

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8回)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年9月30日(木) 18:00~20:00

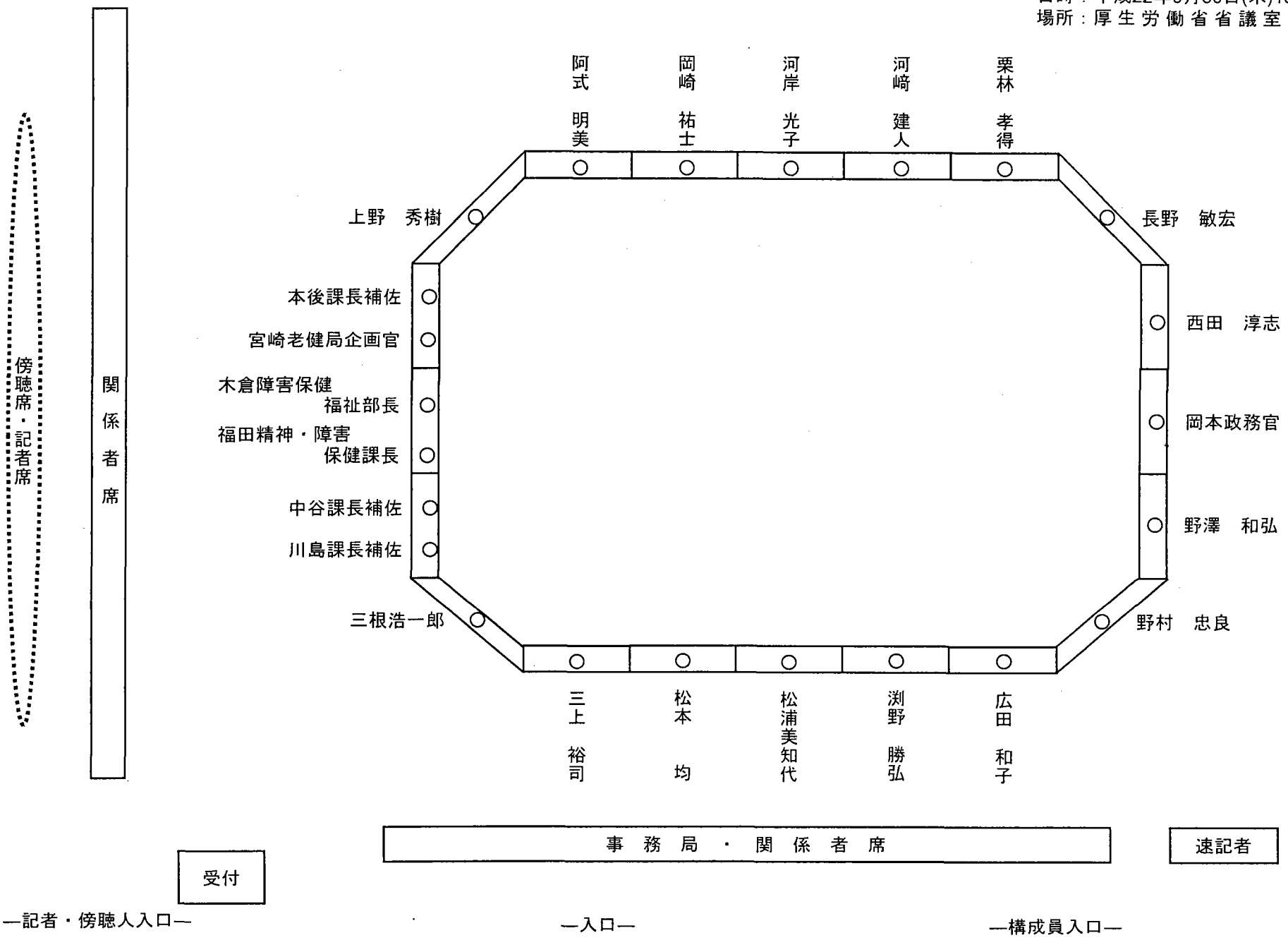
2. 場所 厚生労働省 省議室
千代田区霞が関1-2-2
中央合同庁舎5号館 9階

3. 議事
 - (1) 構成員からのヒアリング

 - (2) 意見交換

第8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 座席表

日時：平成22年9月30日(木)18:00～
場所：厚生労働省省議室(9階)



第8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 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 松本構成員提出資料

資料2 河岸構成員提出資料

資料3 湊野構成員提出資料

資料4 社会福祉法人ロザリオの聖母会海上寮診療所上野秀樹先生提出資料

松本構成員提出資料

介護保険事業(支援)計画について

～認知症対策を中心に～

横浜市 介護保険課長
松本 均

1 介護保険事業(支援)計画の仕組み

第4期介護保険事業（支援）計画の主な内容

介護保険事業計画(市町村)
○ 市町村介護保険事業計画の基本的理念等
○ 日常生活圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等
○ 各年度（平成21～23年度）の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み等
<p>【参酌標準】平成26年度目標値の設定</p> <p>①要介護認定者数(要介護2～5)に対する施設・居住系サービス利用者の割合は、37%以下((注)撤廃予定)</p> <p>②入所施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は、70%以上</p>
○ 各年度の日常生活圏域ごとに必要利用定員総数の設定 認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設
○ 各年度の地域支援事業に要する費用の額・見込量等
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 計画の達成状況の点検・評価

介護保険事業支援計画(都道府県)
○ 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
○ 老人福祉圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等
○ 各年度（平成21～23年度）の介護給付等対象サービスの量の見込み (市町村介護保険事業計画におけるサービス見込量を積上げる)
<p>【参酌標準】平成26年度目標値の設定</p> <p>・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上</p> <p>・特養の個室・ユニット化割合 70%以上</p>
○ 各年度の老人福祉圏域ごとに必要入所（利用）定員総数の設定 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設（介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）についても、必要利用定員総数の設定は可）
○ 施設の生活環境の改善に関する事業
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 計画の達成状況の点検・評価

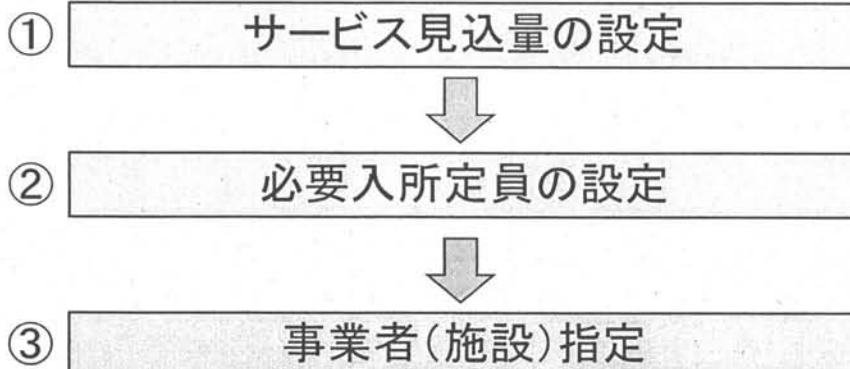
※ 保健、医療又は福祉に関する事項を定める計画（医療計画、地域福祉計画等）との調和規定がある。

介護保険事業計画におけるサービス見込量、定員、保険料の設定方法

市町村（介護保険事業計画）



都道府県（介護保険事業支援計画）



1 市町村 介護保険事業計画

(1) サービス見込量の設定

市町村は国の参酌標準を基に各年度ごと、サービス種別ごとのサービス見込量(利用人数等)を設定する。

* サービス見込量は要介護者数の伸び、地域の実情等を勘案し設定

在宅サービス	24年度	25年度	26年度	施設サービス	24年度	25年度	26年度
訪問介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	特養	〇〇人	〇〇人	〇〇人
訪問看護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	老健	〇〇人	〇〇人	〇〇人
通所介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	介護療養 P	〇〇人	〇〇人	〇〇人
通所リハ	〇〇人	〇〇人	〇〇人	特定施設	〇〇人	〇〇人	〇〇人

(2) 保険料の設定

市町村はサービス見込量を基に3年間同一の保険料を設定する。

保険料(月額) =

$$\text{サービスごとの単価} \times \text{サービス見込量} \times \text{1号負担割合} \div \text{被保険者数}$$

(訪問介護・特養等) (利用人数等) P (20%) 5

2 都道府県 介護保険事業支援計画

老人保健福祉圏域(2次医療圏) 単位

(1) サービス見込量の設定

都道府県は各市町村のサービス見込量(利用人数等)を積み上げる。

在宅サービス	24年度	25年度	26年度	施設サービス	24年度	25年度	26年度
訪問介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	特養	〇〇人	〇〇人	〇〇人
訪問看護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	老健	〇〇人	〇〇人	〇〇人
通所介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	介護療養 P	〇〇人	〇〇人	〇〇人
通所リハ	〇〇人	〇〇人	〇〇人	特定施設	〇〇人	〇〇人	〇〇人

(2) 施設居住系サービスの必要入所定員の設定

都道府県はサービス見込みを積み上げたうえで、空床率等を勘案して施設・居住系サービスの必要入所定員(定員枠)を設定

施設サービス	24年度	25年度	26年度
特養	〇〇人	〇〇人	〇〇人
老健	〇〇人	〇〇人	〇〇人
介護療養 P	〇〇人	〇〇人	〇〇人
特定施設	〇〇人	〇〇人	〇〇人

(1) 地域密着型サービス見込量の設定

各市町村は地域密着型サービスの見込量(利用人数)を設定

在宅サービス	24年度	25年度	26年度	施設サービス	24年度	25年度	26年度
夜間対応型訪問介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	地域密着型特養	〇〇人	〇〇人	〇〇人
小規模多機能型居宅介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	地域密着型特定	〇〇人	〇〇人	〇〇人
認知症対応型通所介護	〇〇人	〇〇人	〇〇人	グループホーム	〇〇人	〇〇人	〇〇人

(2) 地域密着型サービス見込量の必要利用定員の設定

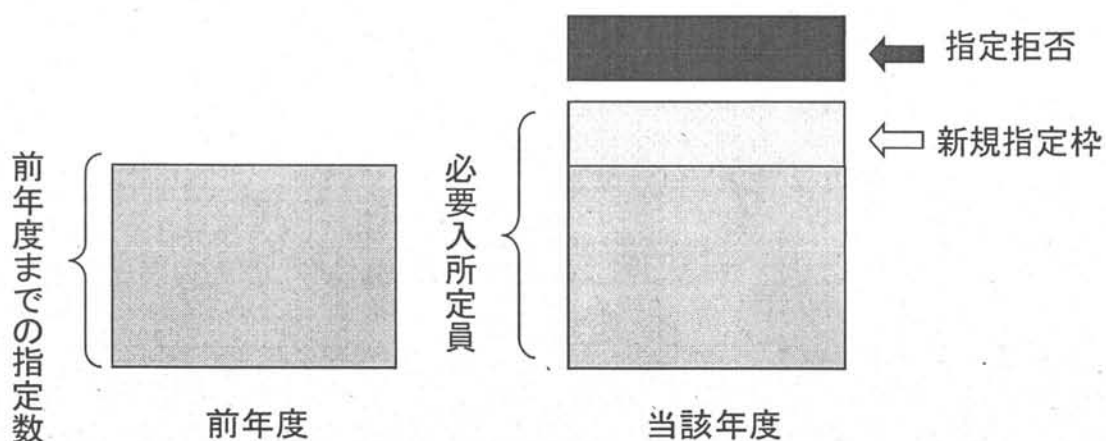
市町村は、空床率等を勘案して、地域密着型サービス必要利用定員(定員枠)を設定

施設サービス	24年度	25年度	26年度
地域密着型特養	〇〇人	〇〇人	〇〇人
地域密着型特定	〇〇人	〇〇人	〇〇人
グループホーム	〇〇人	〇〇人	〇〇人

(3) 指定の仕組み

必要入所定員が設定された施設・居住系サービスについて

- 前年度までに指定した数と指定する年度の必要入所定員数の差が新規に指定できる枠となる。
- 都道府県が設定した必要入所定員を超える場合は、都道府県は施設(事業者)からの指定申請を拒否できる。



2 認知症の要介護者の方を地域で支える (横浜市の取組み～第4期介護保険事業計画)

9

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計

○ 認知症高齢者数については、平成22(2010)年では208万人、平成37(2025)年では323万人と推計されており、約1.6倍に増加することが見込まれている。

(単位:万人)

将来推計 (年)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活 自立度 Ⅱ以上	208	250	289	323	353	376	385	378
	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4

※1 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

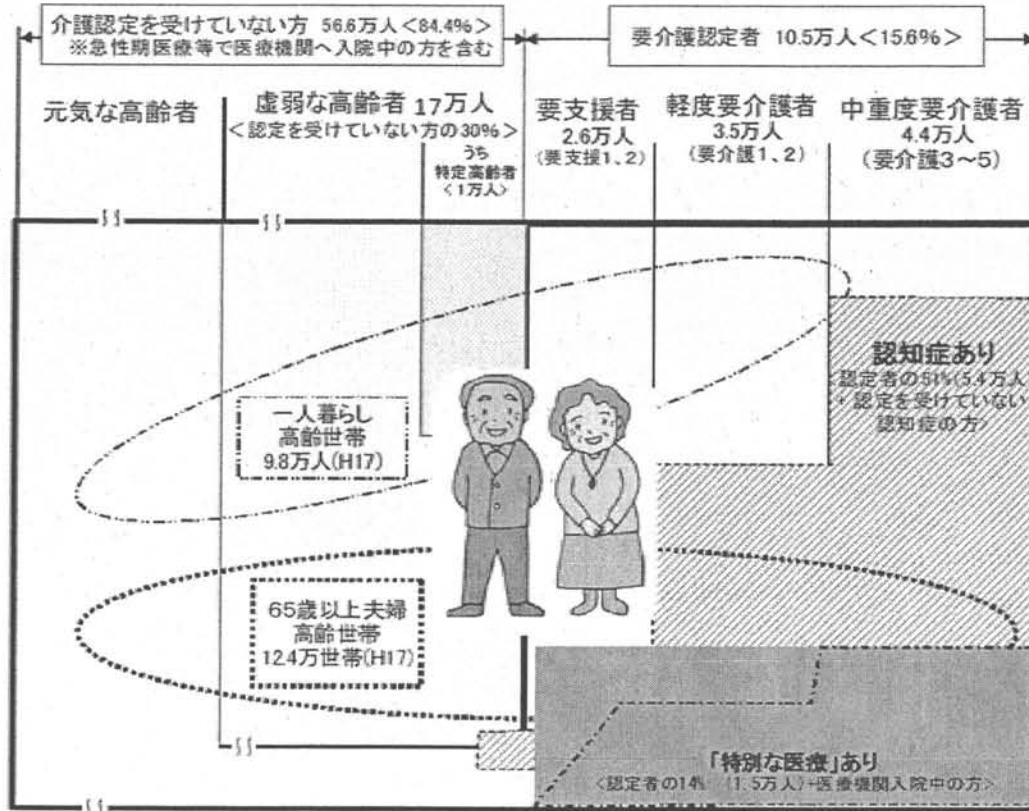
※2 下段は65歳以上の人口比(%)

