模多機能型居宅介護	20人	25%
自宅を訪問して行われる支援	6人	8%

2番目に必要な支援		
経済的支援	18人	23%
短期入所して行われる支援	14人	18%
身体的リハビリテーション	13人	16%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

3番目に必要な支援		
経済的支援	14人	18%
自宅以外の場所に通って行われる支援	12人	15%
精神科の定期的な通院	7人	9%
訪問診療	5人	6%
年金受給申請	5人	6%

4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	9人	11%
精神科以外の定期的な通院	6人	8%
身体的リハビリテーション	5人	6%
自宅を訪問して行われる支援	3人	4%
精神科の定期的な通院	3人	4%

27

(N=5)

6. 「その他の介護施設」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	3人	60%
小規模多機能型居宅介護	2人	40%

2番目に必要な支援		
訪問看護	2人	40%
短期入所して行われる支援	2人	40%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	20%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	2人	40%
重度認知症デイケア	2人	40%
身体的リハビリテーション	1人	20%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

28

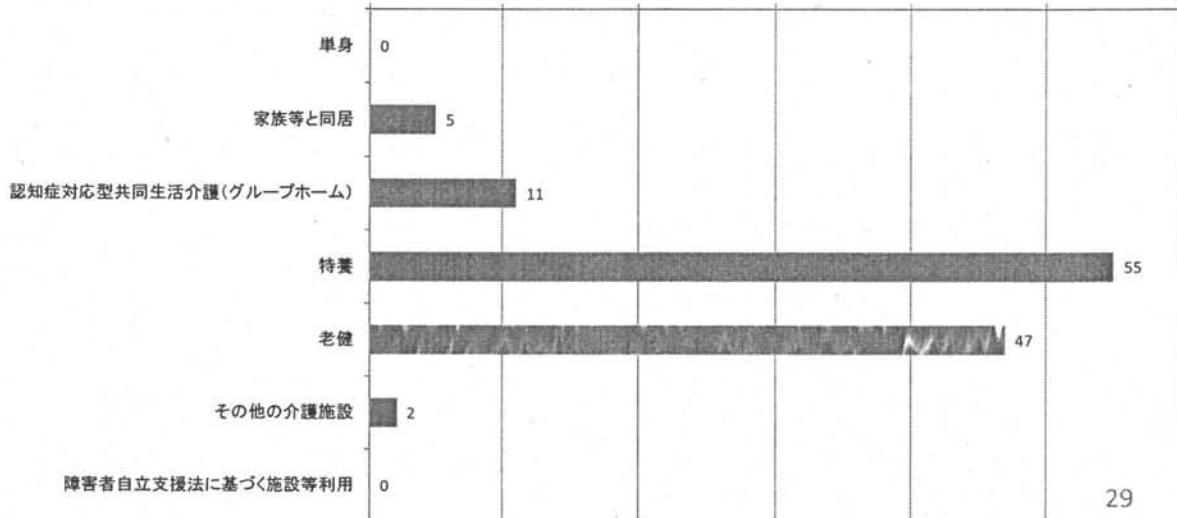
介助者有無と、適切と考えられる「生活・療養の場」のクロス集計

介助者有り

(N=87) 複数回答可

問24で1, あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	5	6%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	11	13%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	55	63%
介護老人保健施設(老健)	47	54%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	2	2%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	0	0%

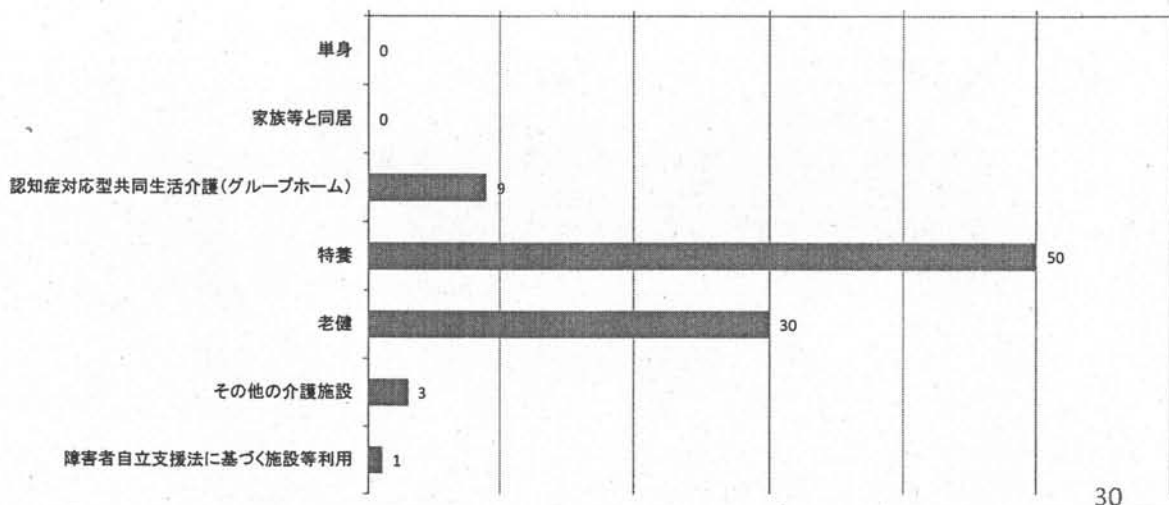


介助者無し

(N=80) 複数回答可

問24で1, あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	0	0%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	9	11%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	50	63%
介護老人保健施設(老健)	30	38%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	3	4%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	1	1%



問21(介助者の有無)と問26(退院後に必要な支援)のクロス集計

介助者有り

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

(N=82)

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	27人	33%
小規模多機能型居宅介護	26人	32%
自宅を訪問して行われる支援	4人	5%

2番目に必要な支援		
短期入所して行われる支援	19人	23%
身体的リハビリテーション	18人	22%
経済的支援	15人	18%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	16人	20%
訪問診療	11人	13%
経済的支援	9人	11%
短期入所して行われる支援	4人	5%
精神科の定期的な通院	4人	5%
年金受給申	4人	5%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	9人	11%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%
身体的リハビリテーション	5人	6%

