

# 基礎研 レター

## 認知症精神科医療のこれから 地域で寄り添う認知症ケアに向けて

生活研究部門 准主任研究員 山梨 恵子  
(03)3512-1818 yamanasi@nli-research.co.jp

### 1— 広がりつつある対応力の格差

認知症の人への支援が喫緊の課題と言われるようになってから、既に長い時間が経過した。地域における認知症支援体制の構築状況を見ると、この十年の成果が形として現れてきたところもあれば、遅々として進まないところもあるなど、その進捗状況は様々である。とはいえ、第5期介護保険事業計画には全ての自治体が認知症支援体制に関する具体的な支援策を盛り込むこととなり、今後、サポート体制の充実が全国的に加速して行きそうな気配も感じられる。

振り返ると、「閉じ込める」「抑制する」「薬を用いて無気力な状態にする」といった方法でしか対応することが出来なかった30年程前に比べて、認知症ケアの常識は大きく変わってきた。実践現場には個別的対応や生活環境の重要性が浸透し、認知症ケアに関わる教育研修の充実や地域住民への啓発活動、街づくりや見守り活動等、多岐に渡る取組みが展開されている。こうした取組みにより、認知症の人の生活の質は確実に変化しているのではないだろうか。

それと同時に気づくことは、依然として解決されない課題、新たに生じてきている課題が様々にあるという現実である。図表1は、平成23年度の老人保健健康増進等事業によりニッセイ基礎研究所が実施した「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」において、認知症ケアにおける現状の課題を整理したものである。多くの意見から見出したこと

図表1 認知症ケアの課題

認知症ケア現場の課題	本人・家族に生じる課題
<ol style="list-style-type: none"> <li>ケアの質の格差・対応力の格差           <ul style="list-style-type: none"> <li>→事業者間、専門職間のケアの視点の違い</li> <li>→倫理、理念、人間観等の不足</li> <li>→技術・知識の不足、引き出し不足</li> </ul> </li> <li>医療と介護の連携不足           <ul style="list-style-type: none"> <li>→共通言語の必要性、相互の役割に対する理解</li> <li>→情報連携、チームケア、身体疾患への対応</li> </ul> </li> <li>ケアマネジメントの課題           <ul style="list-style-type: none"> <li>→引き出し不足、施設や病院への依存、ライフサポートの視点</li> </ul> </li> <li>家族支援の不足           <ul style="list-style-type: none"> <li>→知識・情報の不足、セーフティネットの遅れ</li> </ul> </li> <li>認知症ケアパスの遅れ           <ul style="list-style-type: none"> <li>→脆弱なサポート体制、病院依存、必要な医療の不足、医療・介護・社会資源等の連携不足</li> </ul> </li> </ol>	<p>&lt;本人&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○馴染みの関係、住み慣れた地域から離れていく</li> <li>○生活環境のギャップが生じる</li> <li>○できる力(残存能力)が活かされない</li> <li>○不安や混乱が大きくなる、BPSDが増幅する</li> <li>○経過ごとに支援が途切れる</li> </ul> <p>&lt;家族&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ステージ(必要な支援)ごとに、相談相手やサービスが変わる</li> <li>○心身負担が大きくなる</li> <li>○在宅介護が継続できない</li> <li>○最良の対応方法が分からない</li> <li>○良質なケアとは何かが分からない</li> </ul>