(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

10

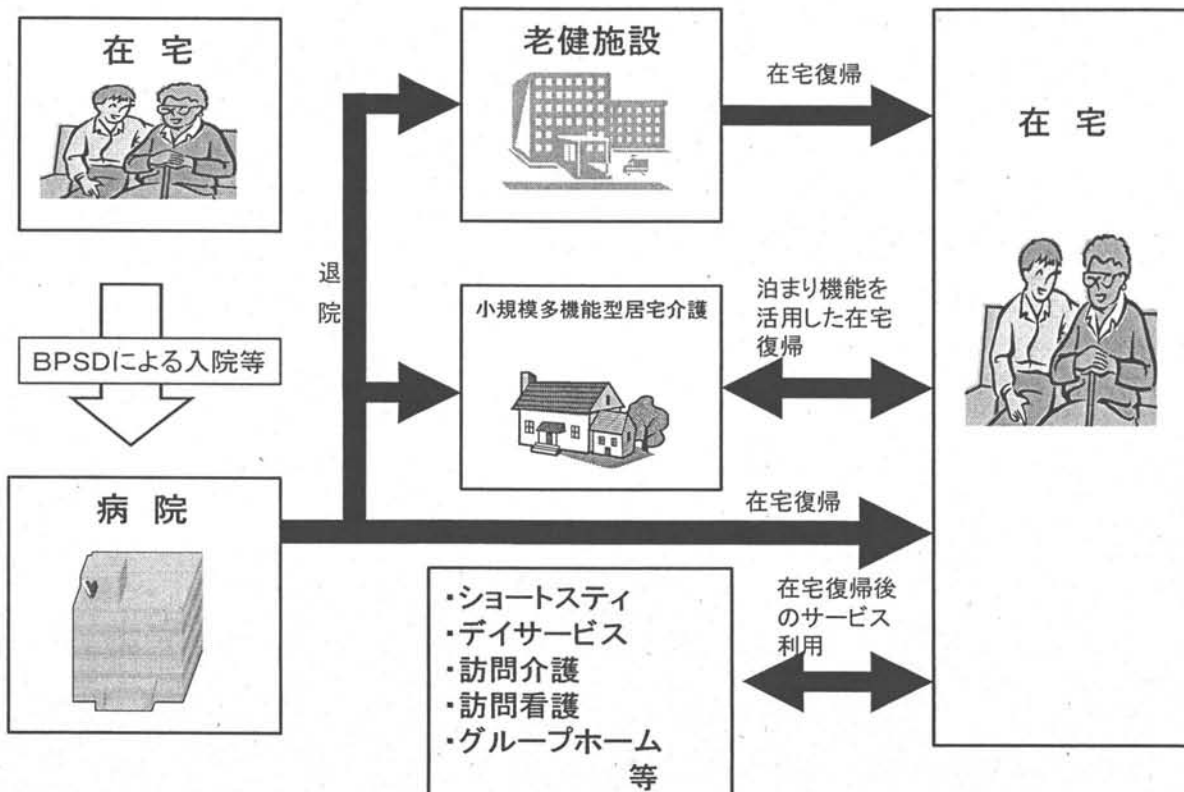
横浜市の高齢者 67.1万人

平成20年4月現在



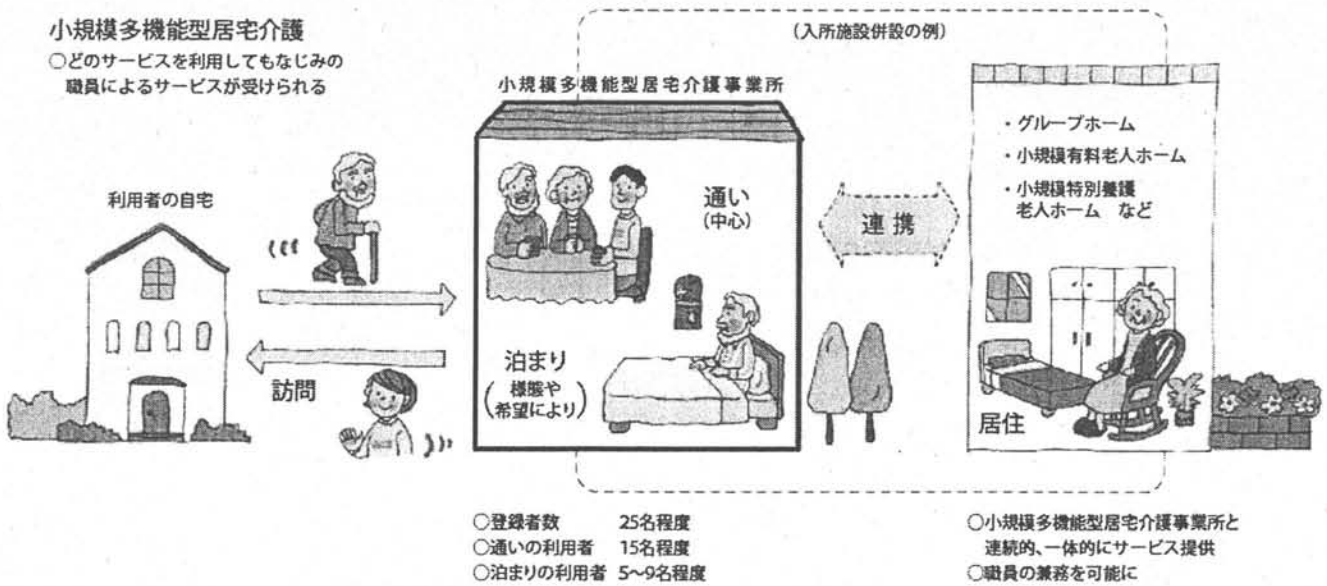
※ 特別な医療：経管栄養、酸素療法など

介護分野における支援の一例



小規模多機能型居宅介護

○どのサービスを利用してなじみの職員によるサービスが受けられる



小規模多機能型居宅介護の整備目標及び見込量

		第3期の実績			第4期計画			
		18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	
小規模多機能型居宅介護	か所数(か所)	7	27	45	62	79	96	
	定員数(人)	168	649	999	1,424	1,849	2,274	
	介護	利用者数(人/月)	38	200	800	1,200	1,500	2,000
	予防	利用者数(人/月)	3	15	60	90	120	150

注:日常生活圏域ごとの見込量については、203~206ページを参照

13

認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)

- 認知症高齢者を対象として、共同生活(5~9人)を通じ、入浴、排泄、食事等の日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
- 認知症高齢者グループホームは、第2~3期計画期間に急速に事業所が増加し、総量としては一定水準の整備量に達しています。第4期計画期間においては、未整備圏域への整備を促進し、平成26年度までに日常生活圏域ごとに1か所以上のサービス提供を目指します。
- 重度の入居者を一定割合以上継続的に受け入れ、人員基準以上の配置によりサービス提供を行っているグループホームに対して助成を行います。
- 「地域密着型サービス運営委員会」での評価のほか、開設後6か月以上経過したグループホームに対する外部評価(第三者評価)の実施及び評価結果の公表を通じて、サービスの質の確保に努めます。

認知症対応型共同生活介護の整備目標

		第3期の実績			第4期計画			
		18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	
認知症高齢者グループホーム	か所数(か所)	227	251	268	275	282	289	
	定員数(人)	3,740	4,136	4,452	4,578	4,704	4,830	
	介護	利用者数(人/月)	2,640	3,413	3,800	4,200	4,300	4,500
	予防	利用者数(人/月)	5	6	5	5	6	6

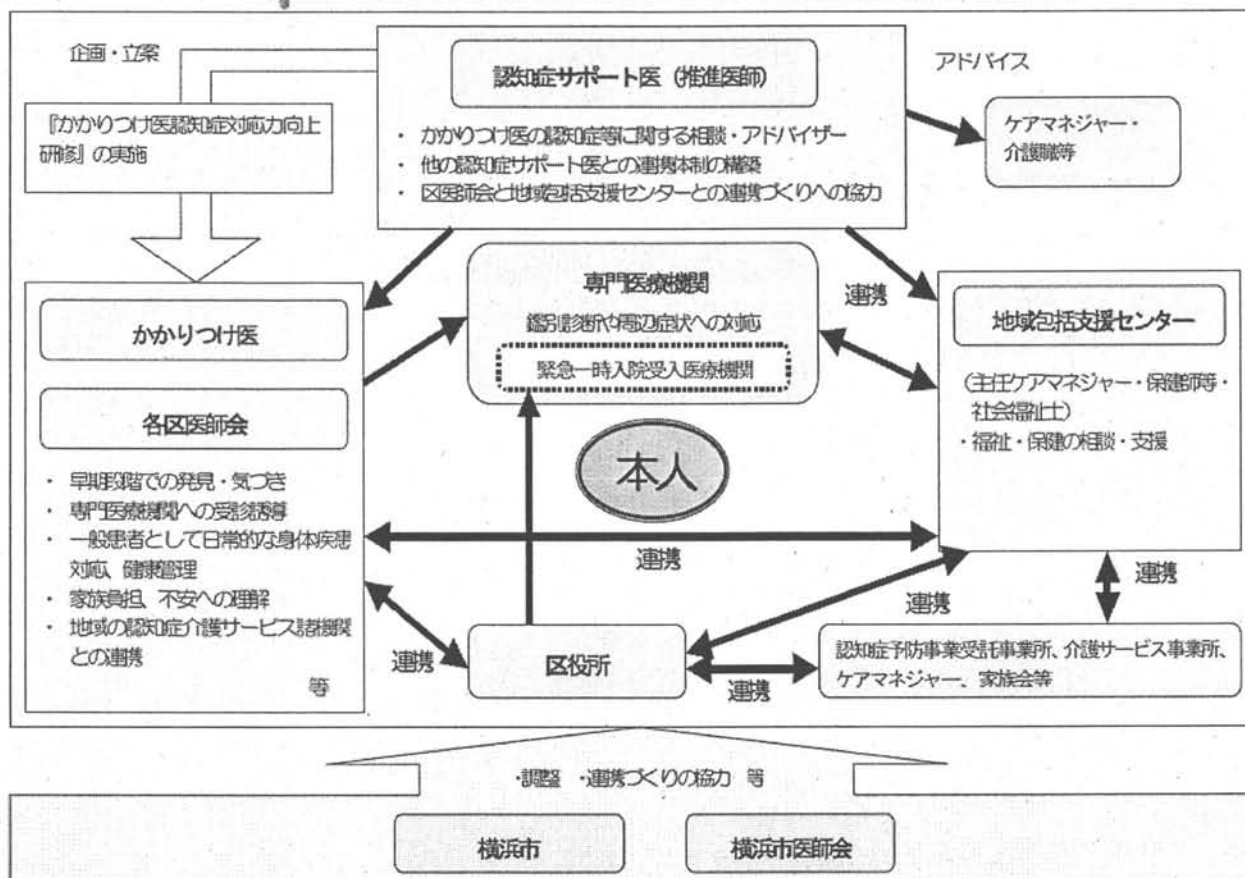
注:日常生活圏域ごとの見込量については、203~206ページを参照

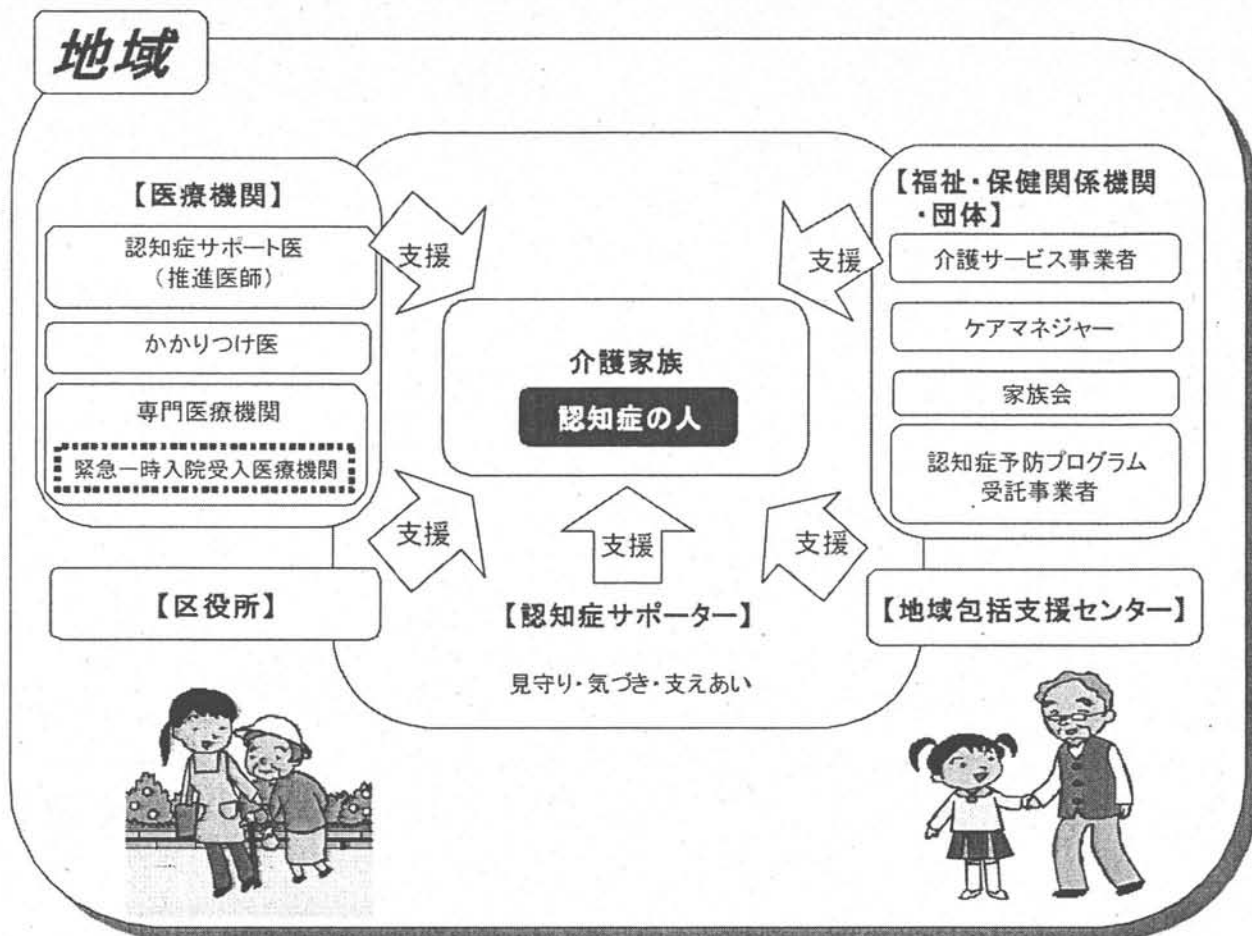
認知症のお年寄りを支えるための課題

認知症に関する知識の普及啓発を進めるとともに、市民・サービス提供事業者・医療機関・地域包括支援センター等がそれぞれの役割に応じた取り組みを進め、地域における認知症高齢者等を総合的に支援する体制を構築することが課題

介護が必要な方を地域で支えるため、小規模多機能サービスやグループホームなどの介護基盤の整備を早急に進めていくことが必要

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制のイメージ





<基本的な方向3>

～自分に合った施設・住まいが選べるために～

目標

一人ひとりの状況に応じた施設や住まいで、自分らしく安心して生活することができる環境づくりを進めます。



施 策 の 展 開

1 特別養護老人ホーム等施設の整備

- 特別養護老人ホームは、入所の必要性・緊急性の高い申込者が、概ね1年以内に入所できる水準を維持するため、年間300床（23～26年度）の整備を進めるとともに、施設の地域偏在への対応と医療的ケアの充実をはかります。
- 日常生活圏域を単位として、未設置圏域（40圏域程度）への認知症高齢者グループホームの計画的な整備を推進します。（21～26年度に年間6～7か所整備）
- 特定施設（有料老人ホーム等）については、重度化対応、低料金、立地状況など、横浜市が期待する役割やニーズに対応した施設整備の誘導を進めます。

2 高齢者の多様な住まい方への支援

- 既存の公的賃貸住宅の空き地・空き施設の活用等により、見守りなど福祉施策との効果的な連携による高齢者生活支援サービス拠点の整備を検討・実施します。
- 一人暮らし高齢者等が、医療や介護サービスを受けながら安心して暮らせる、グループリビング等新たな生活の場の確保に向け、国の交付金を活用したモデル事業を行います。
- 有料老人ホームや高齢者向け賃貸住宅等においても、適切なサービスが提供され、高齢者がいつまでも安心して暮らし続けることができる安心・安全な居住環境を確保します。

介護保険施設等の整備目標

(床)

