

第5回 認知症医療介護推進会議

(平成28年8月4日)

「新オレンジプラン推進における課題」

平成27年1月27日、新オレンジプランが発表された。基本的考え方は、「認知症の人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」である。その中で、Ⅱ. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供、Ⅲ. 若年性認知症施策の強化、そして「認知症疾患医療センター」についての課題と要望を述べる。

<1> 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供について

1) 「発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階」までが示されているが、早期診断・早期対応を軸としている為、急性増悪時の最もふさわしい場所はどこなのか、人生の最終段階はどのような医療・介護が受けられるのか等、認知症の中期・後期の施策を考える必要がある。

2) 「行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応」において、循環型の仕組みの構築、行動・心理（BPSD）への適切な対応が示されている。精神科や老年科、さらに精神科病院等という言葉が記されているが、平成27年度老人保健健康増進等事業の研究事業の報告書には一切、老年科や精神科の専門医療機関という言葉は入っていない。認知症の専門医療機関は「認知症疾患医療センター」だけであるという誤った認識を国民に与えてはならない。

すでに医療において、精神科以外の認知症を専門とする医師による早期診断や早期治療を行う割合は増加している。

3) 「一般医療機関に認知症の人が身体疾患で入院する場合」について
認知症の治療で入院するわけではない。身体治療を行う中で、ほとんどがせん妄の対応に苦慮するものと考えられる。一般科の医師等は抗精神薬の使用を強く望み、必要であれば身体拘束もする。

今回の診療報酬で「認知症ケア加算」が新設され、より身体拘束が実施されやすくなった。

精神科病院では治療環境が他科と違い、専門の医療スタッフによる治療が行われる。認知症そのものの症状、特にBPSDに対しても抗精神薬投与は著しく少ない。（厚生科研で研究実施中）。

<2> 「若年性認知症施策の強化」について

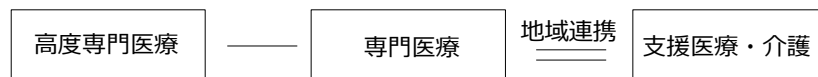
若年性認知症施策の内容が乏しい。ハンドブックやネットワーク、居場所づくりだけでなく、若年性認知症の人の専門サービス等は必要である。経済的なものも大切であり、障害年金等も考えなければならない。

精神科等の専門のかかりつけ医を持つ必要がある。経過は長く 20 年以上にわたるケースも多い。

<3> 「認知症疾患医療センター」について

(渇野勝弘 改変, 2016)

	基幹型	地域型	診療所型
設置医療機関	国公立病院 センター 公的法人病院 民間総合病院	民間単科精神科病院等	診療所
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域	市町村
医療機能	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 高度鑑別診断 ➢ 高度身体合併症入院治療 (急性期含む) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 早期診断・鑑別診断 ➢ 外来通院治療・デイケア ➢ BPSD 等、急性増悪に対する入院治療 ➢ 慢性の身体合併症治療 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 診断・外来治療 ➢ 医療相談
その他の機能	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 人材育成・教育 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域連携・研修 ➢ 初期集中支援チームの協力 ➢ 家族支援 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 密接な地域との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターやケアマネとの連携 ・介護保険制度の利用等 ➢ 初期集中支援チームへの参加 ➢ 家族支援
空床確保	あり	あり	なし
予算	800 万	360 万	146 万



二次医療圏、各市町村の医療機関（病院・診療所）において、認知症疾患の診療内容を公開し、地域住民に知らせるべきである。

平成 28 年 8 月 4 日
 (公社) 日本精神科病院協会
 常務理事 渇野 勝弘