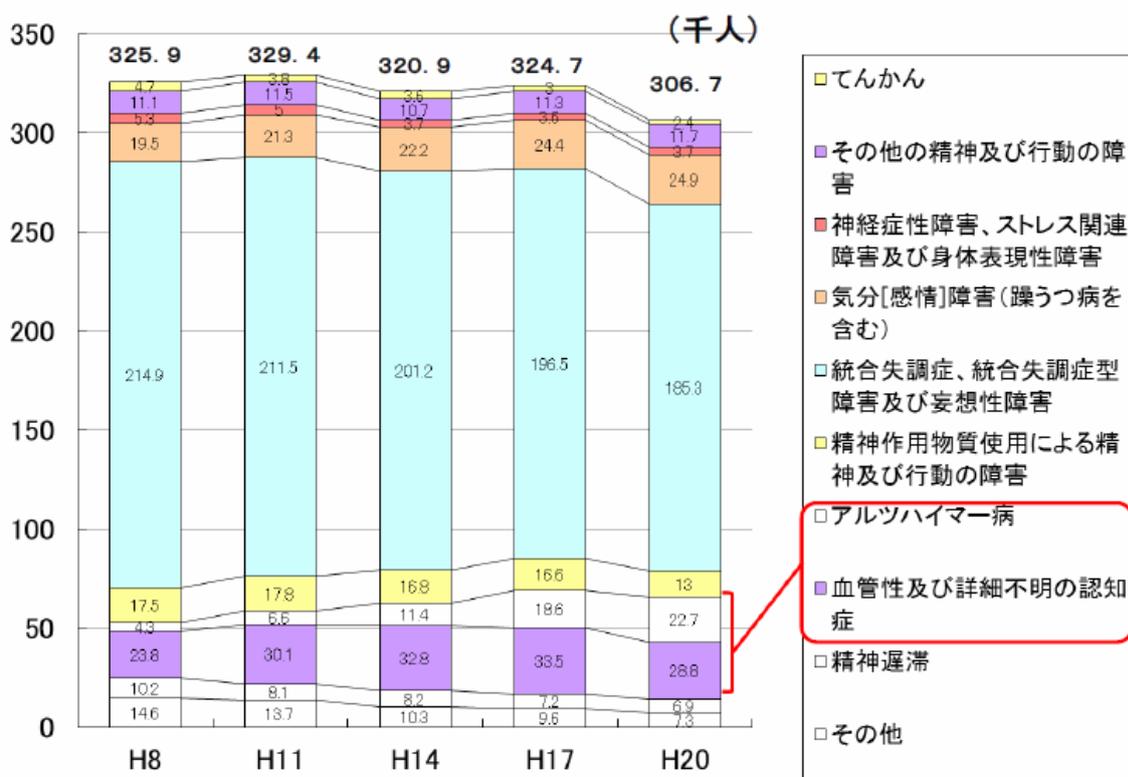
(資料)認知症サービス提供現場からみたケアモデル研究会「第1回委員会意見のまとめ」より作成

は、認知症ケアが進化を遂げてきた一方で、その流れに乗ることの出来ない実践現場との間には、考え方も対応力も大きな開きが出来てしまったという現実である。今、考えていかなければならない課題は、介護業者間や個別専門職間の対応力格差、医療と介護の連携力格差、地域支援力の格差など、様々な場面での「格差」の解消であると考えられる。

## 2——増加が懸念される認知症の人の「社会的入院」

このような支援力の格差を背景に懸念されるのは、再び認知症の人の社会的入院を増やしてしまうのではないかということである。厚生労働省が公表した「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<sup>1</sup>—第2 R 認知症と精神科医療 とりまとめ (2011)」には、「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5.2万人と大きく増加している<sup>2</sup>」と記述されている。また、「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る<sup>3</sup>」との指摘もある。統合失調症の入院患者が減少した分、その空床を認知症患者の受け皿として利用するようなことがあってはならないとの警鐘と読み取ることができる。

図表 2 患者調査による精神病床入院患者の疾病別内訳



(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5回検討会 (H22年9月2日) 提出資料から転載

このような現状認識のもと、検討チームは、今後の精神科医療が認知症ケア全般の中でどのような役割や機能を担うのか、また、そのために何をすべきかについて具体的な方向性を提起している。例えば、早期の段階から認知症患者につながるにより「正確な診断・治療を行うこと」、予測される症状や経過を踏まえて「BPSD<sup>4</sup>の予防や対応に役立つ生活上のアドバイスを提供すること」、本人の地域生活を支えるために「自宅や介護施設等へのアウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図ること」等である。また、BPSDを有する患者に対しては、患者の生活歴や生活状況を考慮した環境を整えた上で、精神科医療が必要かどうかの判断や必要最小の適切な薬物療法、BPSDを増大させない対応法のアドバイス・退院支援なども、精神科医療の今後の役割に位置づけている。さらに、認知症の人が退院するまでの期間に着目し、「ある月に新たに精神科病院に入院した認知症患者（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、2ヵ月にすべきとの具体的な目標値も示された。

精神科医療の役割として、地域連携を含めた適切な認知症医療を提供していくこと、医療関係者と介護関係者の認識共有を図っていくこと、そして、家族やサービス事業者への連携・支援に取り組みながら認知症の人を地域の中で支えていくという方向性が明確にされた点は、今後の認知症精神科医療のあり方を変えていく大きな一歩となるだろう。認知症ケアにおける精神科医療は、在宅介護でギリギリまで頑張っている家族が、いよいよ支えきれなくなった時の「最後の砦」ではなく、認知症の人を初期から終末まで、寄り添いながら支えていく存在となっていくことが示されている。精神科医療が認知症の人の地域生活支援に目を向け、自宅や介護施設等へのアウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図っていく今こそ、医療と介護とが双方から歩み寄れるチャンスと捉えることもできる。