		第3期の実績			第4期計画		
		18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度
特別養護 老人ホーム	年度末整備数	9,617	9,937	10,800	12,487	13,307	13,607
	増床数	805	320	863	1,687	820	300
	うち小規模特別養護 老人ホーム	0	0	113	0	0	0
介護老人 保健施設	年度末整備数	8,117	8,369	8,715	9,565	9,565	9,565
	増床数	514	252	346	850	0	0
介護療養型 医療施設	年度末整備数	1,254	1,046	902	902	902	902
	増床数	▲ 107	▲ 208	▲ 144	0	0	0
認知症高齢者 グループホーム	年度末整備数	3,740	4,136	4,452	4,578	4,704	4,830
	増床数	648	396	316	126	126	126
特定施設 (有料老人ホーム等)	年度末整備数	8,384	8,966	10,129	10,329	10,529	10,729
	増床数	1,283	582	1,163	200	200	200
計		31,112	32,454	34,998	37,861	39,007	39,633

19

3 第5期介護保険事業計画
～認知症支援策の充実が重要課題に～

計画の内容について

- ◆ 高齢者を取り巻く環境の変化等に適切に対応し、高齢者が地域で暮らし続けられる地域包括ケアを実現していくため、第5期計画では以下の事項について、地域の実情を踏まえて記載することとする。

①認知症支援策の充実

(例: 認知症者数やニーズの把握と対応、サポート体制の整備等)

②在宅医療の推進

(例: 市町村における医療との連携の工夫等)

③高齢者に相応しい住まいの計画的な整備

(例: 高齢者住まい計画との調和規定等)

④生活支援サービス(介護保険外サービス)

(例: 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保等)

厚生労働省社会保障審議会介護保険部会(9/17資料) 21

第5期介護保険事業計画の策定に向けて

- 第5期においては、国は参酌標準廃止する旨明言。
- 平成22年秋ごろ、国は自治体に対し、第5期介護保険事業計画策定に向けた基本的考え方を示す予定。
- 精神病床等から介護保険施設や居住系サービス等に移行し、医療保険から介護保険に利用が切り替わるならば、介護保険料の上昇は避けられないのが現状。
- 特に、病院所在地の保険者の介護保険料に大きく影響を及ぼす可能性あり。

退院可能な認知症の方を地域で支えていくための方策等（私見）

例えば、精神病床に入院されている認知症の方の中に退院可能な方が一定程度いるとして、

- ・ 自宅などで訪問サービスをどの程度受けることになるのか
- ・ GHや高専賃のような住まいが必要な方がどの程度いるのか
- ・ 老健施設を経由して在宅生活に移られる必要がある方がどの程度いるのか
- ・ 特養への移行を希望する方がいるのか

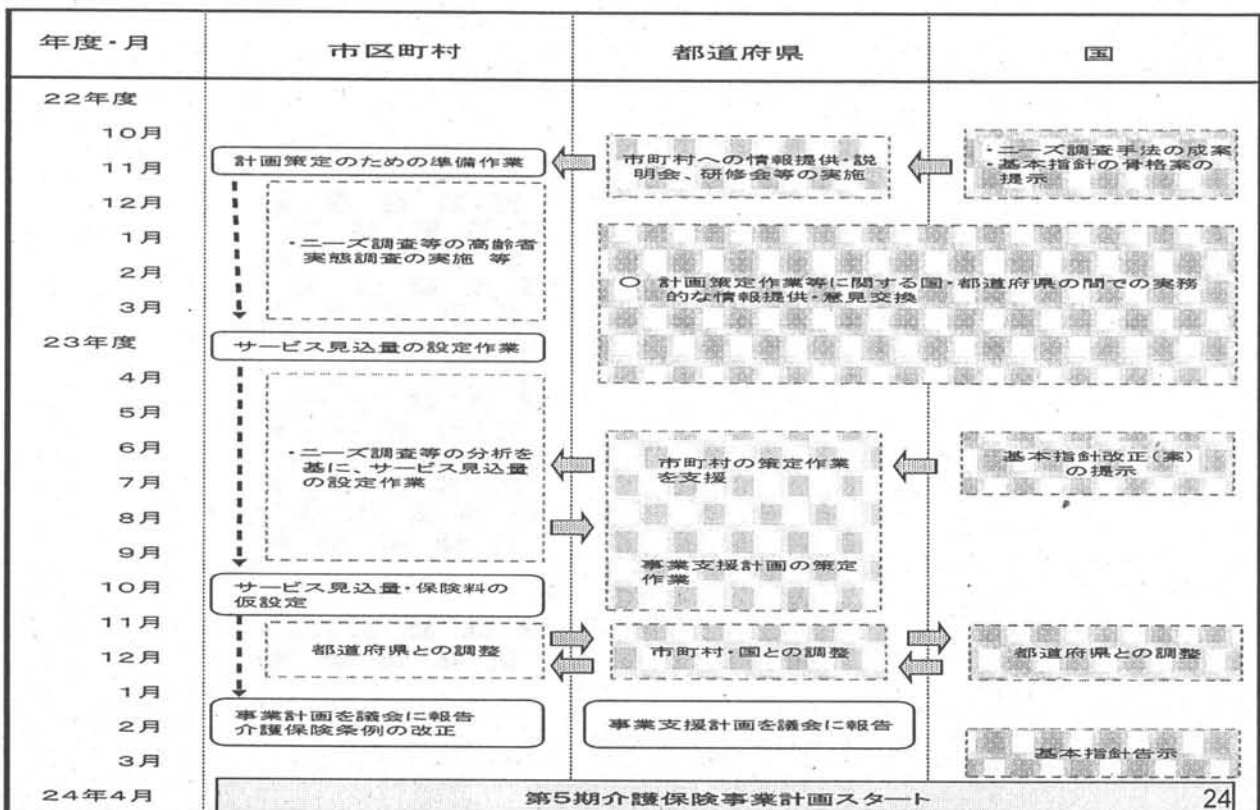
などによって、今の計画・考えで対応可能なのか、在宅医療との連携をどう考えるのかなど見極める必要がある。

⇒ 従って、まず、入院されている認知症の方の状況を、医療の必要度、介護の必要度などから、よく分析することが必要。

⇒ 国、地方自治体、医療機関、施設・居住系事業者等の4者が自然に任せていては、退院は進まない。

医療・看護・介護など認知症に関する関係者の連携・意識共有をどう位置づけていくか、具体的な仕組みが必要。

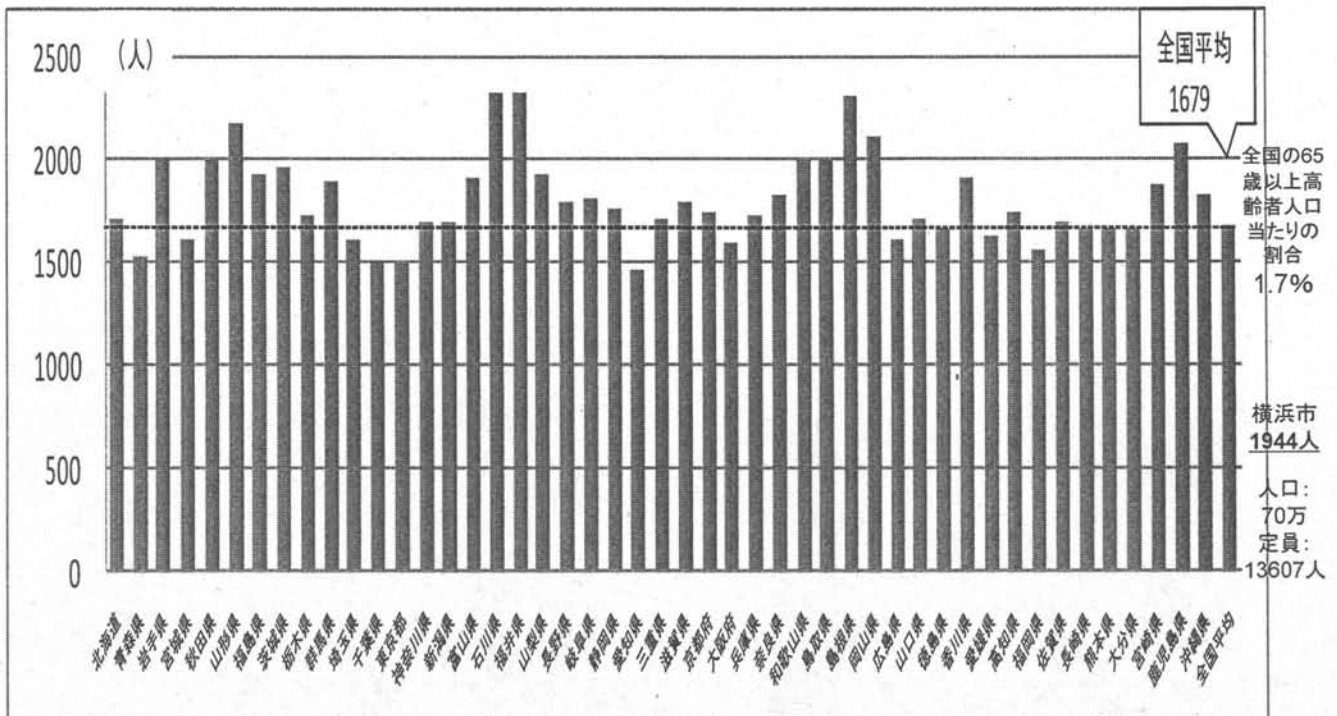
第5期介護保険事業計画の策定スケジュール（イメージ）



※ 計画の策定に当たっては、各保険者ごとに被保険者代表や保健医療福祉関係者等が参加した計画策定委員会を設置・運営している。

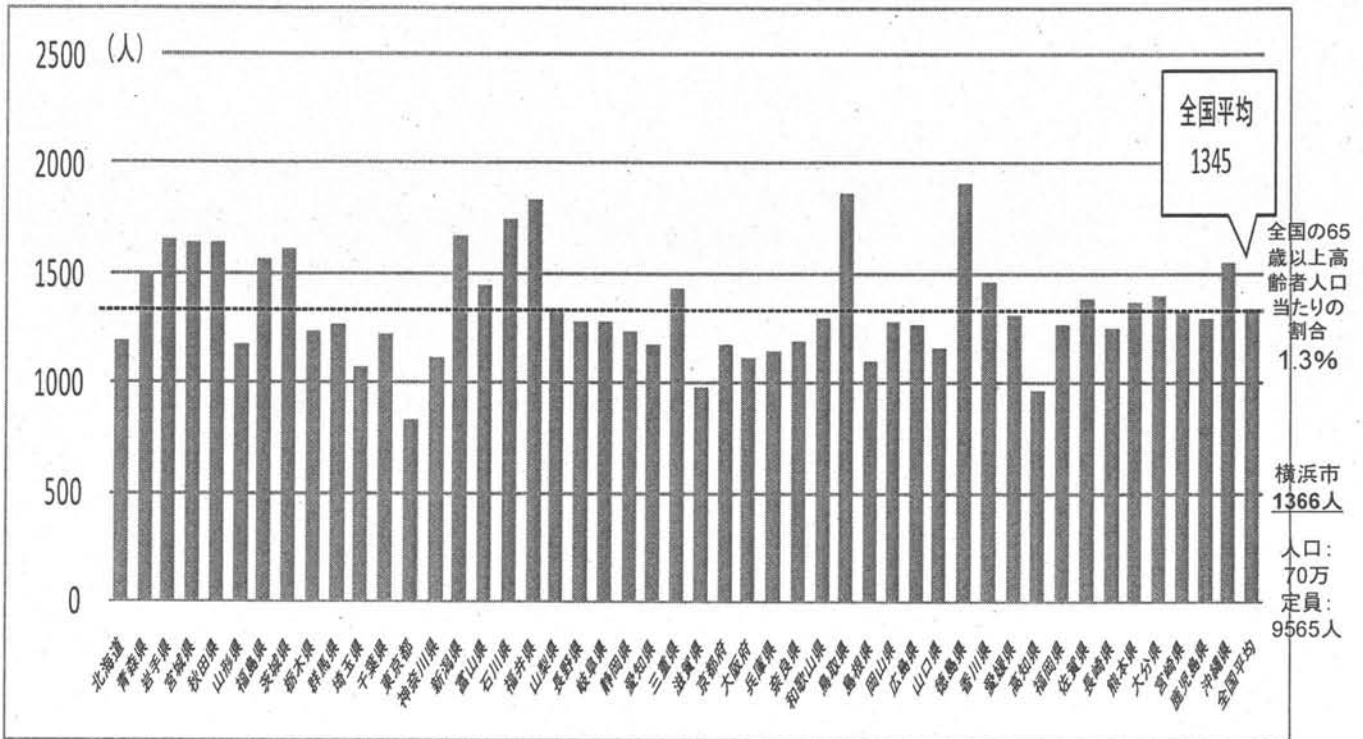
4 参考データ

65歳以上人口10万人当たりの介護老人福祉施設の 必要入所定員総数(平成23年度末)



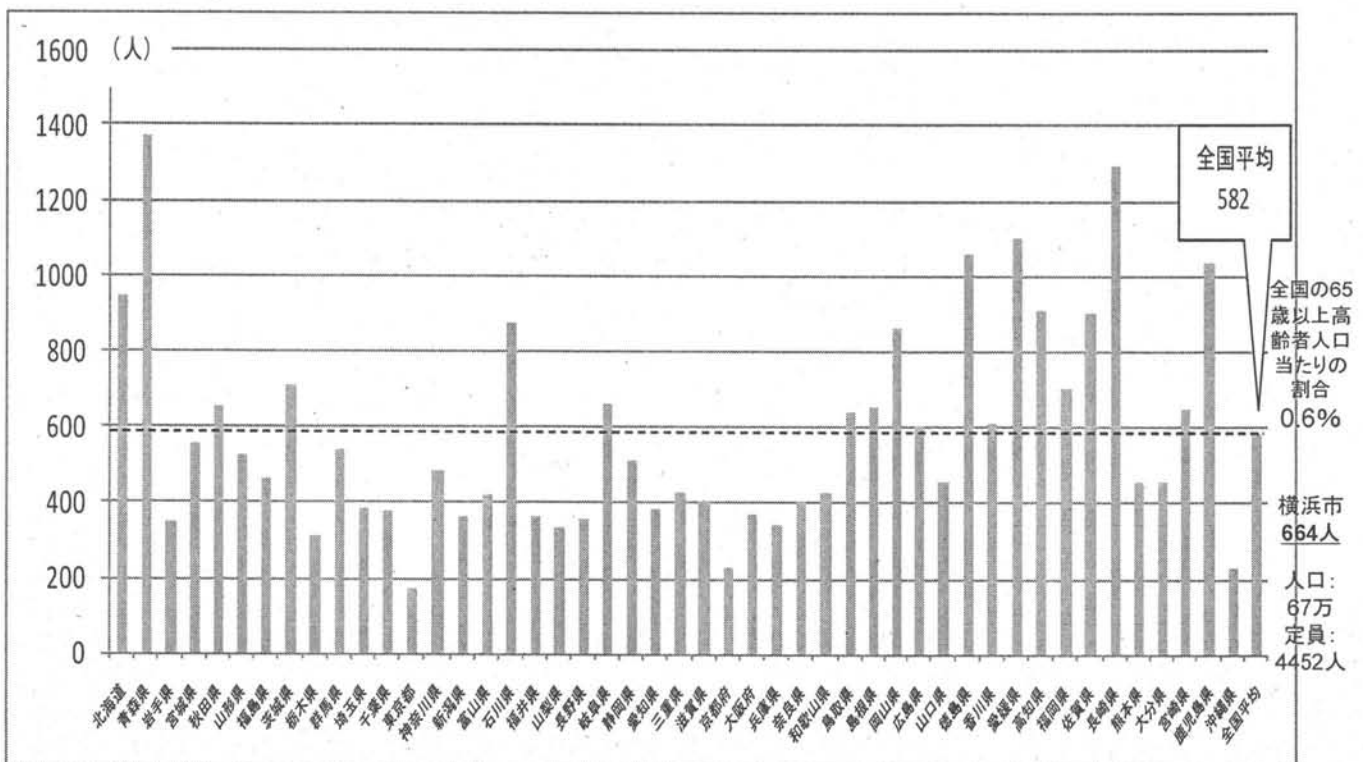
※1 必要入所定員総数は、各都道府県の介護保険事業支援計画に基づく。
 ※2 65歳以上人口は総務省統計局の「平成21年10月1日現在推計人口」による。
 ※3 地域密着型介護老人福祉施設を含む。
 ※4 療養病床からの転換による増加分は除く。

