

医療タイムス

週刊医療界レポート

2013.3/11 No.2100

特集

変化を見せる認知症対策 事後対応から早期診断・早期対応へ



タイムスインタビュー

社会構造とともに変わるニーズに対応
マグネット病院を目指す

独立行政法人国立病院機構
災害医療センター院長

高里良男氏

タイムスレポート

助産師出向システム合同報告会

助産師就業場所の偏りをなくし
出産環境を整備する

Top News

DPCコーディング調査案を条件付きで承認 中医協総会
国民皆保険「壊れない」 田村厚労相

特**集**Special
Feature

変化を見せる認知症対策

事後対応から早期診断・早期対応へ

「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方から、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らせる社会を目指す」一。厚生労働省は、認知症に対する施策を大きく方向転換をしたオレンジプランを策定した。そこでは早期診断・早期対応を目指し、そのモデル事業として東京都世田谷区では初期集中支援チームの運用が始まった。2月16日に開かれた認知症フォーラムの内容を報告する。



新しい流れ

今後の認知症施策の方向性は 危機の発生を防ぐ早期診断・早期発見

厚生労働省 認知症虐待防止対策推進室長 勝又 浜子 氏

2103年度から推進

5カ年計画のオレンジプラン

厚生労働省では2013年度から認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）を推進しようとしている。地域包括ケアを中心として、認知症患者を地域で支えていこうという考え方だが、その施策の内容を厚生労働省老健局認知症虐待防止対策推進室の勝又浜子室長が説明した。

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は試算によると2010年には280万人、15年は345万人に及ぶと推計されている。10年のこの数は65歳以上人口の9.9%を占め、10人に1人は認知症患者ということになる。勝又氏は、「高齢化の進行とともに認知症診断を受ける人、要介護認定を受ける人が多くなったことが大きな原因」とするとともに今問題となっているのが、認知症患者の長期入院だという。

12年12月の調査では精神科病院などへの認知症患者の入院数は5万3000人程度とされているが、一番長い人で2500日にわたって入院する患者が認められた。「それはまさに治療のための入院であり、生活をする場ではない。果たしてそれがいいことなのか」（勝又氏）。そこで厚生労働省では11年11月に認知症施策検討プロジェクトチームを立ち上げ、今後の認知症施策の方向性について報告書をまとめた。

それを受けた形で13年度から認知症施策推進5カ年計画（オレンジ

プラン）の実施が決定した。

認知症患者のケアの流れを 変えるケアパスの設定

計画では、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という認知症患者のケアの流れを変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築することを基本目標とした。

具体的な取り組みとして、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及②早期診断・早期対応③地域での生活を支える医療サービスの構築④地域での生活を支える介護サービスの構築⑤地域での日常生活・家族の支援の強化⑥若年性認知症施策の強化⑦医療・介護サービスを担う人材の育成一が挙げられている。

ケアパスの作成・普及については早期診断・早期対応の遅れ、行動・心理症状などへの不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えていると指摘。認知症患者ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また認知症の人やその家族が安心できるよう、状態に応じた適切なサービス提供の流れを記したケアパスの作成と普及を推進する。

かかりつけ医の

認知症対応力の向上も

また早期診断・早期発見では、特にかかりつけ医の認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症患者の日常的な診療や家族へ



新しい認知症対策を説明する勝又氏

の助言が期待されている。そのためにかかりつけ医の認知症対応力向上研修などをすでに実施しているが、修了者が不足しているために、今後の受講率のアップを目指していくという。

また早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状などが生じてから医療機関を受診するケースが散見されている。一方、国際的には認知症患者への早期対応が重要視されてきている。

こうした状況からオレンジプランでは、認知症患者や家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターなどに配置し、アセスメント、体調管理、環境改善、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立性の高いサポートを行う事業を推進する。

これら認知症支援事業については、今後市町村に予算をつけていくという。そのための予算を受けた市町村から委託事業として現在支援事業に取り組みはじめた医療機関があるということだ。

勝又氏は、「認知症となって住み慣れた地域で暮らすことは十分に可能だ。その認識を医療機関にも、地域住民にも徹底していきたい」と結んだ。

モデル事業の姿

認知症ケアの新機軸、 初期集中支援の世田谷モデルとは

桜新町アーバンクリニック 看護師 片山 智栄氏

行政からの委託で

認知症モデル事業を実施

東京都世田谷区では桜新町アーバンクリニックに委託をし、認知症初期集中支援事業の研究事業を実施している。その内容を同クリニックの看護師である片山智江氏が報告した。

2013年度から実施されるオレンジプランでは、認知症が進行し、異常行動や妄想がある危機的状況から受診を開始するという今までの対応と違い、もの忘れがあったり幻視が見えるなど、比較的初期の状態から診断を実施。患者と家族に認知症がどういふもので知ってもらい、特に家族にはケアの方法を伝え、自宅でできるだけ生活を長く過ごせる方向に変えていこうとしている。