31

介助者無し

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

(N=78)

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	25人	32%
小規模多機能型居宅介護	12人	15%
自宅を訪問して行われる支援	7人	9%

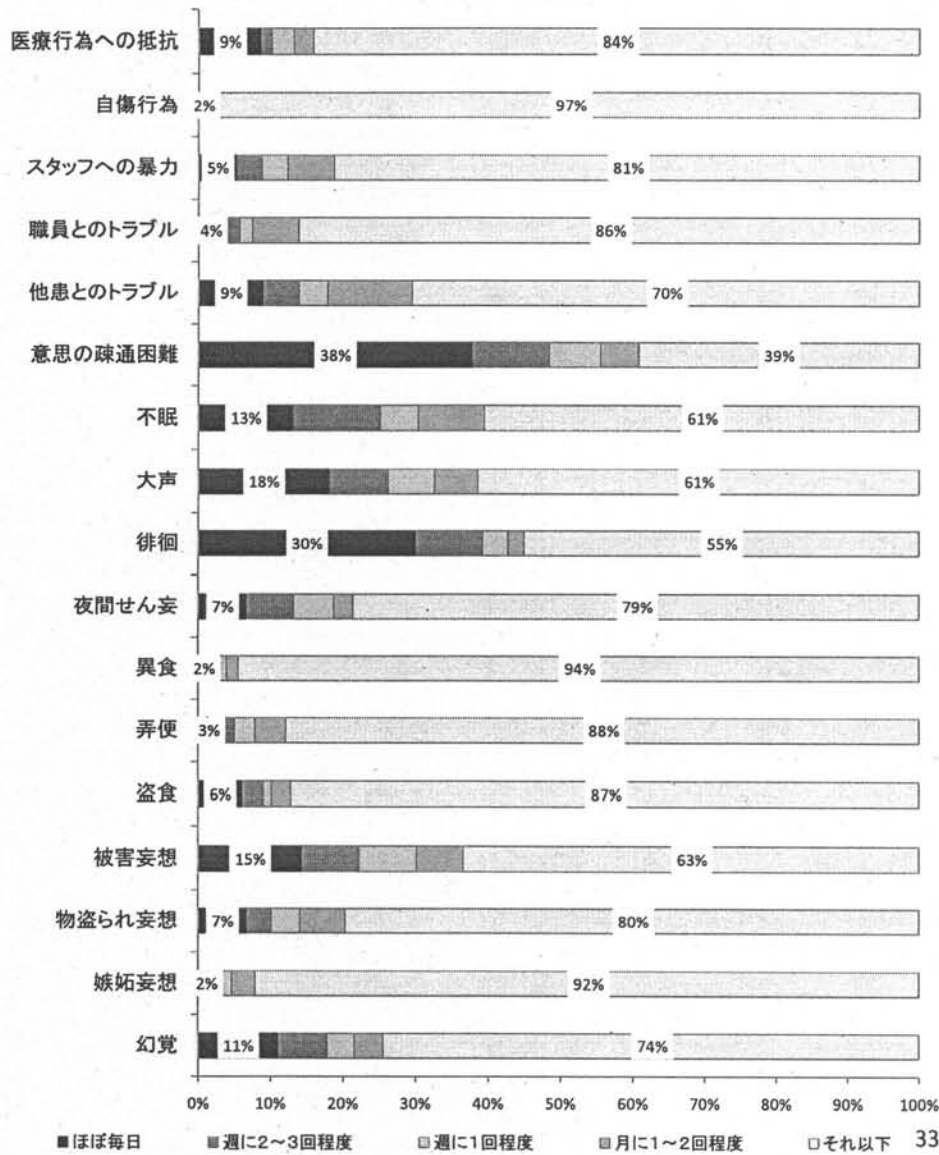
2番目に必要な支援		
訪問診療	16人	21%
身体的リハビリテーション	15人	19%
経済的支援	8人	10%
自宅以外の場所に通って行われる支援	7人	9%
短期入所して行われる支援	7人	9%
精神科の定期的な通院	5人	6%

3番目に必要な支援		
訪問診療	11人	14%
精神科の定期的な通院	7人	9%
経済的支援	7人	9%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