65歳以上人口10万人当たりの介護老人保健施設の 必要入所定員総数(平成23年度末)



※1 必要入所定員総数は、各都道府県の介護保険事業支援計画による。
 ※2 65歳以上人口は総務省統計局の「平成21年10月1日現在推計人口」による。
 ※3 療養病床からの転換による増加分は除く。

65歳以上人口10万人当たりの認知症対応型 共同生活介護の定員数の割合(平成20年度)



※1 平成22年3月5日 全国介護保険担当課長会議資料より
 ※2 65歳以上人口は、総務省統計局「平成20年10月1日現在推計人口」より

河岸構成員提出資料

認知症家族の体験から

1

病歴(急性期 2カ月半)

- H11年5月 76歳 脳梗塞でA病院へ救急搬送
- 右半身不全麻痺、言語性疎通不可、意思疎通不明瞭、2週間後誤嚥性肺炎で重篤
- 経管栄養
- 言語:ST訓練
- 身体:臥床訓練

2

病歴(リハビリ期 2カ月半)

- リハビリ目的でB病院へ転院
- 身体リハビリ→つかまり立ち、両上肢可動
- 言語:ST→意志の疎通、発語出てくる
- 食事訓練→全粥キザミを半介助で食べる

3

病院探し

- ソーシャルワーカーからリストを渡され退院期限を迫られる
- 数箇所 of 病院を見学
- 経管栄養は断られる
- 自宅から遠距離

→ C病院で受け入れられる

4

退院準備(半年間)

- ・ 車椅子でも生活でき介護しやすい家



家を建て直す



新たなローンが発生

- ・ 身体障害者2級受給

5

退院後の新たな生活

- ・ H12年3月 退院と同時に息子家族と新築の家へ同居
 - ・ 要介護4度→要介護5度
- 4月より導入
- ・ ヘルパー: 散歩、買物、シャワー浴、食事
 - ・ デイケア: 2回/週→3回/週
 - ・ ショートステイ: 1泊~3泊を1~2回/月

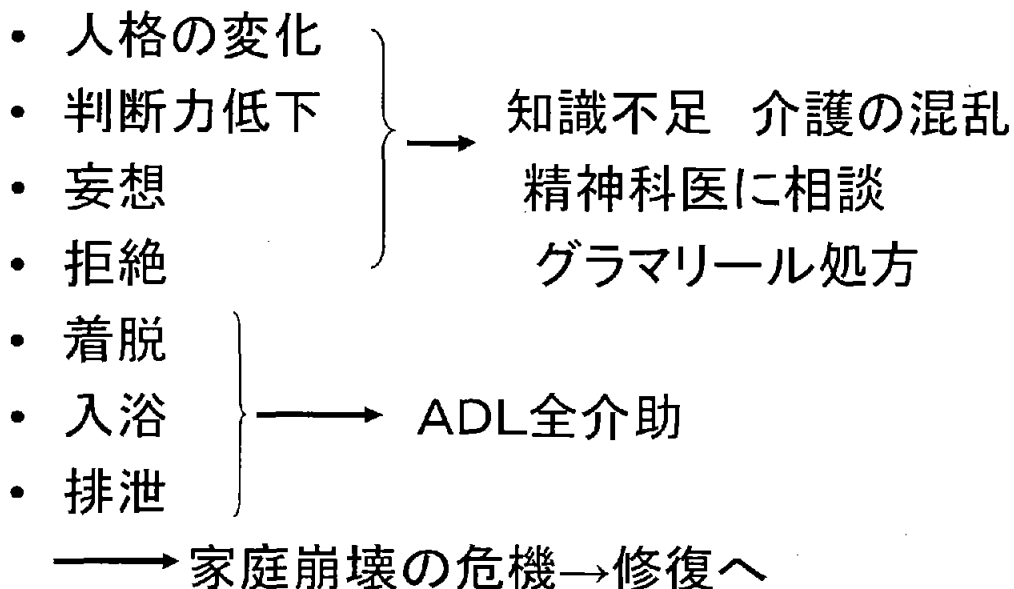
6

家族との生活の中での変化

- 食事: 全粥キザミ→常食
- 飲み物: トロミ→水
- 表情: 能面様顔貌から豊かな表情へ
- 買物: 季節感、喜び、料理への興味
- 文字: 書けなくなっていた→書道で書ける
- 絵: 絵手紙、ぬり絵
- 粘土細工: 小物(皿、ぐい飲みなど)
- 言語: 片言→改善(日常会話可)

7

認知症発症



8

身体合併症

- 糖尿病:カロリー制限
- 便秘:排便コントロールと排泄介助
- 老人性乾皮症:軟膏処置
- 逆流性食道炎(血性嘔吐で一週間入院)
→クリニックへ通院→往診(1回/月)

9

終末期(退院から8年後)

- 発語がほとんどなく、言葉がそのものと別の名称になる
- 意欲はまったくなく、寝ている時間↑
- 食欲↓
- 静脈血栓→足指褥瘡→黒化(入院してから)
- 発熱
- →D病院へ入院(2ヵ月半)、糖尿病悪化
- E病院へ転院、2週間後敗血症により死亡(85歳)

10

介護する家族の苦悩

- 状況を受け入れるまでにかかる時間
- 身体的負担: 排泄、食事、入浴全介助
介護者2人とも関節痛、腰痛で限界
- 精神的負担: 生活が全て母を中心に
時間との制約、イライラと自責的、失われた安定、仕事との両立、他者の言葉に傷つき、虐待の恐れ、見通しが立たない

11

介護経験から

- 知る権利: 認知症の症状
制度の説明(利用できる施設やサービス、オムツの公的援助)
- ケアマネージャー: 都合を優先する人と聴いてくれる人、連携
- ショートステイ: ショートステイの枠
- ソーシャルワーカー: リストを渡す人と連携をとってくれる人

12

家族としての希望

- ソーシャルワーカーの増員(B病院→C病院)
- 入院から在宅までの今後に向けた説明
- 病院間の連携
- ケアマネージャー教育
- 老人保健施設での受け入れ期間
ショートステイ・ミドルステイ
- 制度やサービスの提供→申請制度

湊野構成員提出資料

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

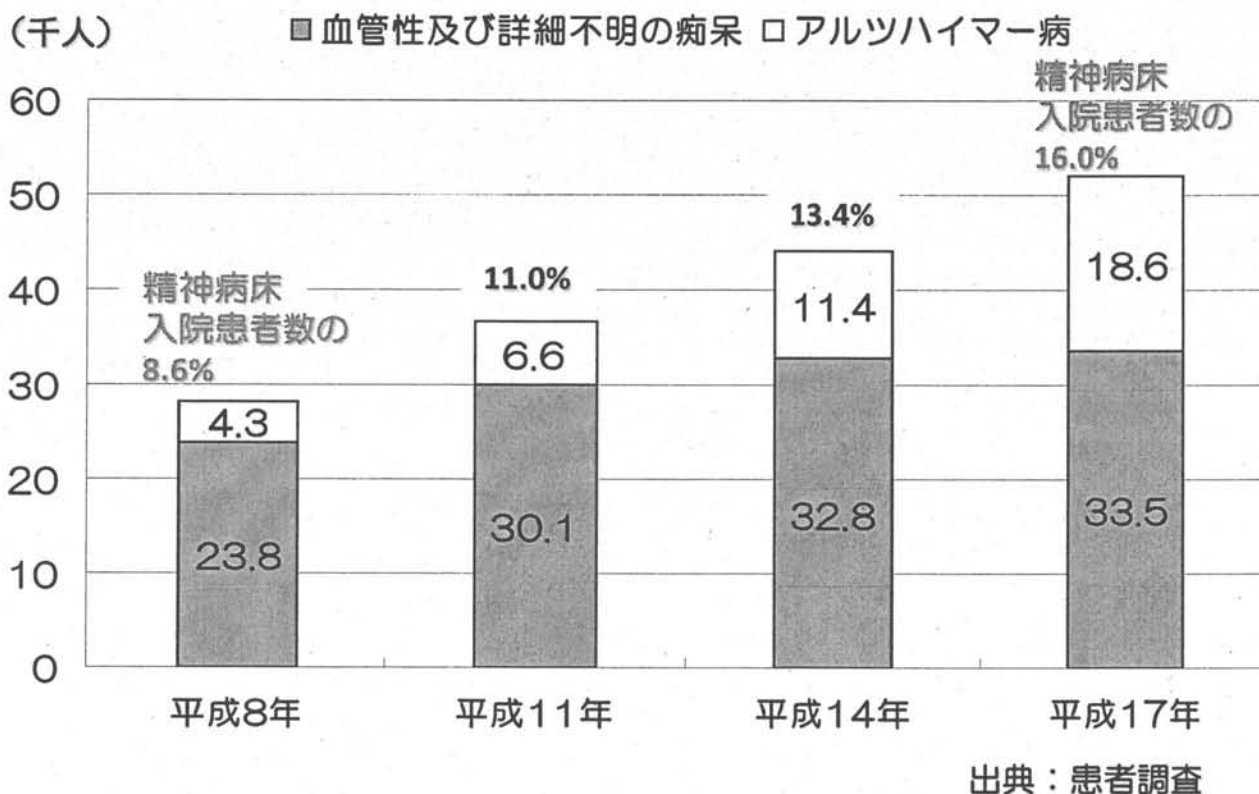
認知症患者と精神科入院医療(第2R)

平成22年9月30日
日精協常務理事
瀧野勝弘

認知症(痴呆)対策の経緯

- | | |
|-------|---|
| 昭和38年 | 老人福祉法の制定 |
| 昭和48年 | 老人医療費無料化 |
| 昭和57年 | 老人保健法成立 |
| 昭和61年 | 痴呆性老人対策推進本部の設置 |
| 昭和63年 | 老人性痴呆疾患治療病棟の新設、重度痴呆患者デイ・ケアの新設 |
| 平成元年 | 老人性痴呆疾患センターの創設 |
| 平成元年 | 高齢者保健福祉促進10か年戦略(ゴールドプラン)の策定～平成11年まで |
| 平成6年 | 初老期における痴呆対策検討委員会による報告 |
| 平成6年 | ゴールドプランの全面的見直しをし、新ゴールドプランの策定～平成11年まで |
| 平成11年 | 介護サービス基盤の整備を含む総合的なプラン(ゴールドプラン21)の策定 |
| 平成12年 | 介護保険制度の施行 |
| 平成12年 | 痴呆高齢者グループホーム創設 |
| 平成15年 | 老健局内に高齢者介護研究会設置 |
| | 「2015年の高齢者介護-高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて-」報告される |
| 平成17年 | 介護保険法改正 「痴呆」から「認知症」へ用語を改める |
| 平成18年 | 地域包括支援センターの創設、高齢者虐待防止法の施行 |
| 平成20年 | 「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」報告書公表 |
| 平成21年 | 介護報酬改定 |

精神病床における認知症入院患者数の年次推移



診療報酬別病床数の年次推移

区分	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
	精神科療入院基本料 (特定機能病院を含む)	232255		
精神科応急入院施設管理加算	4359			
精神科療入院時医学管理加算	34185			
児童・思春期精神科入院医療管理加算	547			
精神科救急入院料	602	747	1640	2173
精神科急性期治療療入院料	7212	9015	11457	12690
精神療養病棟入院料	80966	93818	98595	99989
老人性認知症疾患治療療入院料 (平成22年度より認知症治療療病棟へ)	13477	23196	25797	26403
老人性認知症疾患療養病棟入院料 (平成20年度より認知症療養病棟へ) 介護保険	11791	2240	1741	1654

中医協調査分

日精協会員名簿より

老人性認知症疾患治療病棟の基本的考え方

老人性認知症疾患治療病棟の目的は精神症状や問題行動が著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない認知症老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療とケアを提供するものである。

【平成18年】 老人性認知症疾患治療病棟入院料

精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点を置いた集中的な入院医療を行う。

重度の認知症患者とは、認知症に伴って幻覚・妄想・夜間せん妄・徘徊・弄便・異食等の症状が著しく、その看護が困難な患者をいう。

【平成20年】 認知症病棟入院料

精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点を置いた集中的な入院医療を行う。

重度の認知症患者とは、ADLにかかわらず認知症に伴って幻覚・妄想・夜間せん妄・徘徊・弄便・異食等の症状が著しく、その看護が困難な患者をいう。

【平成22年】 認知症治療病棟入院料

同上

認知症治療病棟への入院について

- 1) 専門的診断、重症度分類を行い家族の了解を得る(本人からの同意は困難なケースが多い)
- 2) 入院理由を明確化し、著しい精神症状及び行動異常が軽減すれば早期退院へ導く
- 3) 医療保護入院を原則とする
- 4) 必要最少量の薬物療法、環境調整などの非薬物療法を行う

認知症治療病棟入院料（1日につき）

認知症治療病棟 入院料1	60日以内の期間	1,450点
	61日以上期間	1,180点
認知症治療病棟 入院料2	60日以内の期間	1,070点
	61日以上期間	970点
重度認知症患者 デイ・ケア料	—————	1,040点

資料：医科診療報酬点数と早見表

重度認知症患者デイ・ケア料

（1日につき1,040点）

- ・精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）であるもの
- ・患者1人当たり1日につき6時間以上行う
- ・60㎡以上かつ利用者1人当たり4㎡以上の床面積
- ・精神科医が1人以上勤務
- ・専従する「作業療法士及び看護師」それぞれ1人以上勤務
- ・専従する「精神科病棟勤務経験を持つ看護師、精神保健福祉士、又は臨床心理技術者」のいずれか1人勤務
- ・1単位利用者25人以内で1日2単位が限度

（127病院 4,346定員 H22年日精協調査）

老人性認知症疾患センターの経緯

- 平成元年 老人性痴呆疾患センター事業実施
(精神保健福祉課所管、平成3年に改訂)
- 平成元年 全国9県14施設
- 平成3年 34道府県64施設
- 平成5年 37道府県83施設
- 平成14年 老健局へ計上
「介護予防・地域支え合い事業」の中の認知症指導対策事業で対応
- 平成16年 44道府県160施設
- 平成17年 44道府県156施設
- 平成17年 老健局予算の見直し、当該事業廃止
介護保険法の改正等により、当該事業が廃止され、平成18年度のみ老健局の
予算で対応。都道府県に通知(平成17年12月22日)
- 平成19年 精神・障害保健課で検討
国庫補助金としては廃止されたが、実施要綱については継続し、都道府県の事業
として行うことが可能 (最終改正 平成18年9月29日 障発第0929004号)
- 平成20年 認知症疾患医療センター事業実施