桜新町アーバンクリニックは、外来、在宅医療の2つを柱に家庭

医としての地域医療を目指す強化型在宅療養支援診療所だ。在宅医が常勤2人、非常勤7人（精神科専門医1人）、常勤看護師4人の陣容で、訪問看護ステーションも併設。訪問看護師が中心となり、在宅医が認知症の診断、ケア、服薬指導などしながら認知症の初期集中支援を行おうと動いている。また精神科医がいるので身近型認知症疾患医療センターの役割も果たしている。

同クリニックが行う初期集中支援とは、認知症の早期の段階で看護師、心理士、作業療法士など多職種で構成されたチームで自宅を訪問。生活歴、病歴、身体・認知能力などの調査を行う。それは認知症の初期から関わることで、病状進行前の本人の記憶が残っている段階で、認知症が進んだ場合に本人の意思、どんな生活を送りたいか、価値観などを聞き取り記録。



新たな認知症対策の実践を語る片山氏

認知症の症状が進んだときにその記録を生かしながら、ケアを進めていく。行動心理症状が出たときに、今までの生活がこうであったからこういう症状が出てくるのでは…など、その背景にあるものをひも解いていく対応もしていきたいと考えている。

その上で地域での生活が続けられるように包括的支援プランを立てて、6カ月をめどに地域のケアマネジャーや介護者、かかりつけ医に引き継ぐようにしている。

もの忘れなどの症状で

初期集中支援チームが活動

片山氏は、現在世田谷区から委託されている初期集中支援チームのサービスの流れの具体的な内容を次のように語った。

患者をチームに紹介するのは、地域包括支援センター、またはケアマネジャーや訪問看護ステーションを想定しているという。紹介元との日常の関わりの中で、最近物忘れが多いなどの症状がある人がいれば、同クリニックのナースケアステーションにケアマネジャーなどが電話をかけ、症状を報告。それは認知症の初期症状かもしれないと判断されると、患者本人の同意のもとサービスが開始



参加者も熱心に聞き入った

される。

その後認知症かどうかを判別するために、看護師から患者に電話でヒアリングが行われる。「ここでは例えばもの忘れが生活上どのくらい支障があることなのかをヒアリングし、それが中核症状なのか、行動心理症状があるか、生活支援の必要性などを約30分の会話で確認する」

ヒアリングの結果、認知症の疑いがある場合には本人の同意の上で、看護師、心理士、作業療法士など多職種による家庭訪問調査を実施。認知症診断、介護支援のための情報収集や意思決定支援のための情報収集を行っていく。「具体的には、例えば症状、既往歴、薬物使用や飲酒の頻度、趣味、家族構成のヒアリングを行い、次に役立てる。その必要時間は初回訪問で診断に1時間、アセスメントのため2時間の訪問を2回行うという。

その後はケアマネに引き継ぐ 状態悪化で専門医へ

続いてヒアリングしたすべてのデータを多職種チームによるケアカンファレンスに提出。症状を検討の上、認知症の診断とケア方針を立案し、アクションプランを作成する。

ここでの参加職種は、訪問した初期集中支援スタッフ、認知症専門医、在宅医、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士、地域包括支援員、臨床心理士、精神保健福祉士をはじめ世田谷区の地域福祉部職員も参加する予定だ。これらのメンバーで、約1時間の会議を行う。

診断のための追加調査の必要性も検討され、必要時には血液検査、MRIなどの医療機関による検査を実施する。



桜新町アーバンクリニックは在宅医療を積極的に推進している

これは通常は地域包括支援員、もしくはケアマネジャーが行うものだが、多職種にわたるということで医療関わったケアプランを提示できるように、看護師を中心に作成をしているという。

その際には「原則して本人と家族に診断、ケア方針を報告し、支援・治療計画を開始する」

特に認知症ケアでは介護者である家族にさまざまな指導を行うことがある。認知症が進行するとどのような症状が出るのか、なぜ出るのか、だからこそこういうケアが必要なのだという点をアドバイスしていく。「家族に対する教育的、心理的な支援を行うことで、逆に認知症患者自身が長く住み慣れた自宅で生活ができるようになる」

その後半年から1年のケアレビューを受けながら随時対応し、症状などの安定が図られ早期集中支援が終了する準備ができれば、ケアマネジャー、かかりつけ医に引き継ぎ、ケアの継続を行っていく。