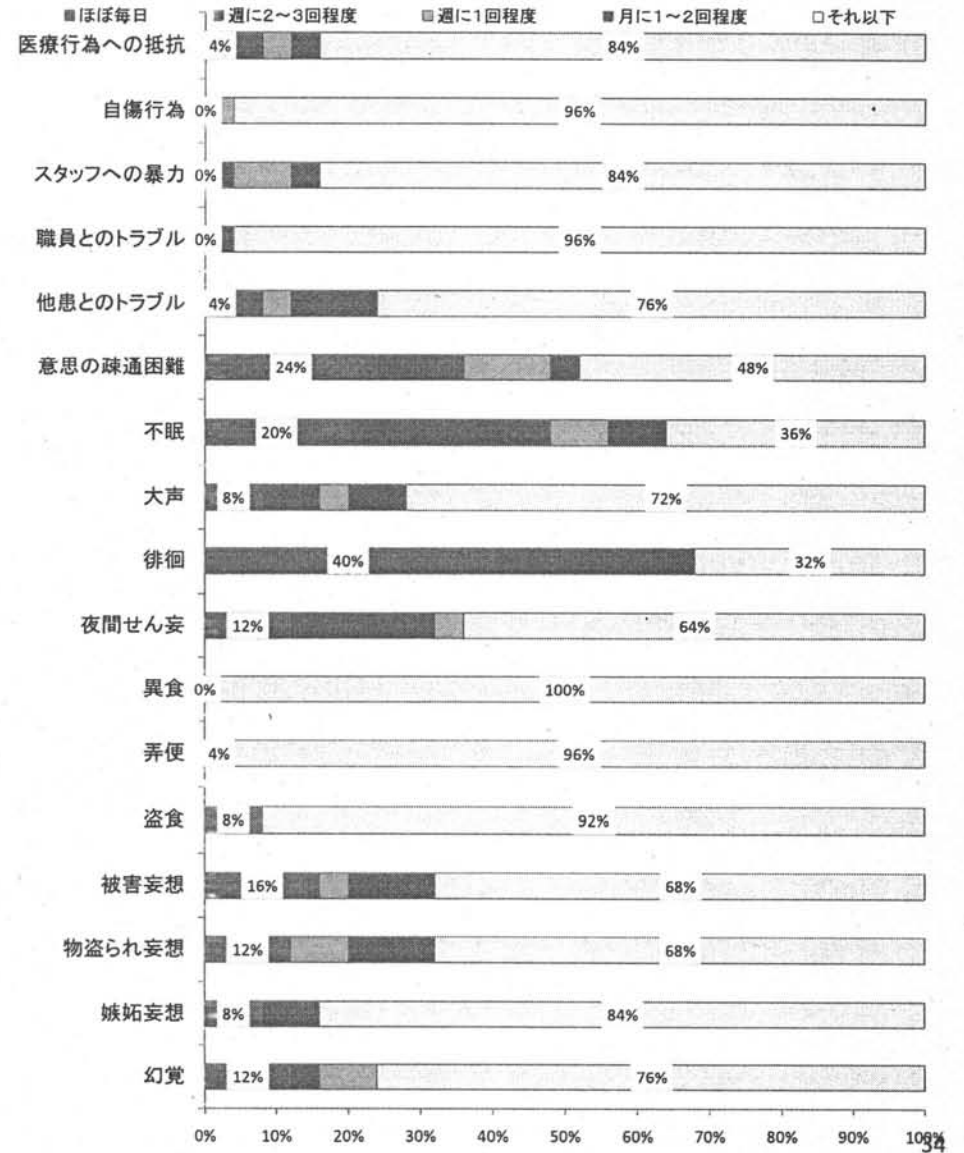
4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	8人	10%
成年後見制度等の活用	8人	10%
身体的リハビリテーション	4人	5%

32

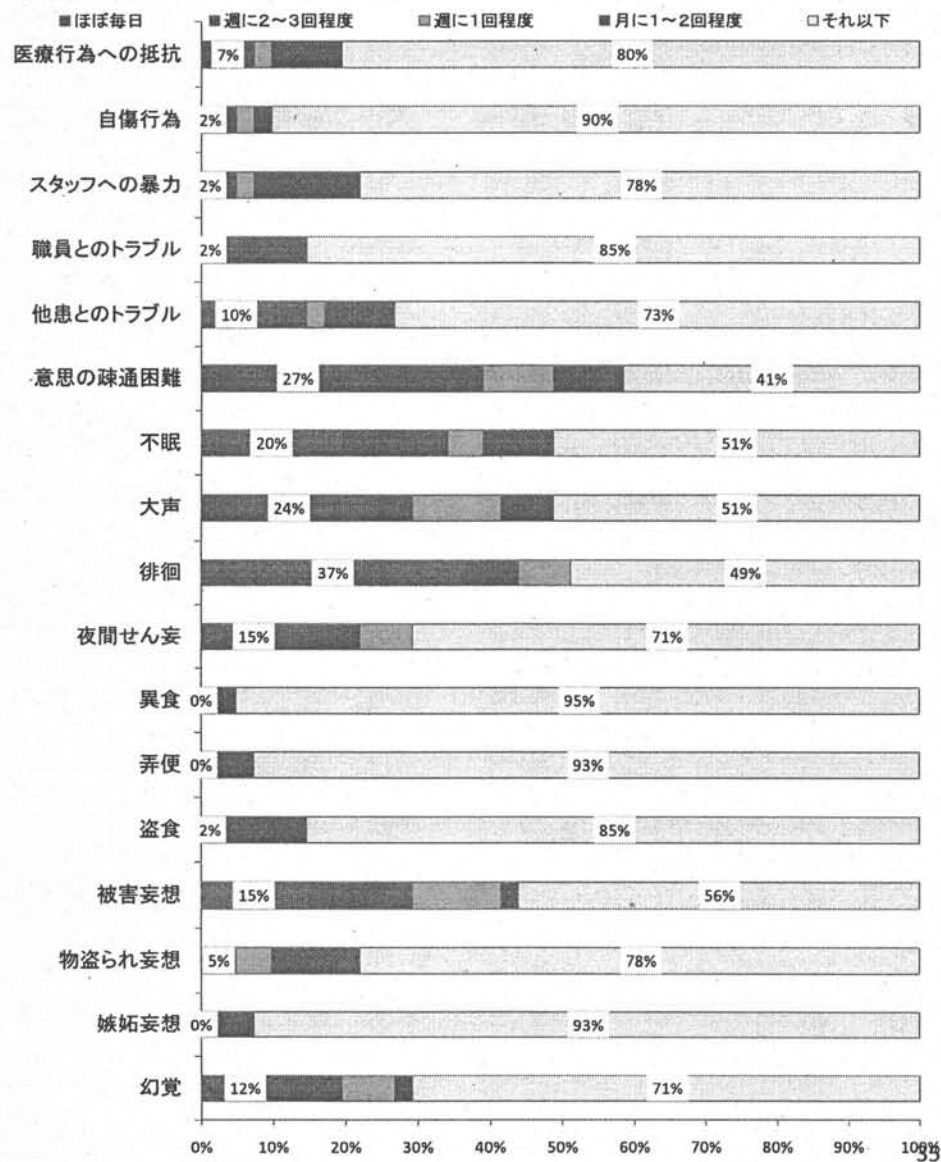
問8 調査時点から過去1カ月間の精神症状・異常行動の発生頻度
全体 (N=454)