認知症疾患医療センター運営事業

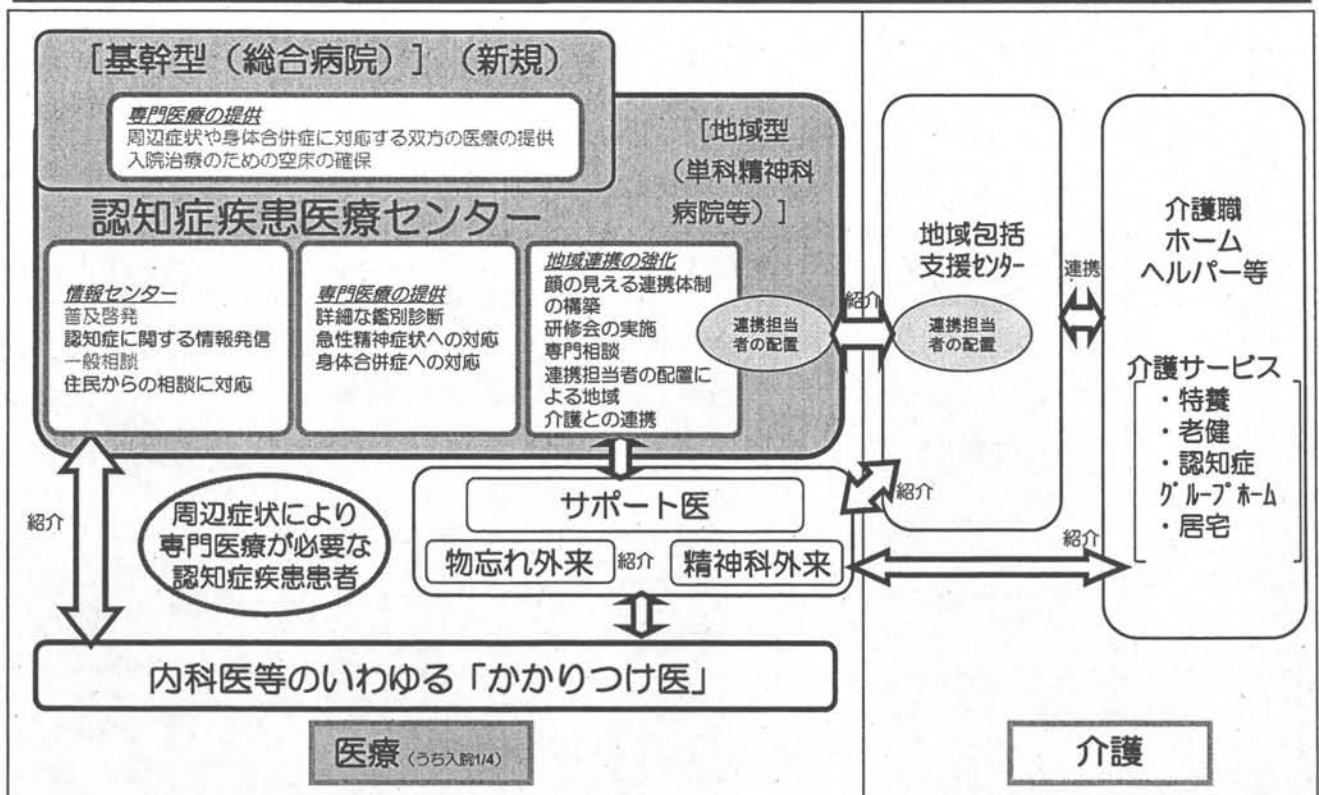
平成22年度予算 577,671千円

認知症疾患医療センター

設置場所：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

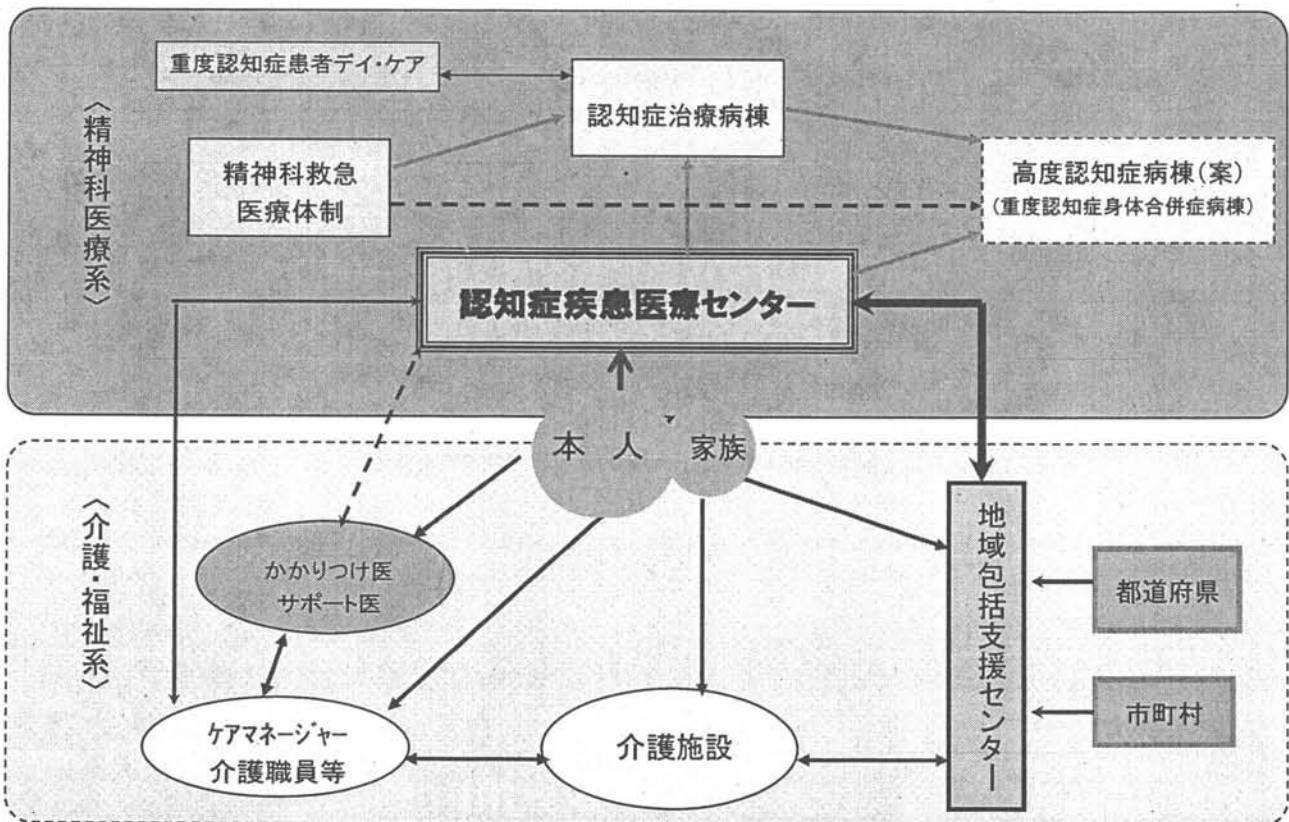
設置数：全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



認知症に関する専門医

専門医名称	学会名称	人数
日本老年精神医学会 認定専門医	日本老年精神医学会	779人 (H22年)
認知症専門医	日本認知症学会	153人 (H21年)
認知症臨床専門医	日本精神科病院協会	48人 H21年)
認知症を領域の一部としている主な専門医		
老年病専門医	日本老年医学会	1,528人 (H20年)
精神科専門医	日本精神神経学会	10,312人 (H22)
神経内科専門医	日本神経学会	4,336人 (H20年)



認知症高齢者の支援体制

身体合併症対策

(認知症治療病棟を持つ299病院からの回答)

- 1) 74%は他科(内科医等)の常勤医がいる。
- 2) 対応可能な手技として経管栄養(86%)、挿管(51%)、IVH(45%)、
気管切開(10%)、腎透析(2%)を行っていた。
- 3) 骨折等の整形外科領域を除けば転院は極めて少ない。
- 4) 治療の為の転院がスムーズに行われているところは20.7%に過ぎなかった。
(うまくいかない理由)
 - ① 身体科の医師や看護師などのスタッフが精神症状のある患者を敬遠する・・・
71.6%
 - ② 精神科の病棟がないので精神症状の対応が出来ない・・・70.5%
- 5) 総合病院等の精神科の外来や病棟の閉鎖が多く見られる。受け入れは今後、ますます困難になる。
- 6) 精神科身体合併症管理加算については55.2%が疾患に偏りがあると答え、
7日間での治療は困難(71.4%)と答えている。

認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について
平成20年度 老人保健健康増進等事業(日精協調べ)

高度認知症病棟(案)

<高度認知症病棟入院料(1日につき1,700点)について>

1. 高度認知症病棟入院料に関する施設基準
 - (1) 当該病棟に専任の医師が常勤していること。
 - (2) 当該保険医療機関内に専従する精神保健福祉士が1人以上勤務していること。
 - (3) 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
 - (4) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を参入しても差し支えない。
 - (5) 当該病棟の入院患者の概ね8割以上が高度の認知症患者であること(①～⑤の内の2つ以上を満たす者)
 - ① 障害者の日常生活自立度のランクB以上
 - ② 認知症の日常生活自立度がⅢ以上
 - ③ MMSE(Mini Mental State Examination) 12点以下
 - ④ CDR(Clinical Dementia Rating)が3(重度)と評定された者
 - ⑤ FAST(Functional Assessment Staging) Stage6以上
2. 高度認知症病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、高度認知症病棟入院料に含まれるが、退院日に、退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定出来る。

若年認知症対策

- ・65歳未満で発症
- ・老年期の認知症の場合とは異なり、医療・ケアや経済的な困難に直面している
- ・全国に約38,000人、精神科病院に約4,000人いるといわれている
- ・血管性認知症、アルツハイマー病、頭部外傷後遺症が多い
- ・若年認知症専用の支援体制はない
- ・介護保険による認知症デイサービスは地域密着型のデイサービスであり、隣町の人に通うことができない
- ・若年専用の施設やサービスが必要であり、そのサービスは個別ケアでなければならない(専用施設や若年認知症デイケア等)
- ・専門医をはじめ専門のコメディカルスタッフの育成が必要
- ・認知症疾患医療センターの大きな役割

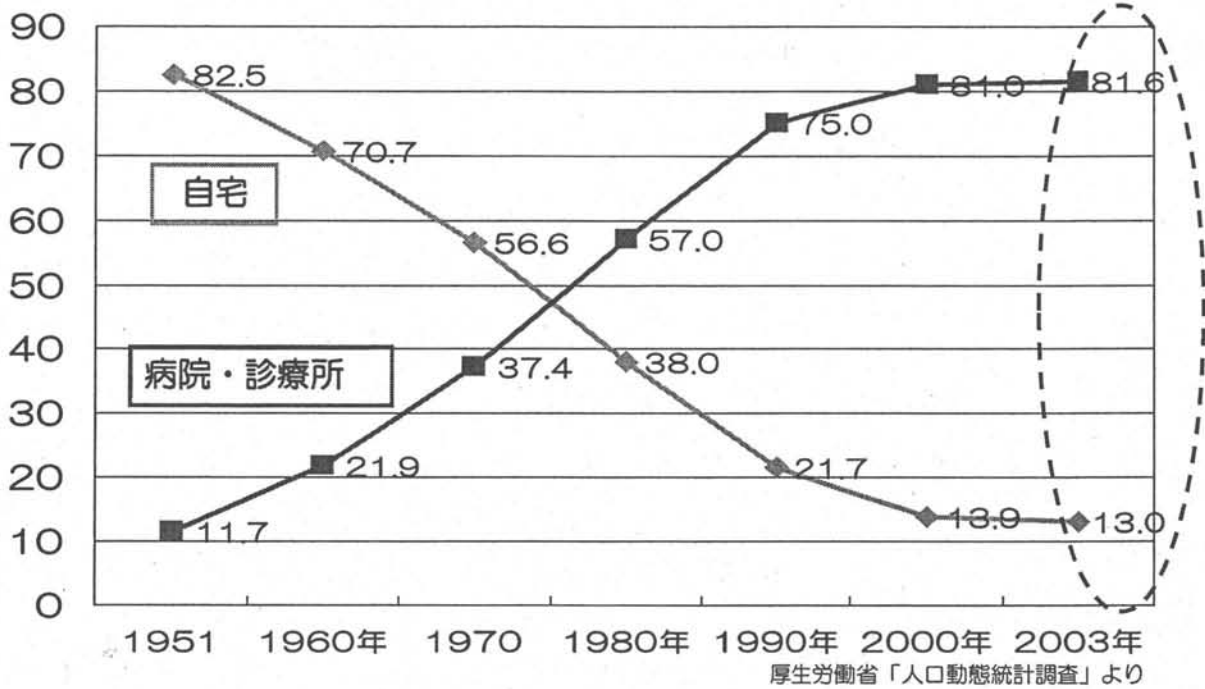
(平成21年度 老人健康増進等事業 日精協)

精神科医療における認知症への支援

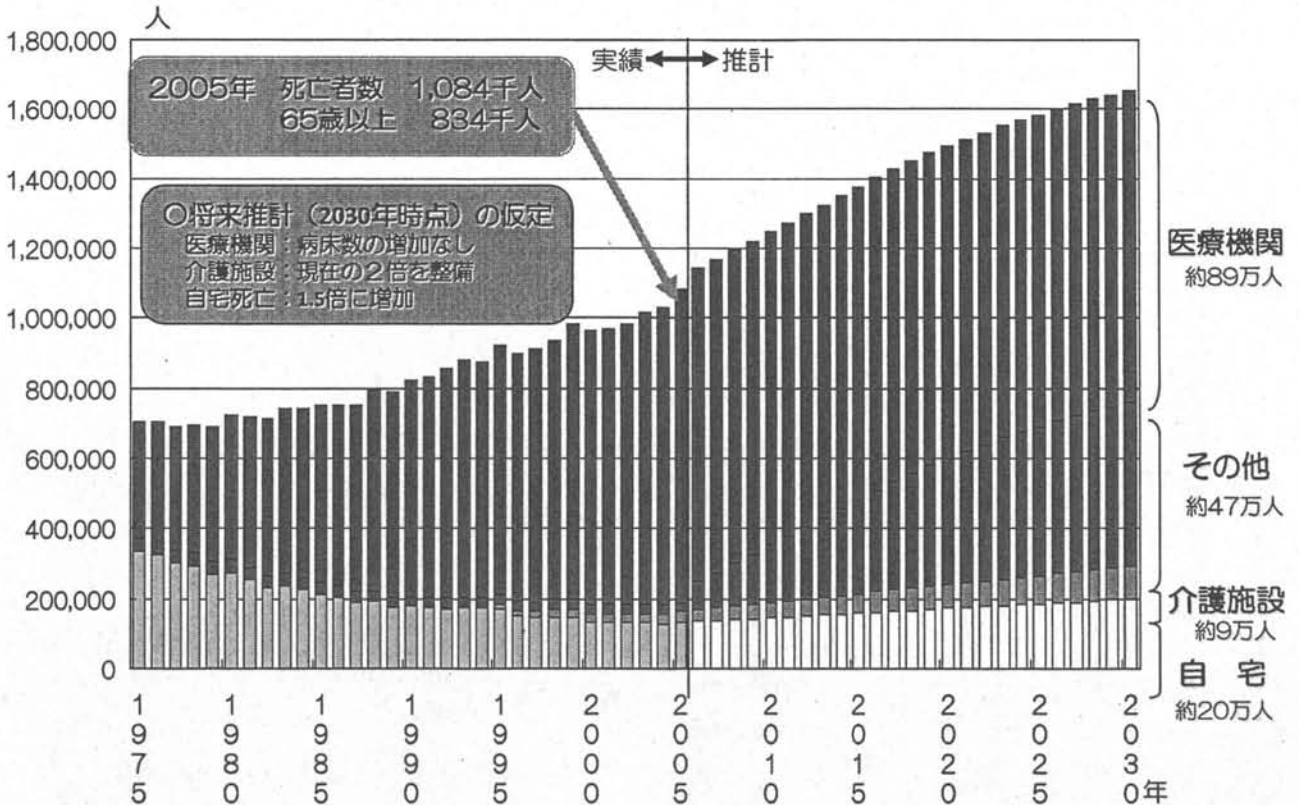
- 1) 専門医による早期診断、鑑別診断、終末期までの継続治療
- 2) 経済的支援
 - 通院医療費公費負担申請
 - 成年後見制度の診断書作成
 - 障害年金の受給、生命保険の高度障害認定の診断書作成
 - 介護保険の利用
- 3) 家族に対する介護負担の軽減とメンタル面でのケア
- 4) 病名告知と心理教育
- 5) 地域包括支援センターや医療機関からの要請に対し、PSW等の訪問システムをつくる

