

巻 頭 言

新オレンジプランについて

石井知行 日本精神神経学会理事
Tomoyuki Ishii

旧オレンジプランにおいては、介護が重視され医療が軽視されすぎたため国民に過酷な負担を与えている実態が顕在化し、新オレンジプランへと見直され、精神科医療の重要性が評価された。紙幅の都合により、以下、主な箇所を抜粋する（『 』は新オレンジプランの引用）。

『介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を拡げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要であり、精神科病院等が介護事業所等と連携する、あるいは地域のネットワークに加わり、介護職員や家族、認知症の専門科ではない一般診療科の意思等からの相談に専門的な助言を行ったり、通院や往診（通院困難な場合）等により適切な診断・治療を行ったりすることが必要である。』

入院に関しては家族が疲弊してからの入院が長期入院につながっていると指摘があった。早期退院を阻害する因子に関する前向きコホート研究の結果からもこの指摘は当然であった。

『退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。』

小生が以前より主張していた循環型認知症医療介護連携システムは「循環型の仕組み」として認められた。

この循環型システムは、地域医療介護総合確保基金によりモデル事業が進行中である。後述する合併型センターを地域ケアの司令塔とし、後方支援として認知症病棟を「認知症急性期治療病棟」「認知症治療・リハビリテーション病棟」「最重度認知症療養病棟」「身体・精神合併症認知症対応病棟 (Medical Psychiatric Unit-Dementia)」に機能分化する事業であり実績をあげつつある。

『認知症の人に対するサービスを効率的・効果的に提供するためには、それぞれのサービスを有機的に連携させて機動的に利用できるようにするための司令塔機能が必要である。地域包括支援センターの医療との連携機能の強化や、地域包括支援センターの機能を併せ持つ認知症疾患医

療センターについても、先進的な取組事例を全国に紹介して両者の連携を進め、地域における司令塔機能を構築する。』

上記の認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを一体化させた合併型センターの趣旨も盛り込まれている。

『精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続き等が定められている。』

精神科における人権制限の適切性についても以上のように評価された。

一方、認知症グループホームは旧オレンジプランにおいて施策の中心とされていたが、開設要件と従事者の資格要件が緩和されているために、多くの業種からの参入がみられており、施設数も飛躍的に増加している。さらに重度の認知機能障害とBPSDに対応する準備の整っていない施設において処遇するため、介護施設などにおいて高齢者虐待などの事件事故が頻発している。これについても婉曲に指摘がなされたが、精神保健福祉法と同様に精神科以外の高齢者医療介護においても、行動制限、非自発的入所などの人権制限に対してその適切性を担保する立法とスキームが必要である。高齢者に対して重大な人権侵害が広範囲にみられる実態があり、精神神経学会においてもこれに対して大きな関心が払われるべきである。

以上からわかるように認知症医療介護における精神科の重要性は大きく、精神神経学会の責務も大なるものがあり、これに呼応して認知症特別委員会が設置された。

委員会の課題としては、①認知症診療ガイドラインの策定、②認知症にかかわる専門医の育成、③認知症患者の権利に関する問題、④認知症の診療体制構築に関する課題、⑤その他の認知症診療に関する問題が挙げられている。

この課題への取り組みとしては、新オレンジプラン作成の議論において認知症専門医数の少なさが指摘されたため、精神神経学会専門医の中に認知症専門医の創設を検討することとなりe-ラーニングプログラムを検討中である。さらに、他の課題もいずれも重要かつ喫緊であり、早急な検討を要する。