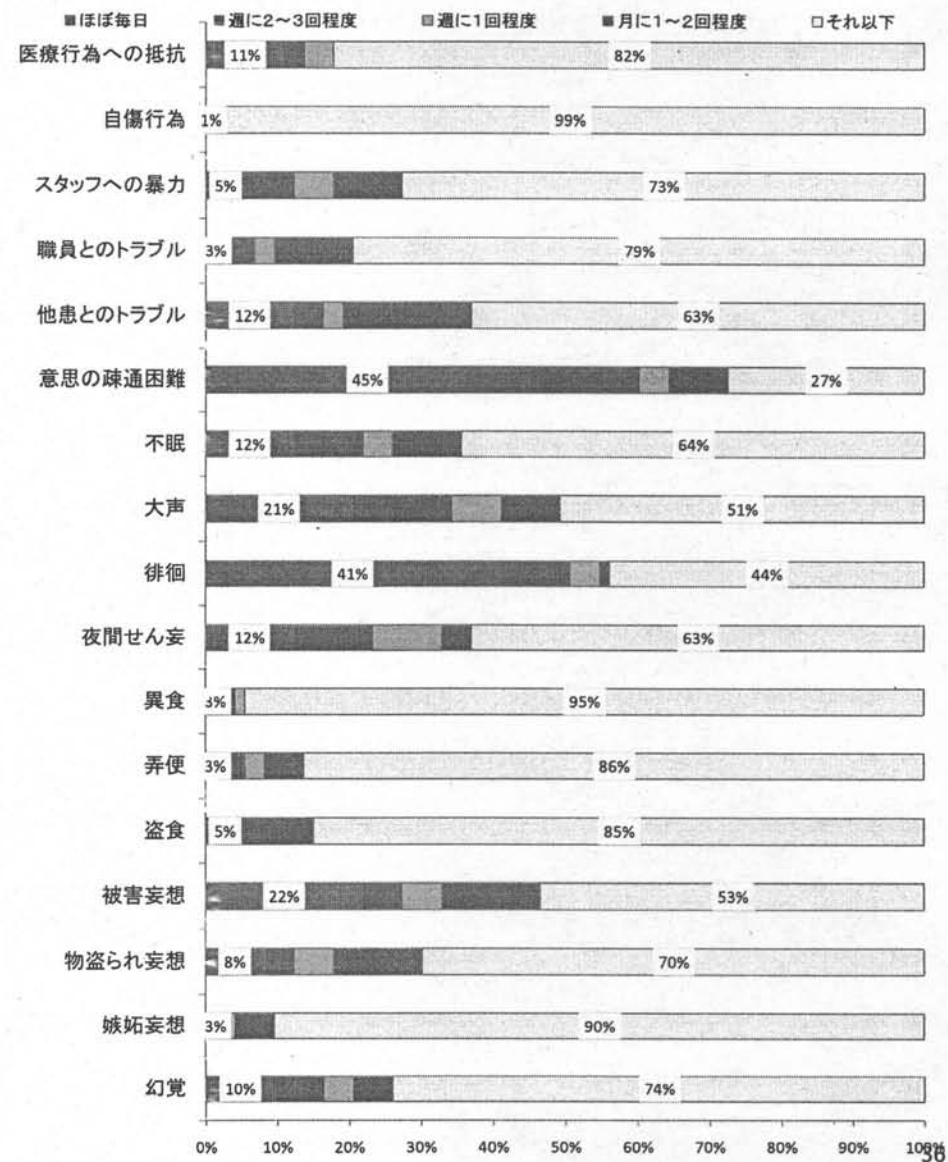
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(1)
(在院日数 1日~30日 N=25)



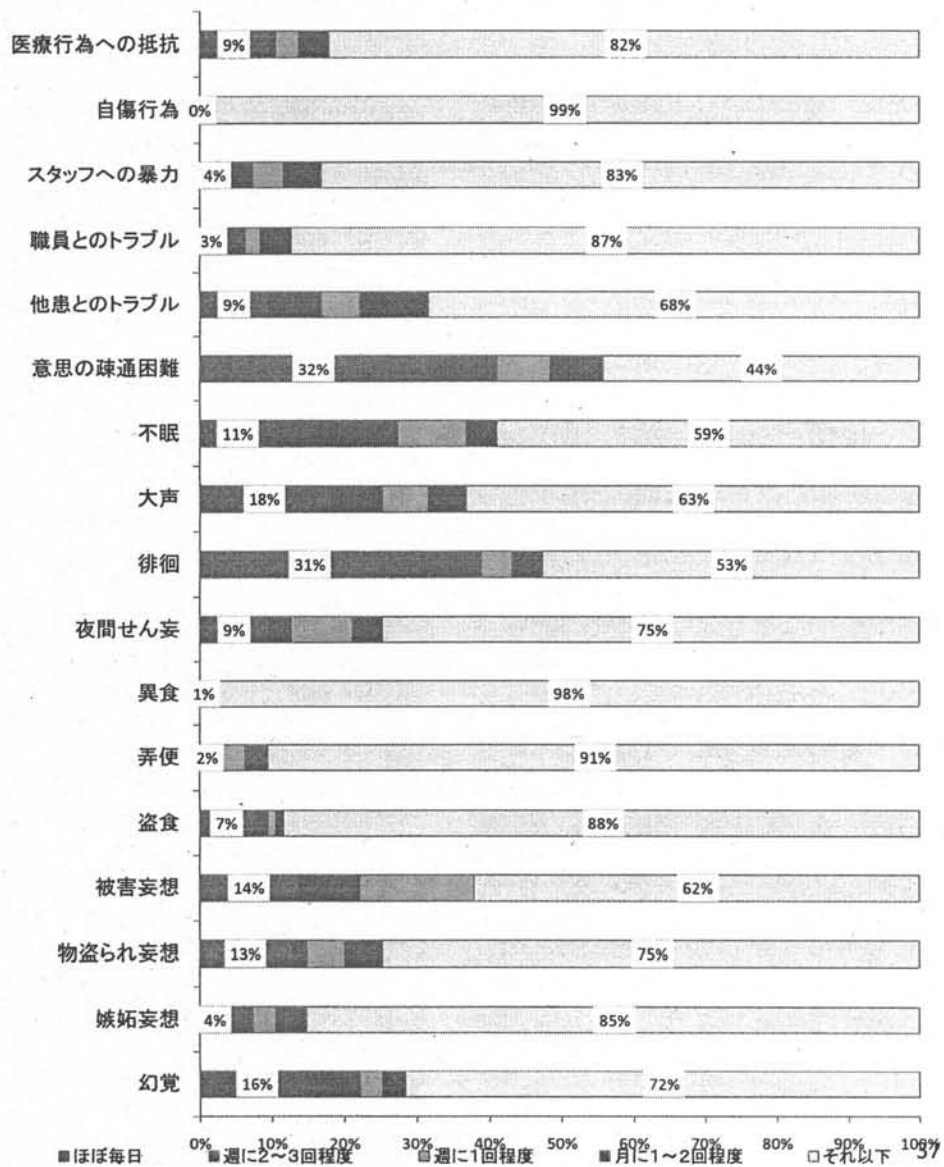
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(2)
(在院日数 31日~90日 N=41)