死亡の場所の推移

○ 居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。



今後の看取りの場は？



【資料】
2005年(平成17年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2006年(平成18年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

社会福祉法人ロザリオの聖母会
海上寮診療所

上野秀樹先生提出資料

認知症患者さんを地域で支える

海上寮療養所

上野 秀樹

JAAD

認知症とは？

■認知症の定義

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態。

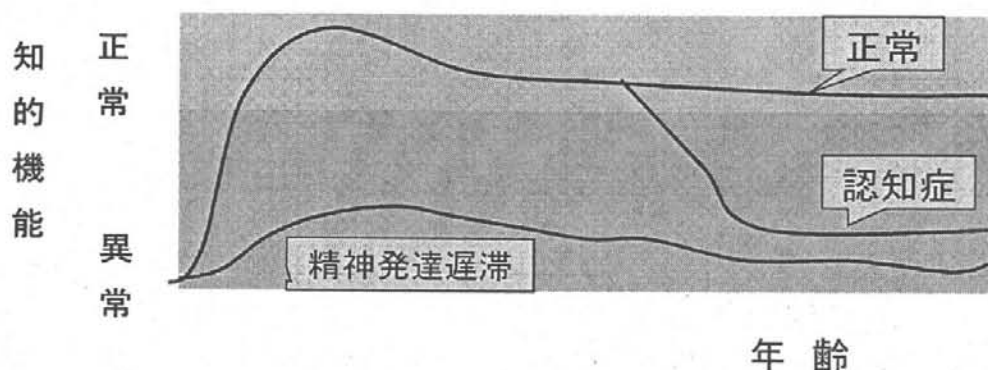
（認知障害の中でも記憶障害が中心となる症状で、早期に出現することが多い）

■認知症と区別すべき病態

意識障害・せん妄、加齢による認知機能の低下、抑うつ状態による仮性認知症、精神発達遅滞等。

認知症とは

一度正常なレベルまで発達した知能が、
正常レベル以下にまで低下した状態



ポイント

「認知症」とは、病名ではなく、状態像である

(脳の神経細胞が死滅して、社会生活に支障を来すような認知機能障害を生じた状態)

→「認知症」の原因となる病気がたくさんある

→その違いは神経細胞が死滅する原因

認知症を呈する疾患

- 変性疾患 : アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、など
- 脳血管障害 : 脳血管性認知症
- 感染症 : 脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病、など
- 腫瘍 : 脳腫瘍
- その他
中枢神経疾患 : 神経ベーチェット、多発性硬化症など
- 外傷 : 慢性硬膜下血腫
- 髄液循環障害 : 正常圧水頭症
- 内分泌障害 : 甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、など
- 中毒、栄養障害 : アルコール中毒、ビタミンB₁₂欠乏など

認知症の症状とは？

● 中核症状とBPSD

認知症の症状

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

記憶障害
判断力低下
見当識障害
言語障害(失語)
失行
失認
ほか

BPSD(反応性)

- ・不安
- ・抑うつ
- ・興奮
- ・徘徊
- ・不眠
- ・被害念慮
- ・妄想

認知症の中核症状とBPSD

中核症状（記憶障害、認知障害、人格変化）

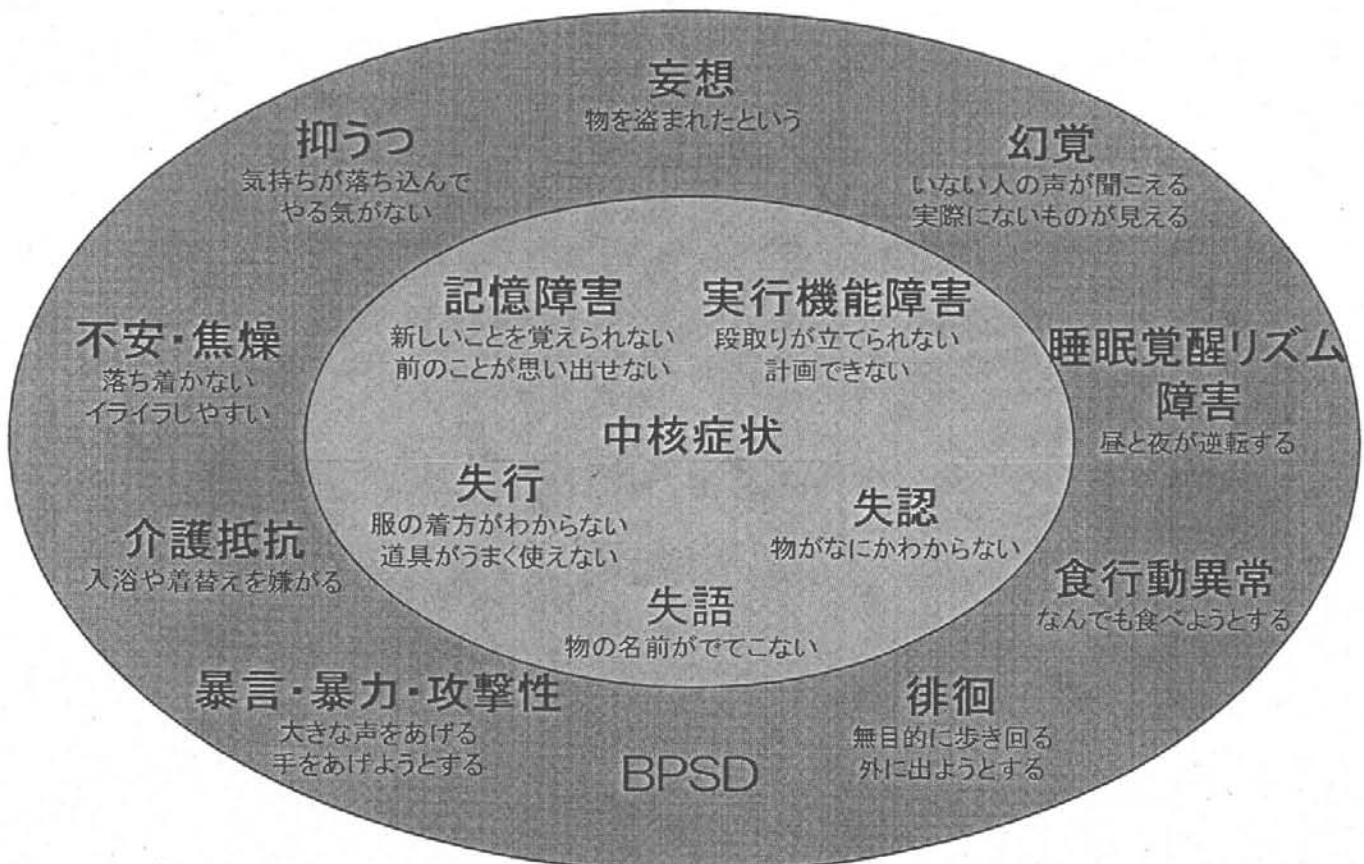
- 程度の差はあれすべての患者にみられる
- 疾患の進行とともに悪化する
- 神経細胞の脱落にともなう能力の喪失

BPSD（精神症状、行動障害）

- みられない患者もいる
- 疾患の重症度（進行）と比例しない
- 中核症状を持つ患者の周囲の環境に対する反応

JAAD

中核症状とBPSD



認知症のBPSD

治療面からの分類

- ・ 純粋な心因反応としてのBPSD
- ・ もともとの精神疾患（妄想性障害、アルコール関連障害、人格障害等々）との関連が認められるBPSD
- ・ 内服している薬物に誘発されたBPSD
- ・ せん妄状態

純粋な心因反応としてのBPSD

- ・ 認知機能障害がある方が、周囲の環境に反応して出現してくる症状
 - 治療の基本は環境の調整や非薬物療法
 - ケアマネの関与や介護保険サービスの利用で多くは改善
 - 精神科医療の出番は少ない

もともとの精神疾患（妄想性障害、
アルコール関連障害、人格障害等々）
との関連が認められるBPSD

内服している薬物に誘発されたBPSD

せん妄状態

→評価、診断、治療的介入のために
精神科医療が必要

福祉関係者に多い精神科医療拒否

いきなり強力な副作用がある薬を大量
に出してしまうなどの精神科医療サイ
ドの不手際に加えて、環境調整で改善
可能な「純粹な心因反応としての
BPSD」と精神科医療の関与が不可欠
なBPSDを区別せずに議論していたか
らではないか

私と認知症診療

- 都立松沢病院時代（平成16年4月～）
3年間、認知症精神科専門病棟、認知症専門外来を担当
- 海上寮療養所
平成21年4月より物忘れ外来を開設。
平成21年11月より、認知症に対する精神科訪問診療を開始

松沢病院認知症病棟の概要

総ベッド数30床

（認知症枠25床＋精神科枠5床）

精神科医2名（臨床専門研修医1名）

看護師19名

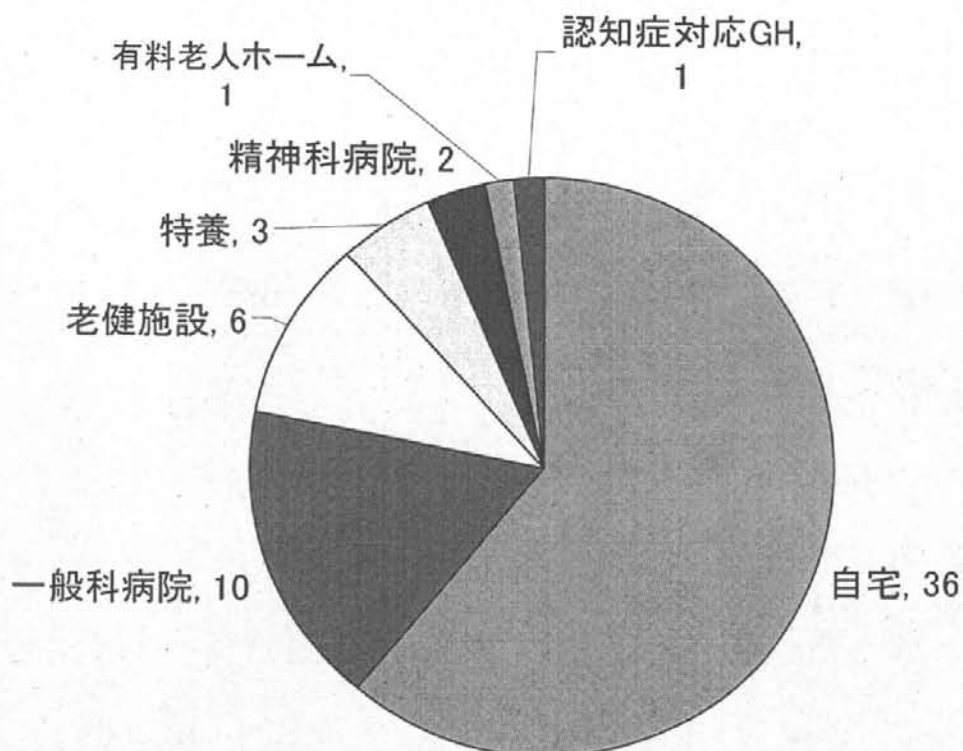
心理士1名 作業療法士1名

ケースワーカー1名

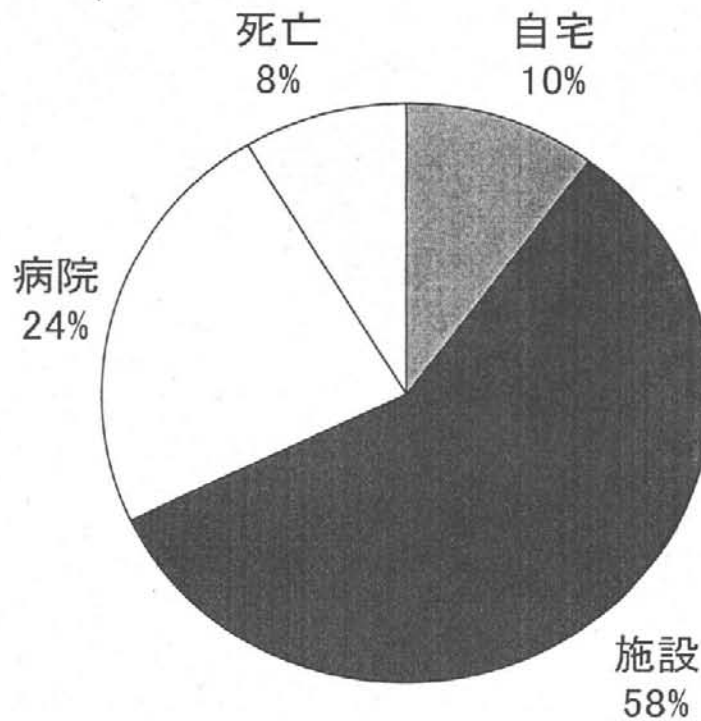
私が担当していた間に

- 3年間で177名を入院加療
- 認知症対応の稼働病床は、25床
→平均入院期間は約5ヶ月間

ある年度の入院前の居所



ある年度の転帰から



ある年度の転帰から

- 精神症状が比較的良好にコントロールされたケース
約7割、うち1割が自宅への退院
- 精神症状のコントロールがあまりうまくいかず、もしくは身体合併症のために継続的に医療的管理が必要となったケース
約2割
- 精神症状のコントロールができず、死亡するまで在院したケース 約1割

早期退院のために

- 入院前から積極的なケースワーク
- 退院先に「もし状態が悪化したら、すぐに再入院できること」を確約する

～実際に再入院したケースは、
3年間で数例のみ～

精神科病棟への入院のデメリット

- 「精神科病院に入院させられた」ことに反応して、BPSDが増悪する可能性があること
- 「生活の場」ではないので、本人の残された能力を生かすような病棟運営が出来にくいこと
- 認知症の方と統合失調症の方を混在させることによる不都合があること