症状悪化などが見られる場合には、支援チームに相談するか、もしくは身近型認知症疾患医療セン

ターへ相談するよう促す。

同クリニックには常勤医に精神科医がいるために身近型認知症疾患医療センターを併設する格好となっている。

同センターは、「認知症と診断され薬を内服しているものの本人が病院に行きたがらない」「家族や介護者ではケアしきれないBPSDなどの症状が強くなった」などの対応に苦慮する場合に、気軽に連絡ができる場として設定されたものだ。

モデル事業の推進の中で、見えてきた課題もあるが、特に「初期認知症の定義が不明という部分が大きい」。初期とはいつまでを指し、重度の認知症患者へのケアもままならない中でなぜ初期なのかという問いかけは多いという。また在宅医、かかりつけ医、看護師、地域包括支援員の認知症ケアに対する知識不足、教育研修体制の不備などが問題となっている。その上で、初期集中支援以降の継続的な支援体制の不備に指摘されている。

モデル事業の内容を検証・精査し、厚労省は認知症対策を推進していく意向だという。

質疑応答の中から

現実に苦しむ認知症患者、家族と地域がどう向きあうか

認知症の初期集中支援は
どうあるべきなのか

シンポジウムの最後に行われた質疑応答では、積極的な議論が交わされた。

特に認知症の初期集中支援について、座長の医療法人社団実幸会いらはら診療所理事長の苛原実氏は、「私たち医療者は、もう家族ではどうにもならないと言って外来に飛び込んでくることによって患者が認知症と分かることが多い」と指摘。高齢者を診る医師にすれば認知症の知識は今となっては必須であり、普通に外来に来ている高齢者を調べてみたら、実は認知症だったという事例は数多くある。つまり全国で300万人の認知症患者がいる中で、どうやって早期に見つけるかではなく、今現実に認知症で困っている患者、家族をどう救っていくのが大事となるのではないかと訴えた。

それに対し勝又氏は、厚労省が示した初期というのは、認知症早期の段階で対応していくということだけではなく、「かかりつけ医などの認知症疾患の臨床的な診断を受けていない、継続的な医療サービスを受けていない、適切な介護サービスに結びついていない、または途中で辞めてしまったといういわば地域で埋もれてしまった患者に対し、適切な対応をしていこうという考えだ」と説明。その対応するチームが多くできてくれば、できた分だけ、かかりつけ医との連携も形作られ、認知症に対する早期の対応が可能になると述べた。

また群馬県伊勢崎市で精神科医として認知症患者のケアを行う大澤誠氏は、認知症患者数とオレンジプランの相関関係に言及。現在認知症患者は300万人と言われ、その数からさまざまな施策が進んでいる。ただその中の2割は介護保険の申請をしていないという話もあり、かつ65歳以上の高齢者の中で10%ではなく15%、すなわち450万人が認知症であるという調査結果も報告されている。大澤氏は、「数が増えればオレンジプラン自体の実効性が疑わしくなる」と指摘した。また「埋もれている認知症患者に早期にあたっていくと言っても、まずは報告されている300万人をどうしていくのかということからやっていくしかないのでは」と述べた。

グループホームの現実を
どう捉えていくべきか

会場からの発言として、シンポジウムの主催団体であるNPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク名誉会長の黒岩卓夫氏が、現在のグループホームの在り方について言及した。

グループホームはもともと軽度の認知症患者を利用者に想定して作られ、それら利用者が共同作業などを行うことによって症状を緩和させようという試みだった。つまり症状が重度になればグループホームから別の施設に移ることが前提だったのだ。

しかし現在では重度となった利用者もそのままグループホームに残ることが多く、「場合によっては



苛原実氏



大澤誠氏

グループホームで看取りまですることがある。私が担当しているグループホームでも相応の看取りをしてきた」。その上で黒岩氏は、「早期に認知症の対応をする意味では、グループホームとは非常に優れたシステムだとは思いますが、それがうまく機能しなくなってきている」ことを危惧した。

その点に対し、問題点は食い違いがとしながらも苛原氏は、「もはやグループホームが認知症の高齢者にとって終の棲家に代わってきている。例えば体調が悪くなった、重度になったからといって、他の施設に移すことはできないだろう」と指摘し、「その現実をどう捉えていくかは今後の課題の1つでは」と提起した。

フォーラムを通じて認知症ケアも含めた在宅での医療・介護の実践、その支援のための地域包括ケアとは一体何を指すべきかを考えさせられた。議論の最中にあった、地域包括ケアとは、施設も含め「安心して地域に生まれ、地域で暮らし、安心して地域で看取られていくこと」との言葉がその方向を示す。認知症ケアもまさに地域の中の支援で安心して暮らし、看取られていくべきものなのだ。