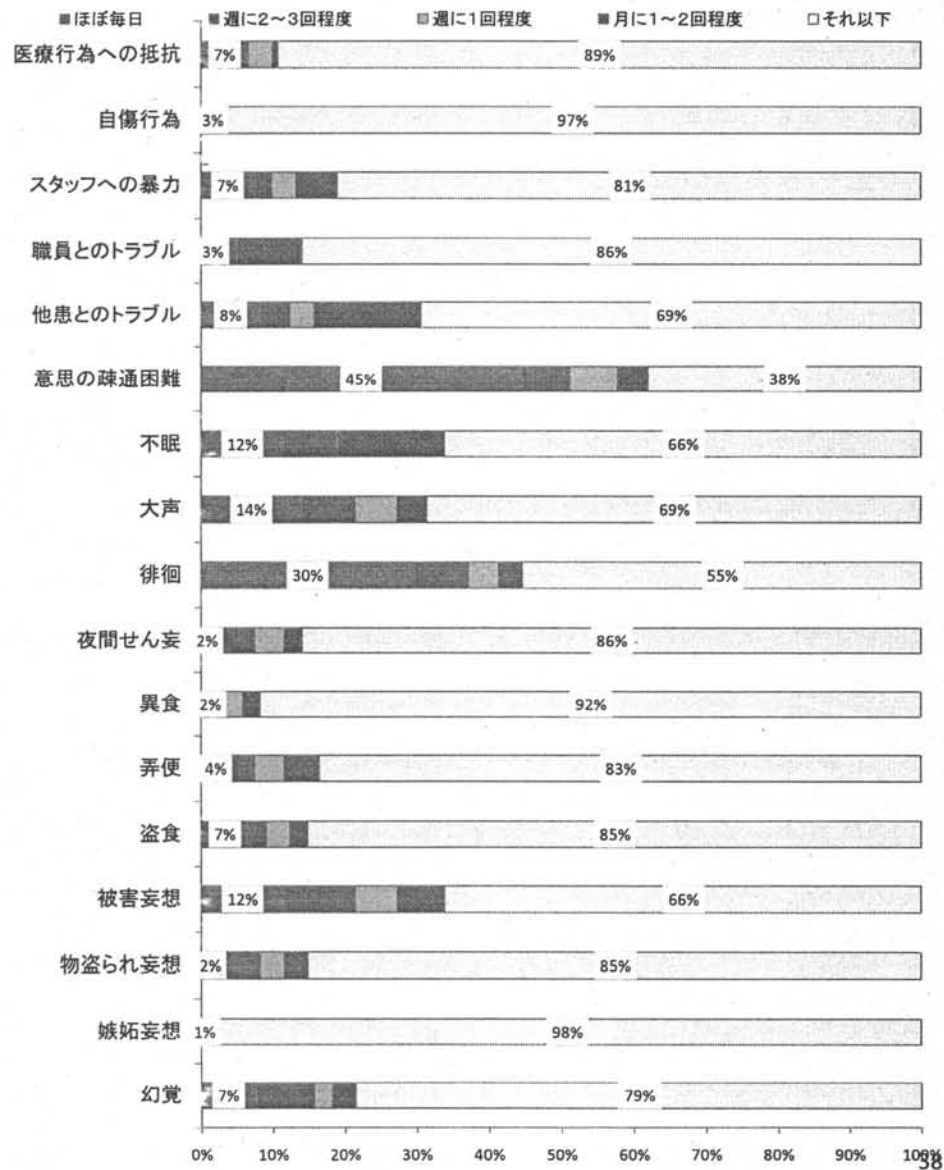
調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(3)
(在院日数 91日~180日 N=73)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(4)
(在院日数 181日~365日 N=95)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状・異常行動の発生頻度(5)
(在院日数 366日~3年 N=121)



認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)

基本的な考え方

認知症患者に対する精神科医療の役割については、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていただけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、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、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状(BPSD)や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しない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、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑥ 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。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

第12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22年11月18日	資料 2-2

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

骨子（案）

平成22年〇月〇日

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

はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方々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・支援を整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果もあり、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十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十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ことには、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々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整理し、認知症の方々が、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、本年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、上記のような必要性と、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。

本年9月2日以降、医療提供者、介護事業者、患者及び家族、行政といった様々な視点から、これまで8回にわたる議論を重ねてきた。

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、ご本人の意思に反して、地域での生活を断念しなければならない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、ご本人の思いを重視し、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による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。

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、及び今後入院医療を要さない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て、今後の基本的な方向性について、以下のようにとりまとめを行った。

なお、今回の基本的な方向性のとりまとめを踏まえ、さらに詳細に検討すべき点については、改めて本検討チームで検討を行うこととしており、その意味では、今回のとりまとめは、中間的なとりまとめという位置づけとなる。

I 追加調査結果の概要

(1) 調査の概要

調査対象は、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人について回答を得られた。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、平均在院日数は944日（中央値336日）であった。要介護度は、申請なしを除くと、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・異常行動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・異常行動があるが、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%、その他の向精神薬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身体合併症とその医療の状況

- 約9割の患者が、何らかの身体合併症を有しており、そのうち「特別な管理(入院治療が必要な程度)を要する身体合併症がある」患者の割合は26%、「日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症がある」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ケアの状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護など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、介護ケア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・異常行動が著明となり、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、身体合併症を有す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）」17%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退院可能性の有無や在院期間とのクロス分析について