訪問診療のアイデア

- ・ 認知症のBPSD治療目的で、一般科病院からの転院を受けたケースの多くが、ちょっとした精神科的薬物療法で精神症状が改善していたこと

→他院への訪問診療ができれば、転院させる必要がなかったのではないか

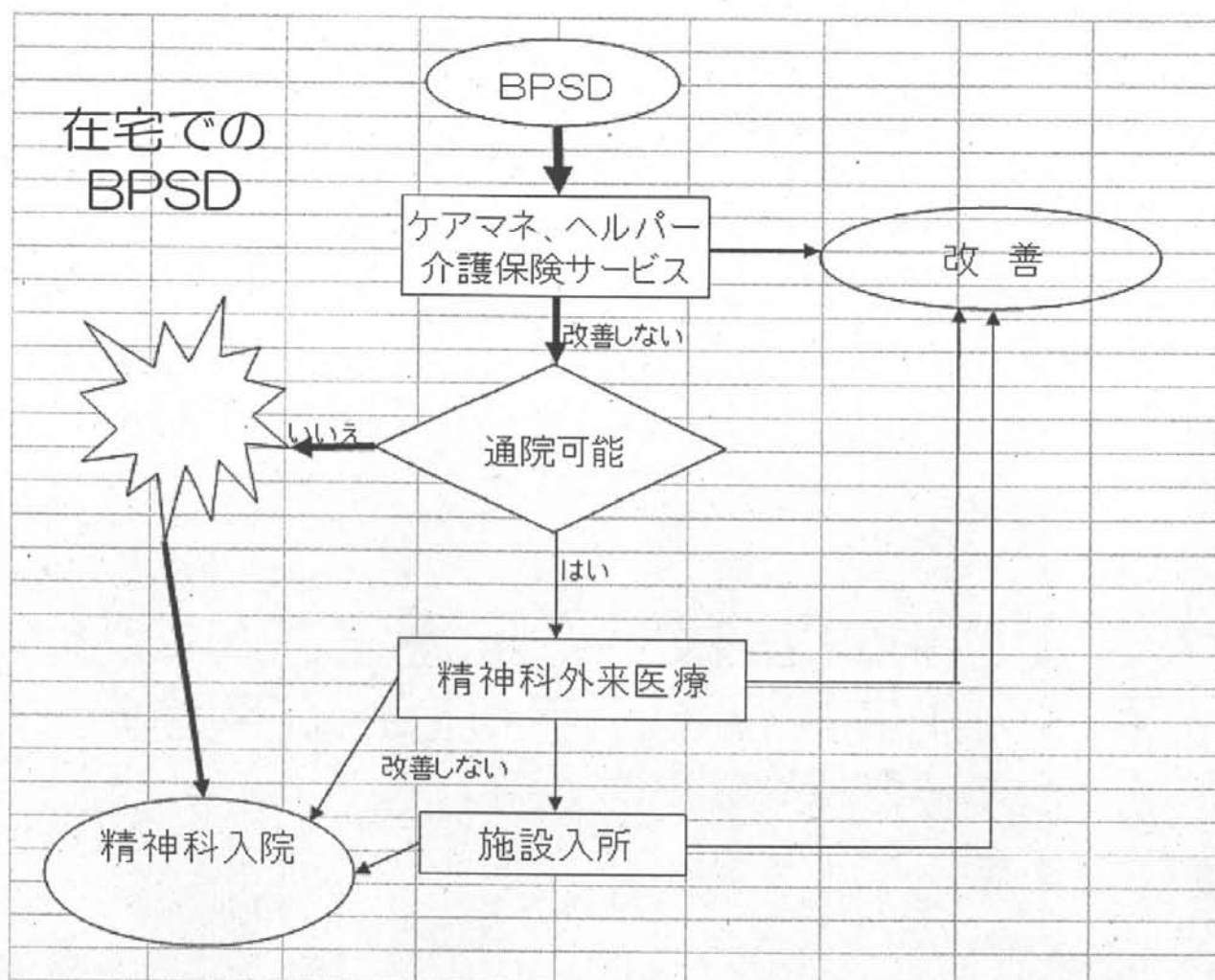
訪問診療のアイデア

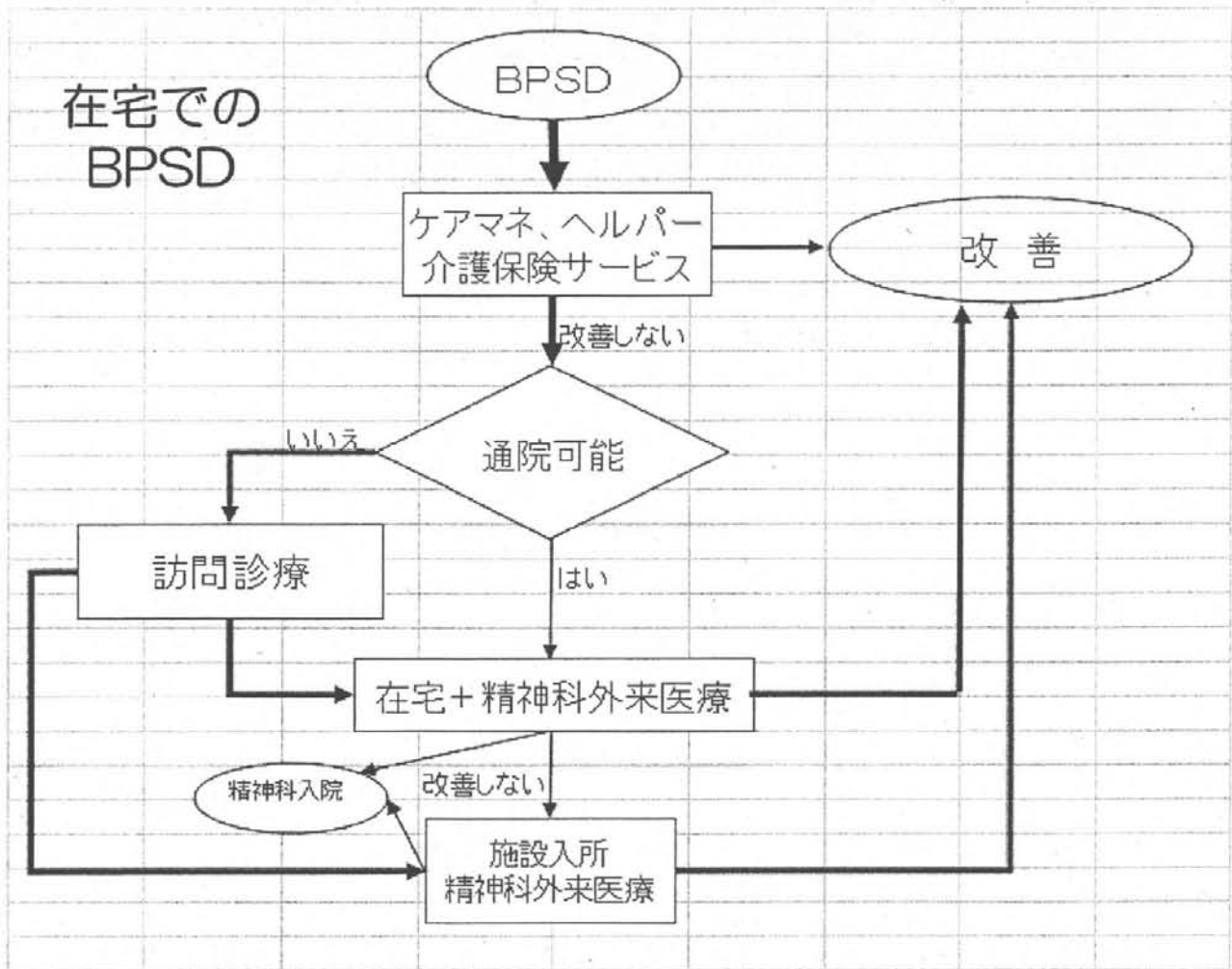
- ・ 高齢者、特に認知症がある方の中には、医者嫌い・病院嫌いの方が意外と多く、特に精神科への外来受診は困難

→精神科に受診できない患者さんの自宅への訪問診療ができれば、在宅生活が続けられるのではないか

私の希望

- ・ 精神科医のいない一般科病院、施設に精神科医療を外付けして、認知症のBPSDに対応したい
- ・ 精神科外来を受診することが困難なBPSDのある認知症高齢者に往診して、精神科医療を提供することで、その人の本来の生活の場での人生を支えたい





海上寮訪問診療

平成21年11月から開始

- 個人宅への訪問診療
- 施設への訪問診療

急性期病院 1カ所 リハビリ病院1カ所

特別養護老人ホーム3カ所

養護老人ホーム 1カ所

認知症対応グループホーム 5カ所

海上寮療養所 物忘れ外来の現状

平成21年4月－平成22年8月

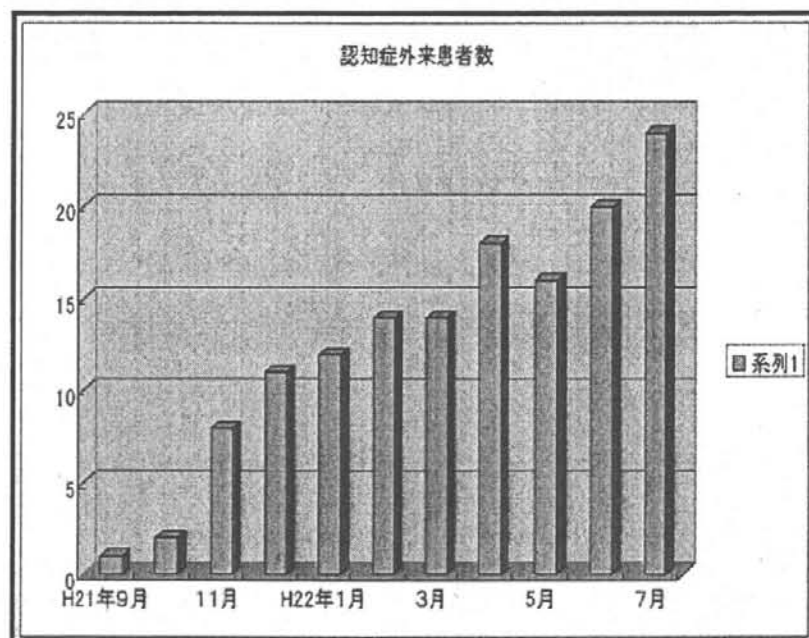
- ・ 累積患者数 1,60名
 平均年齢 78歳 男女比約1：2
- ・ 訪問診療したケース 97名
 うち施設関係 61名

現在の訪問診療体制

- ・ 医師 1名
- ・ 看護師 1名 PSW 1名 事務 1名
- ・ 新患数が徐々に増加し、現在は月に30名前後

物忘れ外来 新患数

月	患者数
H21 9月	1人
10月	2人
11月	8人
12月	11人
H22 1月	12人
2月	14人
3月	14人
4月	18人
5月	16人
6月	20人
7月	24人



訪問診療でBPSDやせん妄状態を改善するための必要条件

- 何らかの形で薬物療法が可能であること
 - 家族、介護者が薬物を投与することができること

訪問診療と精神科入院医療

- 現在まで、精神科入院医療が必要だったケースは3例のみ
- 拒薬・拒食のため家族が薬物療法が不可能
激越型うつ病 61才女性
老年期精神病、血管性認知症 72歳女性
- 暴力が激しく、強制的な医療が必要
アルツハイマー型認知症＋脳血管障害によるせん妄状態 83歳男性

精神科病棟入院が少ない理由

- 地域性
千葉県は田舎で独居老人が比較的少なく、家庭の介護力に余裕がある場合が多いこと。また、家屋敷のスペースに余裕があり、少々のBPSDでは事例化しないことが多いこと
- 医療機関側の入院をさせずに外来で支えるという強い意志

医療機関側の入院させずに外来 で支えるという強い意志

- ・ 家族・介護者を全力で支えること
～携帯電話による24時間・365日
の相談受付サービス～

訪問診療の展開

- ・ 地域のケアマネへの広報活動
ケアマネ地域連絡会での講演など
- ・ 一般向けの講演
→認知症に関して、理解を深めていた
だき、万一BPSDが生じた場合には早
めに相談をしていただく

認知症に関する地域連携パスのために

- ・ 認知症の方の画像検査・診断
→ 国保 旭中央病院
- ・ 認知症の方の身体的加療
→ 開業医の先生方
- ・ 認知症の方のBPSD治療
→ 海上寮療養所

(訪問診療システムを活用し、地域の福祉施設と連携して治療を行う)

当法人の新しい試み

- ・ 障害者向けグループホームを利用したBPSDの激しい認知症高齢者の方の宿泊サービス

障害者向けグループホームとは

- 自立支援法に基づく施設
- 共同生活援助（グループホーム）と共同生活介護（ケアホーム）の2種類
- 当法人には、共同生活援助と共同生活介護の両方の指定を受けた、計13カ所
総定員61名の障害者向けグループホームが存在

障害者向けグループホームを利用した 宿泊サービスのメリット、デメリット

- 介護保険の限度額を気にする必要がなくサービスを利用できる
- ご本人のニーズに応じたサービスの組合せを提供できる
- 自立支援法を利用するため、税金が100%投入されることになり、財政を圧迫する

宿泊サービスの対象者

- 激しい精神症状や行動障害のために介護保険を利用したショートステイを断られてしまった認知症高齢者
- 精神障害者や知的障害者の処遇のノウハウが生かされるようなケース

今後の展開

- 認知症精神科外来 クリニカルパスの開発
- 認知症に関する地域連携パスの開発

海上療養所の認知症精神科訪問診療

副院長 上野 秀樹

1. 私と認知症診療

東京都立松沢病院在職中の平成16年4月から平成19年3月までの3年間、認知症専門病棟、老人外来を担当しました。

東京都の認知症に対する精神科専門医療は、専門病棟への入院医療を中心としたシステムです。このシステムは、昭和61年に東京都の第四次精神衛生対策委員会において、高齢者の認知症対策の骨子が示され、老人性認知症精神科専門病棟の整備計画が提出されて始まりました。昭和63年から事業が開始され、先陣を切って、都立松沢病院の認知症精神科専門病棟が平成元年から稼働開始しました。現在、認知症精神科専門病棟は都立病院1カ所と民間精神科病院8カ所で計400床が稼働しています。

現在老人性認知症専門病棟がある病院

東京都立松沢病院 2病棟50床

医療法人社団 大和会 大内病院

社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院

財団法人 精神医学研究所付属東京武蔵野病院

医療法人社団 慈雲堂内科病院

医療法人財団 岩尾会 東京海道病院

学校法人 昭和大学付属烏山病院

医療法人財団 青溪会 駒木野病院

順天堂大学医学部付属 順天堂東京江東高齢者医療センター

都立松沢病院の老人性認知症専門病棟は2病棟で各病棟30床（うち精神科病床5床）です。認知症専門病棟がある病院で唯一の公立病院として、民間病院では断られてしまうような、精神症状・行動障害が激しいケース、複雑な背景を抱えたケース、重い身体合併症があるケースの他、地域からの緊急性のあるケース、身寄りのない単身生活者のケース、島嶼地域でのケースなどを受け入れています。

松沢病院は、東京都の精神科医療の最後の砦です。認知症専門病棟においても、どんな困難なケースでも断ることなく対応していました。

私が担当していた3年間で、計177例のケースを入院加療しました。認知症

高齢者対応の病床は25床なので、平均入院期間は約5ヶ月間ということになります。治療は薬物療法が中心になっています。

ある年度の入院前の居所は以下の通りです。

自宅	36名
一般科病院	10名
老人保健施設	6名
特別養護老人ホーム	3名
院内救急病棟	2名
有料老人ホーム	1名
認知症対応グループホーム	1名
合計	59名

この年度の転帰（退院先）は以下の通りでした。

老人保健施設	15名
特別養護老人ホーム	14名
他院認知症療養病棟	14名
自宅	6名
認知症対応グループホーム	4名
有料老人ホーム	1名
死亡	5名
合計	59名

この年度の転帰を、ざっと整理すると

自宅	10%
施設入所	58%
病院	24%
死亡	8%

となります。

この転帰からいえることは、入院後精神症状が比較的良好にコントロールされたケースは約7割で、そのうち家族関係も良好で自宅へ戻れたケースが1割ありました。精神症状のコントロールがあまりうまくいかず、もしくは身体合併症のために継続的に医療的管理が必要となったケースが約25%ありました。また、精神症状のコントロールが出来ずに死亡するまで在院したケースが約1割あったこととなります。

都立松沢病院のこの3年間の経験の中で、認知症の精神科訪問診療のアイデアが出てきました。

精神科のない一般科病院から認知症のBPSD治療の目的で転院を受けたケースの多くが、ちょっとした精神科薬物療法で精神症状が改善していました。松沢病院への転院は基本的に一方通行のことが多く、また、転院すると精神科の病棟なので身体的治療のレベルが下がってしまいます。精神科のない一般科病院に訪問診療さえ出来れば、こういったケースは転院させる必要がなかったのではないかと考えました。

また、認知症高齢者特にBPSDが認められるようなケースの多くは、病院嫌い・医者嫌いのため特に精神科外来への受診が困難です。こういったケースで、外来通院をすることが出来ずに、いきなり入院対応せざるを得なかったケースでも、約7割は薬物療法で精神症状が改善していました。精神科外来を受診できない患者さんの自宅への訪問診療が出来れば、こういったケースも入院させる必要がなかったのではないかと考えました。

精神科病棟への入院にはデメリットが多くあります。認知症の場合、BPSDが激しいケースの多くは、認知機能障害が軽度～中等度です。こういったケースでは、「精神科病院に入院させられた」ということは理解できることが多く、「精神科病棟に入院させられたこと」自体に反応してBPSDが増悪する可能性があります。これは、統合失調症や躁うつ病、うつ病などの内因性精神病の多くで、社会から離れて精神科病棟に入院すること自体に治療的意義があることとの大きな違いです。

