

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9回)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年10月14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) 検討すべき論点について
 - (2) 意見交換

第9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 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）

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)

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。

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。

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。

【現在の制度等】

- 認知症疾患医療センター設置92病院（平成22年10月12日現在）
- 認知症専門診断管理料（500点）
- 認知症患者地域連携加算（50点）

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。

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。

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。

【現在の制度等】

◆医科診療点数（精神科を標榜する医療機関）

- 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）575点（週3回に限り算定）
入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族に対して行った場合。
複数名訪問加算 450点
複数の保健師、看護師等を訪問させた場合に加算。
- 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）160点（週3回に限り算定）
精神障害者施設に入所している複数のものに対して行った場合。
時間加算 40点/時（8時間以内）
3時間を超えた場合。

◆訪問看護療養費（訪問看護ステーション）

- 訪問看護管理療養費 月の初日 7,300円、2日目以降12日目まで 2,950円
訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含めた計画的な管理を継続して行った場合。
- 訪問看護基本療養費（Ⅰ）
看護師等 5,550円（週3日目まで）6,550円（週4日目以降）
准看護師 5,050円（週3日目まで）6,050円（週4日目以降）
入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族に対して行った場合。
複数名訪問加算（週1回の算定） 看護師等 4,300円、准看護師 3,800円
複数の看護師、准看護師等を訪問させた場合
対象：暴力行為・著しい迷惑行為・器物破損行為等が認められる者、特別訪問看護指示期間中 等
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ） 1,600円（週3回まで）
精神障害者施設入所している複数のものに対して行った場合。
- 訪問看護基本療養費（Ⅲ）
看護師等 4,300円（週3日目まで）5,300円（週4日目以降）
准看護師 3,800円（週3日目まで）4,800円（週4日目以降）
同一建物居住者に対して、同一日に行った場合。

具体的には以下の利用者のことをいう。

- ① 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者
- ②（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、（介護予防）認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

◆精神障害者アウトリーチ推進事業 概要（平成23年度概算要求）

- 在宅精神障害者の未治療・治療中断による症状の重篤化を防ぎ、地域で安心して暮らせるよう自分からサービスを受けることが出来ない者に対する訪問による丁寧な支援を行う
- ・ 多職種チームによる訪問等の活動やこれらに従事する者への研修の実施
 - ・ 地域での一時的な住まいの場の確保
 - ・ 医療機関による地域移行の支援 等

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科医療機関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。

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。

【現在の制度等】

◆医科診療点数

精神科作業療法		220点
精神科ショート・ケア	小規模なもの	275点
	大規模なもの	330点
精神科デイ・ケア	小規模なもの	590点
	大規模なもの	700点
精神科ナイト・ケア		540点
精神科デイ・ナイト・ケア		1,040点
重度認知症デイ・ケア		1,040点

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。

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。

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。

【現在の制度等】

認知症治療病棟入院料では、入院早期（60日以内）により手厚い加算を設定。

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。

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。

【現在の制度等】

◆認知症疾患医療センター運営事業

基幹型

身体合併症に対する救急医療機関としての機能

(ア) 身体合併症に関する三次救急又は二次救急医療の機能

(イ) 精神科と一般身体科との院内連携の機能

(ウ) 休日、夜間においても入院患者に対応できる病床の確保

以上の機能に加え、地域型同様の人員配置とし、検査体制においてはCT及びMRI双方を所有し、病床においては一般病床と精神科病床の双方を有することとする。

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ことが多いことから、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。

【現在の制度等】

◆医科診療点数

- 精神科身体合併症管理加算 350点

算定期間：7日間（複数の疾患を発症した場合は7日×2回まで）

対象疾患：肺炎、虚血性心疾患、手術・介達牽引を要する骨折・インスリン投与を要する糖尿病、手術・化学療法・放射線療法を要する悪性腫瘍等

※ 精神科身体合併症管理加算は引き上げられたものの、算定期間は7日間のみであり、慢性疾患に対応していない。

◆認知症疾患医療センター運営事業

地域型

認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神科病床を有していること。

ただし、同一の施設において上記の一般病床と精神科病床の確保が困難である場合は、以下のいずれかを満たしていれば差し支えない。

(ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行える精神科病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

(イ) 身体合併症の急性期入院治療を行える一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神科病床における入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

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。

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。

① 地域住民や地域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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。