II 基本的な考え方

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 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、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、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状（BPSD）や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しない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、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。

- ⑥ 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。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

Ⅲ 具体的な方向性（案）

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 専門医による早期の診断
- 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
- ③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- ④ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）
- ⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）
- ⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

（2） 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

- ① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療
- ② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）
- ③ 認知症患者に必要な入院医療
- ④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

（3） 身体合併症を有す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）
- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

（４） 地域全体の後方支援機能

- ① 地域住民や地域の他施設との連携強化
- ② 地域住民への啓発活動

２ 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない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

- ① 医療・介護双方の理解の向上
- 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
- ③ 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ（訪問支援）【再掲】

（２） 入院医療を要さない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
- ② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

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
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
瀧野 勝弘 医療法人社団淵野会緑が丘保養園 院長
松浦美智代 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
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13回（平成22年12月〇日）

議題 中間とりまとめ（案）について

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） 論点（案）への意見

これまでの構成員の意見を踏まえ、認知症患者に対する精神科医療のあるべき姿と役割に関して、現時点で考えられる論点を以下にまとめた。

（各論点の下に、第9回（10月14日）、第10回（10月21日）及び第11回（11月4日）の検討チームで出された意見を追記。）

論点Ⅰ 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化（案）

1 地域での生活を支えるための精神科医療

入院を前提として考えるのではなく、できるだけ地域で暮らしていけるよう支援するため、以下のような役割を担っていくべきではないか。

- ・全体の構成、考え方としては理解するが、「できるだけ」ではなく「原則」とすべき（岡崎構成員）
- ・まず患者本人や家族が人として地域で生活できることが重要であり、報酬や制度はその次に議論すべき課題（柴田構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）
- ・どのようなケアがなされていれば入院を防ぐことができるのかということを作り上げていくことが重要（河崎構成員）
- ・入院している人自身の思いに基づいて考えていく必要があるのではないかと（野村構成員）
- ・認知症の方ご本人の思いをくみ取っていく努力をする必要がある（野澤構成員）
- ・認知症の方でも、先輩として敬い、人間として尊敬する視点で取り組んだ方がよい（広田構成員）

① 専門医による早期の診断

周辺症状が出てから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、精神科等の専門医を受診して、正確な診断を行うことができるようにすべきではないか。

- ・診断・治療のためには、患者の生活の背景も聞き出す必要がある（柴田構成員）
- ・認知症疾患医療センターについては150か所を目標にしているが、それで十分なのか、検討が必要（河崎構成員）
- ・専門医は、認知症のサポート医との連携や量的整備が必要（松浦構成員）
- ・物忘れ外来に来る目的は、診断、入院、治療があり、治療については、早期から作業療法士が関わるのが有効（阿式構成員）

- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）
- ・認知症サポート医による相談、専門医への紹介が重要であり、そのための活用が必要である（三上構成員）

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

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、本人、家族、介護者等に適時適切な生活のアドバイスを与えることができるようにすべきではないか。

- ・家族が求めている支援は指導ではなく、話を聞いてくれることが重要。関係職種が一堂に会するケア会議を多く持てるような工夫が必要（河岸構成員）
- ・サポート医事業に精神科も協力していくべき（長野構成員）
- ・退院して主治医が変わると悪化することがある。継続して医療にかかれることが退院時には必要（広田構成員）

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

訪問診療、訪問看護、必要な時には24時間365日いつでも連絡可能な電話相談等を通じて、患者だけでなく家族や介護者に対する適時適切な支援を行う役割を担うべきではないか。

- ・24時間365日を医師だけでやるのは現実的ではなく、相談員やチームでの対応、相談事業を公的な制度で行うなどシステムが必要（三上構成員、長野構成員、河崎構成員、岡崎構成員）
- ・この点は極めて重要ですぐに駆けつけてくれるサービスが最優先で整備すべき（野澤構成員）
- ・電話相談だけでは顔がみえないので、訪問支援で顔の見える関係構築が重要（栗林構成員）
- ・医療の訪問看護はつかいにくい。夜間のサービスがあるとよい（三根構成員）

④ 施設等に入所する認知症患者への訪問支援（アウトリーチ）

施設等に入所する認知症患者への訪問診療を積極的に行うことにより、施設等において安心して認知症の人を受け止めることができるよう、支援すべきではないか。

- ・精神科医療が地域に出て行くことが当たり前になるのであれば、報酬の形で評価されることが必要（河崎構成員）
- ・対診のルールについて整理が必要（河崎構成員）
- ・アウトリーチは多職種チームで行うことが重要（岡崎構成員）

- ・患者の生活の場で治療するというスタイルは今後重要（野村構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】
- ・今の状態を的確に把握するには訪問看護は重要（三根構成員）
- ・アウトリーチするには人材が不足しているので精神科医療の底上げが必要（広田構成員）
- ・その人の日常生活は家に足を踏み入れない限り分からない。現在の介護サービスでもできている訳ではないが、家に向いて夜の生活も含めて支える必要がある。医師や訪問看護師が地域に出ることが前提でなければ、家族が苦しむことになる（柴田構成員）
- ・介護の事業所ががんばればがんばるほど重度の人が集まってくる。現場の力をつけるために、精神科医療の先生方の協力を望む（柴田構成員）

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科病院のアウトリーチ等により、在宅等であっても精神症状へ対応できる体制構築を図るべきではないか。

- ・地域で見ていくためにはいざというときに受け入れ機能を有する精神病院が必要（朝田構成員）
- ・認知症だけでなく精神疾患も含めてソフト救急を位置付けてほしい（広田構成員）
- ・地域住民が見守り、声かけに参加するような取り組みが必要（広田構成員）

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養にスムーズに移行できるよう、必要な外来医療体制を提供する役割を担うべきではないか。