精神科病棟は「生活の場」でないので、福祉施設とは異なり本人の残された能力を生かすような生活環境を作り出すことが難しく、入院生活を継続することでADLが低下し、認知機能障害が進行していくこととなります。また、認知症患者さんの入院先が認知症専門病棟でない場合、入院させられた認知症の方は、従来から入院している精神疾患の患者さんを怖がり、また、従来から入院されている精神疾患の患者さんは入院してきた認知症の方が部屋がわからずに人の部屋に入ったり、人の持ち物をいじくったりすることに不満を募らせることとなります。

こういった経験から、認知症の方の精神科病棟への入院は出来る限り避けるべきであること、さらに精神科のない一般科病院や施設に精神科医療を外付けする形で高齢者の精神障害に対応したいと考えました。精神科外来を受診できない高齢者に訪問診療として精神科医療を提供することで、その人本来の生活の場での人生を支えたいと考えました。こうして、松沢病院勤務中も訪問診療を行うことを考えましたが、時間的に不可能であきらめた経緯があります。

また、現在の当院の訪問診療をするにあたって、大きな影響をうけた制度があります。東京都の高齢者精神医療相談班です。高齢者精神医療相談班は、東京都内に3カ所ある精神保健センターに設置されている組織で、精神科医と保健師から構成されています。地域包括支援センター、民生委員、近隣住民の方で認知症のためと思われる住民の問題行動で困っている方がいる場合、地域の保健センターに相談すると、精神保健担当の保健師の訪問後、必要があれば、高齢者精神医療相談班に訪問を依頼し、精神科医と保健師が同行訪問することになります。現場で精神科医が診察し、専門病棟入院を含めた処遇の相談をすることになります。このシステムでは、精神科医が訪問して、現場で診察をするので、的確な処遇相談をすることが出来ます。世田谷区にある中部精神保健センターの精神医療相談班の訪問実績は平成17年度に年間約80件、うち入院は47件（精神科専門病棟への入院は45件）ありました。

入院までの手続き

専門病棟に入院が必要な方で、本人の拒否が強く受診が困難な場合は、保健所や区市町村の相談窓口にご相談ください。
相談窓口からの依頼で、高齢者精神医療相談班の専門医が訪問して診察します。対応・処遇について相談に応じ、治療が必要と診断された方については入院を調整致します。



高齢者精神医療相談班

認知症のためと思われる問題行動で、困っている方

保健所・区市町村高齢者相談窓口にご相談

保健所・区市町村窓口から高齢者精神医療相談班に訪問依頼

担当者と専門医が同行訪問して診察

家族・関係者と処遇相談
(入院相談)



入院

在宅・施設入所
(専門外来・住診・介護サービスなど)

訪問診療システムを運営する場合、ぜひこの高齢者精神医療相談班の機能を持たせたいと思っていました。この場合、費用は医療保険が適用できません。

2. 海上寮療養所にて

海上寮療養所に転職後、平成21年4月に物忘れ外来を開設しました。しかし、予想に反して、患者さんは訪れず、新患数は月に1-2名の状態が続きました。いろいろ原因を調べた結果、海上寮の名前にスティグマがあることがわかりました。

海上寮療養所は、昭和6年に結核療養所として開設され、その後昭和30年代に精神科病院として生まれ変わりました。そのため、高齢者の方にとっては、「海上寮＝肺病の病院」であり、また、若い方にとっては「海上寮＝精神科病院」で、いずれにせよ、いったが最後、まともにかえってこれないところというイメージだったのです。

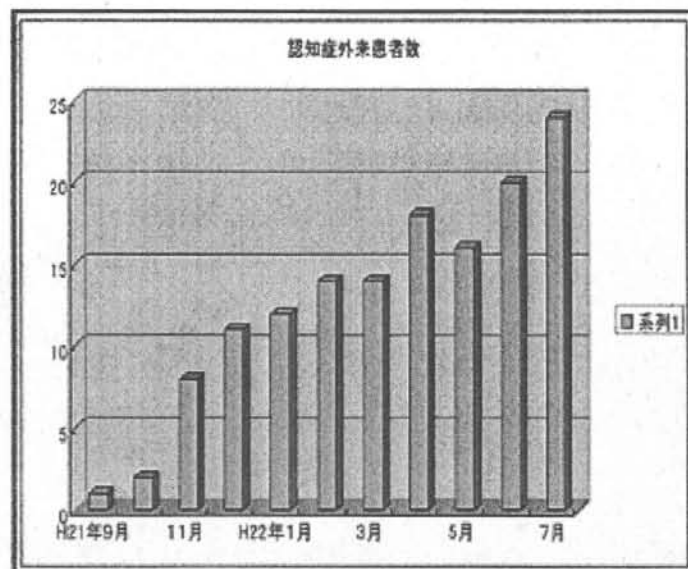
結核療養所時代は、患者さんは他の地域から訪れており、精神科病院になってからも入院患者さんの多くは東京から来た人で、外来患者はほとんどなく、地域社会から遊離した医療を行っていたことは確かです。

こういったイメージをかえようと、平成21年11月から認知症に対する精神科訪問診療を開始することにしました。

介護保険導入後、高齢の認知症患者さんに関しては、ケアマネジメントシステムがうまく稼働しています。そのため、当院の訪問診療システムも、地域のケアマネの連絡会、ネットワーク会議などを利用して精力的に宣伝しました。その甲斐もあって、物忘れ外来の新患数は順調に伸びています。

物忘れ外来 新患数

月	患者数
H21 9月	1人
10月	2人
11月	8人
12月	11人
H22 1月	12人
2月	14人
3月	14人
4月	18人
5月	16人
6月	20人
7月	24人



認知症の精神科外来診療のポイントは2つあります。

BPSD の早期発見、早期治療と精神科薬物療法の副作用の早期発見と早期対応です。

BPSD もこじらせてしまうと治療が困難になるだけではなく、完全な回復が困難になります。また、高齢者では身体的予備能が低下し、若い方に比較して薬物療法の副作用が出やすい状況です。認知症では脳に神経細胞の脱落という器質性の障害を負っているため、精神科薬の副作用が出やすくなっています。若い方の精神症状の治療では、若干過鎮静気味にした方が、治療がうまくいくことがあり、副作用も可逆的なことが多いです。しかし、高齢者の場合、副作用が不可逆的になることも多く、精神科薬物療法では、「効果を出す」ことよりも「副作用を出さない」ことのほうが重要になります。副作用が出た場合にも、早めに対応することで改善する可能性が高くなるため、早めの対応が重要になります。

精神科薬の副作用を早めに教えていただくため、ご家族には私の個人の携帯電話番号をお教えしています。このことにより、いままでだれにも相談できず、孤立して困っていたご家族が、いつでも相談できる相手が出来たということで安心し、余裕が出来、介護者のこころの余裕で認知症の方の精神症状が改善するという大きな副次的な効果がありました。

認知症の方を地域で支えるために

海上寮療養所

上野 秀樹

1. 認知症とはなにか

認知症は医学的な定義としては、

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態

のことをいいます。すなわち、認知症はいわゆる「状態像」であって、認知症の状態になる疾病（認知症性疾患）は数十種類あると言われていています。

認知症性疾患は、脳の神経細胞が死滅して脱落し、認知機能障害が生じる病気です。その違いは、神経細胞が死滅する理由です。

現在の日本では、アルツハイマー型認知症（約50%）、血管性認知症（約20%）、レビー小体型認知症（約10%）が三大認知症といわれています。

認知症の症状は、通常「中核症状」と「周辺症状（BPSD）」の2種類に分けて考えます。このうち、中核症状とは、脳の神経細胞が死滅・脱落することによって直接的に生じてくる症状で、記憶障害、見当識障害、判断力の低下などをいいます。認知症であれば、必ず脳の神経細胞の脱落が認められるので、認知症の患者さんでは中核症状は必発です。また、

認知症の悪化＝脳の神経細胞の脱落の進行

なので、認知症の進行に伴い、中核症状は増悪していきます。

それに対して、BPSDとは「中核症状を持っている患者さんが、周囲の環境に対して反応性に出してくる症状」のことをいいます。具体的には、不安、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、被害念慮、妄想などの精神症状、行動障害のことです。例えば、認知症の初期段階では、自分の認知機能障害に気づき、不安になったり、将来のことを考えて、抑うつ的になったりします。さらに認知機能障害が進行すると、記憶障害に関する病識が失われるので（忘れること自体を忘れてしまう）、自分がしまい場所を忘れてなくしたものを「誰かが盗った」と訴えたりすることがあります（物盗られ妄想＝被害関係妄想）。こういった被害妄想のために興奮したりすることもあります。場所がわからなくなると徘徊が認められたりします。

ご本人が周囲の環境に適応可能であれば、こういった BPSD は認められません。また、認知症性疾患が進行（＝脳の神経細胞脱落、脳萎縮が進行）し、無言・無動の状態になってしまえば、BPSD が認められることはありません。というわけで、BPSD は認知症の方でも認められないことも多く、病気の進行度にも比例しません。

精神科的治療の対象になるのは、この BPSD です。

BPSD は精神症状と行動障害に分けられます。

- ・ 抑うつ、不安、緊張、焦燥、妄想、幻覚
 - 精神症状（面接によって評価）
- ・ 落ち着つきのなさ、暴言、暴力、徘徊、不適切な行動
 - 行動障害（観察によって評価）

また、治療面からは BPSD は以下の3種類に分類できます。

- ・ 純粋な心因反応としての BPSD
- ・ もともとの精神疾患（妄想性障害、アルコール関連障害、人格障害等々）との関連が認められる BPSD
- ・ せん妄状態

このうち「純粋な心因反応としての BPSD」は、「認知機能障害がある患者さんが周囲の環境に反応して出現する症状」なので、治療の基本は周囲の環境の調整や非薬物療法です。このタイプの BPSD は、介護保険の申請によるケアマネの関与や、介護保険サービスの利用で改善することも多く、精神科医療の出番はそれほど多くありません。

「もともとの精神疾患（妄想性障害、アルコール関連障害、人格障害等々）と関連が認められる BPSD」と「せん妄状態」は、その評価、診断、治療的介入のために精神科医療が必要になります。

2. せん妄状態

せん妄状態は、通常 BPSD とは別に扱われることが多いようですが、認知症高齢者ではよく認められる状態像です。

せん妄状態とは軽度から中等度の意識障害を背景に、不安、イライラ、不眠、精神運

動興奮を伴い、幻覚（特に幻視）、妄想を認めることが多い状態をいいます。

ベースとなる意識障害の程度が一定しないため、経過は動揺しやすく、夕方から夜間にかけて増悪することが多く、夜間せん妄といわれます。私が、松沢病院で病棟を持っていたときには、入院患者さんの80-90%が何らかの形でせん妄状態を呈していました。

せん妄状態では、意識障害が存在するため、注意力や集中力が低下して、記憶力が低下します。そのため最近の出来事が思い出せなくなり、記憶できなくなります。不意に自分がいる場所や時間がわからなくなり、自分が誰かもわからなくなったりします。さらに増悪すると行動のまとまりが失われ、支離滅裂な言動がみられるようになります。

せん妄状態を起こしやすい状態（せん妄の準備状態）としては、

- ・ 認知症などで脳の機能が低下しているとき
- ・ 髄膜炎、脳炎など脳が直接障害されているとき
- ・ 身体的な病気が重症のとき
- ・ 脳に直接作用する薬物を飲んだとき
（アルコール、麻薬、精神科薬等々）
- ・ 血液中の電解質（Na,Cl,K,Ca 等）の異常があるとき

があげられます。

認知症で脳の機能が低下しているときは、ささいな誘因で容易にせん妄状態を生じます。認知症の中でも血管性認知症や変性疾患に血管性変化を合併した場合にせん妄状態がよく認められます。

せん妄状態は、上記のせん妄を起こしやすい状態（準備状態）に何らかの誘因が加わり、生じると考えられます。

せん妄状態の誘因としては、

- ・ 身体的誘因

→薬剤の内服（抗パ剤、抗不安薬、三環系抗うつ薬、H2 ブロッカー、ステロイド剤等々）、血圧の一時的変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒および断酒

- ・ 心因、環境因

→急激な環境変化、離別、死別、経済的問題、感覚遮断（周囲からの孤立感）、睡眠遮断、身体的抑制

があげられます。

せん妄状態の診断のポイントは

- 状態が短時間の内に変動するかどうか
- 夕方～夜間に増悪するかどうか
- 人格の変容がみられるかどうか
- せん妄状態の間の記憶障害の存在
- 見当識障害の存在（日時、場所、人）
- 幻視の存在（小動物幻視など）

です。

せん妄状態が認められたら、まずその原因を検索します。

身体的病気の増悪がないか、内服薬の内容を検討し、心因・環境因の有無を検討し、対処します。せん妄状態の治療では、精神科薬物療法は最後の手段になります。

せん妄状態も、最初は軽い夜間せん妄から始まり、徐々に悪化していきます。早めの対応が大切です。

3. 福祉関係者の精神科医療拒否

従来、福祉関係者に精神科医療拒否が多かったのは、いきなり強力な副作用がある薬を大量に出してしまうなどの精神科医療サイドの不手際に加えて、環境調整で改善可能な「純粋な心因反応としての BPSD」と精神科医療の関与が不可欠な BPSD を区別せずに議論していたからだと思います。

確かに「純粋な心因反応としての BPSD」は、環境調整や非薬物療法で改善することが多く、精神科医療の関与の必要性は多くありません。しかし、「もともとの精神疾患（妄想性障害、アルコール関連障害、人格障害等々）との関連が認められる BPSD」やせん妄状態は、環境調整や非薬物療法で改善しないことも多く、早めの精神科医療対応が大切になります。対処の遅れからこじらせてしまうと、治療に手間取るばかりか、回復しないこともあります。

この場合も、薬物療法は、「効果を出す」ことより「副作用をださない」ことを第一に行うのが大切です。

4. 認知症 BPSD に対する精神科医療

認知症、特に BPSD がある方は、病院嫌い、医者嫌いの方が多く、精神科医療へのアクセスが困難なことが多くあります。また、認知症の方は多くの方がいる待合室で待つことが出来なかったり、医師に症状を説明している間に本人をみている付き添いが必要になり、複数の付き添いで受診しなければならないなど、外来受診が可能であってもその負担は相当に大きいものです。

こういった精神科医療へのアクセスの問題を解決するために認知症の精神科訪問診療を行っています。現在、症例数は150例を超えましたが、全例外来でコントロールできています。

一般の精神疾患に関しては、精神科病棟に入院加療の必要性があることは疑いない事実です。

(統合失調症、躁病などでは、対人関係などの社会的ストレスから精神症状が増悪することも多く、早めの入院加療で外界からの刺激から遮断することで、精神症状に対する治療的効果が期待されます。そのため、精神症状の増悪時には早めの入院加療が推奨されます。また、うつ病などでも、暮らしている環境から離れて、十分に休息をとることの治療的な意義は大きいです。)

しかし、認知症では少し異なっています。そもそも精神科の病棟は上から目線の管理優先の施設なので、認知症の場合、その管理優先の環境に反応して BPSD が増悪する可能性があります。そのため、認知症の BPSD は生活の場である家庭や福祉施設に精神科医療を外付けする形で治療するのが良いと考えられます。

また、最近、救急病院やリハビリ病院で入院患者が高齢化し、認知症の BPSD やせん妄状態で対応に困ることが増えているそうです。この場合も、精神科病院に転院させるのではなく、精神科医療を外付けすることで相当程度問題を解決することが出来そうです。(当院では、150床のリハビリ病院に訪問診療を行っており、現在までの7ヶ月間で約13例の患者を診ていますが、ほぼ全例で病棟生活に支障がない程度に精神症状を落ち着かせることが出来ています。)

激しい BPSD も、その始まりはごくごく軽い精神症状であることが多いものです。軽度なうちに適切な対応をすることで、多くの場合 BPSD の増悪を防ぐことができるものと考えています。訪問診療を行うことで、高齢者に多い「医者嫌い、病院嫌い」の方たちの認知症 BPSD をその始まりのうちに対処し、その悪化を防ぎ、その人が本来住む場所での生活を支えていきたいと考えています。