#### 図表 4 精神科医の役割に関する基本的な考え方

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、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、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSD(※)や身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能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、認知症の方の生活を支える介護保険サービスをはじめとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ 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。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

(資料)厚生労働省(2010)「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とりまとめ」より

### 3—地域支援体制の鍵は、医療と介護の一体的なケア

さて、認知症ケア全般に対する精神科病院の役割と機能が明確になり、短期間の退院支援や在宅介護の支援に本気で取り組むのであれば、それを受け止められるだけの地域づくりにも全力で取り組んでいく必要があるだろう。その時、多くの自治体は介護施設やグループホーム等の入居系サービスの提供量ばかりに目を向けてしまいがちだが、実際はそれだけで解決出来ない課題もある。

例えば、家族や介護者が医療の助けを求める時、対応に窮する BPSD が原因となっているケースは少なくない。また、実践現場が最も悩み、相談援助を求めてくるのも BPSD への対応に関するものが多くなっている。しかし、BPSD の改善には、必ずしも精神病院に留まることを必要とするものばかりではなく、認知症の人が暮らすその場所で、症状を引き起こしている背景を究明していくことも重要な取り組みとなる。なぜなら、脳神経疾患と体調や感覚、生活歴や性格、あるいは物理的環境や人的環境等が複雑に絡み合った症状 (BPSD) を紐解いていくためには、その人が暮らしている場所で、「本人の困りごと」を探っていくプロセスが欠かせないからである。実践現場を牽引していこうとしている多くの人からは、今、認知症ケアに最も必要なことは「アセスメント力の向上」であるというメッセージも聞こえてくる。

そう考えると、地域の施策として着眼すべきことは、認知症の人の居場所が足りないという課題よりも、むしろ、認知症の人が「その場所に居続ける」ことのできる支援力強化が優先されるのではないだろうか。BPSD への対応力向上という視点からも、認知症ケアを担う専門人材の育成や、精神科医療のアウトリーチをいかに認知症地域支援体制に活かしていくかが「鍵」になると考えられる。

早くから困難事例に対する多職種連携やチームケアに力を注いできた先駆地域の取り組みを見ると、地域包括支援センターや介護職、医師や看護師等が一堂に会し、顔の見える関係の中で事例検討を重ねたり、自治体主導で認知症ケアの専門人材を育成していたり、あるいは、困難事例の掘り起こしからサポート体制までをシステム化していたりと、その取り組みは実にダイナミックなものとなっている。実際、困難事例に対して、医療や介護の領域を超えた専門職同士がお互いの知識と技術を持ち寄り、一体的なケアやソーシャルワークに取り組んでいくことで、在宅生活の維持につなげているケースは少なくない。こうした先駆的取り組みを見るにつけ思うことは、これまで長い間言われ続けてなかなか出来なかった「医療と介護の連携」とは、案外、共に集まる場づくりや、顔の見える関係づくりという最も単純なアクションによって実現出来るかもしれないということだ。

医療や介護の実践現場が長い時間をかけて積み上げてきた「本人主体のケア」や、「本人の力を最大限に活かすケア」「社会とのつながりや生活の継続性を断ち切らないケア」を、今度は、領域を超えた専門職同士が互いの知識と技術を持ち寄って取り組んでいくことが望まれる。それは、これまで医療の領域と介護の領域がバラバラの視点で提供してきた認知症ケアを、目的を同じにしながらい体化していく作業でもあるだろう。

---

<sup>1</sup> 当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者等の意見を収集し、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討を行うために設置された検討会。平成 22 年 5 月より厚生労働省社会・援護局に設置。

<sup>2</sup> 厚生労働省（2011）「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 R：認知症と精神科医療とりまとめ」,p3

<sup>3</sup> 同上

<sup>4</sup> BPSD:Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)は、国際老年精神医学会が 1999 年の会議で正式に採用した用語で、「認知症の人にみられる、知覚、思考、気分または行動の障がいによる症状」と定義している。認知症の症状は、脳細胞が損傷することにより直接的に起こる「中核症状」(記憶障がい、見当識障がい、理解・判断力の低下、失行・失認・失語などにより、現実を正しく認識することが困難になる)と、「BPSD(周辺症状)」(脳神経疾患、体調や感覚、性格や素質、生活歴、物理的環境、人的環境等の様々な要因が絡み合い、うつ状態や妄想のような精神症状や、日常生活への適応を困難にする行動上の問題が生じてくる)に分けて説明されるが、BPSDは、認知症になったからといって全ての人に起こる症状ではない。