- ・重度認知症デイ・ケアの充実が必要（河崎構成員）

2 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

BPSDを合併する場合など、地域での対応が困難となった場合には、迅速かつ十分な精神科医療が提供できる体制の充実をはかるべきではないか。

① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療

認知症に合併する精神症状や異常行動（BPSD）に対して、患者の背景や生活状況なども考慮し、BPSDの要因が精神疾患等の精神科医療が必要なものであるかどうか判断した上で、必要最小限の適切な薬物治療を行える、認知症に習熟した精神科医を養成すべきではないか。

- ・適切な治療を検討するに当たっては、環境調整にまず努めるべき（岡崎構成員）
- ・中核症状のもたらす反応性の周辺症状と精神疾患等が背景にある周辺症状を鑑別できる医師が必要（岡崎構成員）
- ・入院当初から家族への説明は重要で、特に制度的支援の説明が必要（河岸構成員）
- ・必要最小限というキーワードは重要（広田構成員）
- ・治療を行えることと、養成とは異なるので項目を分けるべき（河崎構成員）

② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）

日頃から外来診療や地域の事業所と連携を保ち、認知症患者の情報交換を行っておくことで、周辺症状への対応が必要になった場合の円滑な受入れ（入院）が行えるようにするべきではないか。

- ・受入れ（入院）だけでなく出口も円滑になるようにすべき（長野構成員）
- ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない（河岸構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）【再掲】

③ 認知症患者に必要な入院医療

短期間で周辺症状を落ち着かせるような質の高い入院医療を提供できるようマンパワーの充実（特に夜間）をはかるべきではないか。

- ・症状の鑑別や病棟別の対応が重要。マンパワーの充実も必要だが、認知症をケアするためのハード面の基準を設けるべき（長野構成員）
- ・入院医療は周辺症状への対応だけでなく、鑑別診断のための短期入院も考慮すべき（長野構成員）
- ・地域で支える必要性はその通りだと思うが、患者にはいろいろな症状を示す方がいる。すべての方に地域生活を求められると、困るのは家族ではないか（三根構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

重度の周辺症状を有する認知症患者の状態像の条件を整理し、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配置等を検討すべきではないか。加えて、重度の周辺症状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、内科医の配置や地域の医療機関との連携確保等について検討すべきではないか。

- ・重症の入院患者の場合は終末期の役割も担っている（瀧野構成員）
- ・どうしてもBPSDが治まらない人もおり、そのような患者が時間をかけて病院にたまっていつているのは事実（朝田構成員）

3 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

認知症患者は高齢者が多く、ほとんどの患者が身体合併症を有しており、それへの対応力の向上について、検討してはどうか。

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）

身体合併症については、急性期の合併症治療は、総合病院精神科など他の専門診療科とのリエゾンが可能な受入先が必要であり、基幹型認知症疾患医療センター運営事業等を活用して、急性期の身体合併症の受け入れができる体制を確保していくべきではないか。

② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

認知症については、慢性の身体合併症を有している場合が多いことから、慢性の身体合併症を持つ認知症患者であっても、入院治療が必要となるような認知症の周辺症状が発生した場合には、円滑に精神科病院への入院が可能となるよう、地域型認知症疾患医療センター運営事業等を活用し、体制を確保するべきではないか。

- ・慢性の身体合併症は7日間では対応できない（三上構成員）
- ・地域型認知症疾患医療センターの対象に慢性期の身体合併症もいれていくべき（三上構成員）

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、他の専門診療科と連携が容易な総合病院精神科を受け皿とするが、地域の医療資源を考慮し、必要に応じて、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が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訪問診療を行うなど、医療機関間の連携強化につながる取組の推進について、検討が必要ではないか。

- ・対診については診療報酬の整理や責任の所在の整理を行う必要がある（河崎構成員）
- ・対診のルールは複雑でわかりにくいいため積極的に行えない（三上構成員）
- ・連携も重要だが総合病院の精神科を増やすべき（広田構成員）

4 地域全体の後方支援機能

認知症患者への総合的なケアの中に精神科医療があるということを鑑みると、認知症患者、在宅介護を行っている家族、認知症を受け入れている事業者、行政機関等との連携を強化していくべきではないか。

- ・地域における認知症への全体の関わりの中に精神医療の役割もあることを認識していただきたい（長野構成員）

① 地域住民や地域その他施設との連携強化

地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の事業者等との会合や情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化や、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成（論点Ⅱ-2-②を参照。）等を積極的に進めるべきではないか。

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個別支援会議にも積極的に参加すべきではないか。

- ・早期の関わりが重要である（柴田構成員）

② 地域住民への啓発活動

認知症の症状や対処法に関して、地域住民や関係事業者向けの説明会などを行うべきではないか。

- ・住所と名前が必ず入っているようなファッションをはやらせるべき（広田構成員）
- ・症状や対処法だけでなく制度などの説明も必要（河岸構成員）
- ・心理的社会的なバリアが大きいところなので、説明・普及啓発活動が特に重要（野澤構成員）
- ・顔の見える関係での相談業務が重要（栗林構成員）
- ・高齢者への普及啓発は非常に大事（野村構成員）
- ・多職種で関わるのが重要である。しかし、そのための教育体制も重要（東構成員、三上構成員、長野構成員）

論点Ⅱ 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない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（案）

現在入院している認知症患者で、必ずしも入院医療を要しない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、及び入院医療を要しないと判断される患者が今後地域の生活の場で暮らせるようにするためには、身体合併症や治療抵抗性のBPSDのような入院せざるを得ない場合を除き、認知症患者を地域で受け入れることが基本となるような取組を進めるべきではないか。

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、認知症の症状がある患者を介護施設や事業者が受け取れないのが現実であるとの指摘がある一方、介護施設側からみれば、医療機関が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。認知症患者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はないか。

- ・介護に携わってきた人間として医療に対する思い込みで見ている面があると感じた。医療と介護との認識の共有化は非常に重要である（松浦構成員）
- ・介護施設が頑張るほど重症者が集まってくるので力をつける取り組みが必要。医療と介護と一緒に受けられる研修プログラムを検討してほしい（松浦構成員）
- ・この項目は、医療の側からすると逆のことがもっと必要であり、介護の側に医療に対して理解してほしいと思う。書きぶりの検討が必要（河崎構成員）

① 医療側の介護サービスに対する理解の向上

医療側においては、認知症患者を地域で支えるために必要な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、医療従事者に対し、地域の介護サービス資源に関する情報提供や研修の機会を提供するべきではないか。

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

入院を要するような周辺症状が出なければ地域で暮らせることから、日頃から、認知症患者や家族、介護事業者等との関係を築き、周辺症状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はないか。

③ 医療側からの介護施設へのアウトリーチ

認知症患者や、認知症患者を受け入れている介護施設に対して、積極的に相談支援や訪問支援を行えるよう環境を整備すべきではないか。

- ・医療か介護か責任の所在を整理する必要がある（長野構成員）
- ・訪問するのは結構大変なので、見守りの機能の充実も検討すべき（阿式構成員）
- ・医師が外来もやり訪問診療も行くというのは実際には大変さがある（三根構成員）

④ 介護側の対応力の向上

介護側においては、精神科病院を退院する認知症患者であっても、積極的に受け止められるよう、周辺症状への適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上をはかるべきではないか。

- ・認知症施策としてやっている様々な事業があるので紹介して施策の連携を図るべき（三上構成員）

2 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

入院医療を要さない認知症患者が、地域で安心して生活することができるよう地域の認知症の方に対する必要なサービスの整備を推進すべきではないか。

また、そのためには認知症患者の状態の的確な把握や、地域での生活に必要な支援の内容について十分な検討吟味を行うべきではないか。

① 居住系施設等やサービス支援の整備

介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、その地域の認知症患者のニーズを的確に把握した上で、認知症支援策の充実について、地域の実情を踏まえて記載することを検討してはどうか。

その際、既存の精神病床の活用についても検討すべきではないか。

- ・自治体の立場からは、どのようにニーズを把握するのか、どのようなサービスが必要か、具体的な進め方を示していただく必要がある。第5期事業計画でもエッセンスはあってもよい（松本構成員）
- ・日常生活圏の計画では対応できないので、老人福祉圏域程度の範囲で県と連携して検討する必要があるのではないか（松本構成員）
- ・第5期の段階で、県単位のモデル的な取り組みをやり、第6期以降に本格的に進めていくといったスケジュール感が必要ではないか（松本構成員）
- ・何を地域に準備すべきかについては精神科医療だけでなく地域の福祉も総合的に勘案して検討すべき（野村構成員）
- ・精神病床の活用というのは、病院と生活の場とは大きく異なると思われ、違和感がある（広田構成員）

- ・受け皿を考える時に、アメニティに配慮されるのなら、効率化の観点から、廃止して新たに作るよりは既存のものを活用するという視点も重要（三上構成員）
- ・小規模多機能サービスの量的整備が必要（岡崎構成員）
- ・小規模多機能は重要だが医療へのアクセスが確保できるようにする必要がある、医療版小規模多機能のような考えもあるのではないか（三上構成員）
- ・精神病床については、今後の認知症患者が増えることを考えると、キャパシティがこれでよいかどうか考えなければならない（渕野構成員）
- ・老健施設では、短期集中リハを実施し、早期の家庭復帰の支援に力を入れている。認知症患者の退院支援の受け皿として、老健をもっと活用してほしい（東構成員）
- ・多職種がいて医療的なこともできるという意味では老健施設に期待できる（阿式構成員）
- ・地域で安心して暮らすためには、老健施設でのショートステイの受け皿が重要（三野構成員）
- ・緊急に入所できる介護保険施設があれば、安心して在宅での療養が出来ると考えられるが、現在の介護保険制度においては、ショートステイの使い勝手が非常に悪いため、改善の必要があると考えている。（三上構成員）
- ・退院可能な認知症高齢者がいれば、可能な限り介護保険で受け止めるべきである（松本構成員）

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

受け皿の整備に加えて、周辺症状等が改善した後、退院先での生活への移行を円滑に行う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・普及させるべきではないか。

（※）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、円滑な転院を促し、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、大腿骨頭部骨折等で既に導入されている。

- ・連携パスの導入は良いことだと思うが、受け皿の準備が伴っていないと具体的なパスの検討は困難ではないか（河崎構成員）
- ・ケアマネジメント、ケースマネジメントを介護だけでなくどう組み立てていくかが重要になる（河崎構成員）
- ・状況は地域によってずいぶん異なる。それぞれの地域で認知症の方の地域生活を支えるシステムを作っていく必要がある（河崎構成員）
- ・事例の連携パスは思ったほどうまく進んでいないと認識している。BPSD等で思うようにいかなかったのと、最終的には受け皿の関係もあったのではないかと（渕野構成員）
- ・何か月で退院して地域に帰す。病院のPSWやケアマネジャーが協力して生活を支えてい

- くことができれば良いのではないか（渕野構成員）
- ・1日でも早く退院して地域生活に戻っていただきたいのが現実。スムーズに出られるようなシステムを作ってほしい（渕野構成員）
 - ・連携パスに過度の期待は禁物であるが、連携の底上げという点では必要である。ただ、患者不在の作業工程表にならないように注意が必要である。（長野構成員）
 - ・パスは本人の生活をベースにした計画が立てられるような工夫がある（野村構成員）
 - ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない。（河岸構成員）【再掲】
 - ・一律に適応するのではなく、濃淡が必要。尾道のパスはシンプルなものでうまくいっている（朝田構成員）
 - ・連携強化には、病院の精神保健福祉士（PSW）の活用が重要（東構成員、岡崎構成員、三根構成員、河岸構成員）
 - ・PSWの活用にあたっては精神医療の専門性よりもむしろ高齢者ケアを学ぶ姿勢が必要（広田構成員）
 - ・退院だけではなく、入院する前から症状が出た場合のパスといった今ない視点でのパスも必要ではないか（西田構成員）
 - ・勤務していた病院では、1週間、3か月、6か月でパスを作っていた。入院時から節目ごとに目標を示すことで確実に退院の話につながるというメリットがある（阿式構成員）
 - ・大牟田パスなど認知症施策全体で検討されているのパスについても例になるのではないかと（三上構成員）