

医療・介護の有機的な連携のために 認知症の専門医療に期待される 役割に関する手引き

平成27年度

老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など
循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会

目 次

第1 認知症の専門医療に期待される役割についての基本的考え方 … 1

第2 個別の場面で期待される役割 ……4

1	本人主体の医療・介護等の徹底 ……	4
2	発症予防の推進 ……	5
3	早期診断・早期対応の体制整備の推進 ……	6
4	BPSD等への適切な対応の推進 ……	8
5	身体合併症等への適切な対応の推進 ……	11
6	介護サービスの基盤整備 ……	12
7	認知症の人の意思決定の支援 ……	13
8	医療・介護等の有機的な連携の推進 ……	13
9	若年性認知症への対応 ……	15
10	アウトリーチ活動の推進 ……	16
11	認知症の専門的知識を有する医療関係者の養成拡充 ……	17

第3 終わりに …… 18

医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割

I. 容態に応じた適切な医療提供の牽引役

- ▶ 鑑別診断、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への対応など、認知症の人の容態に応じて適切な医療を自ら提供する。
- ▶ 医療従事者の認知症対応力向上を支援するなど、地域において認知症の人の容態に応じた適切な医療提供体制の確立を推進する。
- ▶ アウトリーチ活動を積極的に行い、予防から治療、リハビリ、在宅復帰支援に至るまで、認知症の人の容態の変化に対応した一体的な支援を提供する。

等

II. 医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役

- ▶ 認知症の医療・介護等に関わる地域の顔の見えるネットワークを構築する。
- ▶ 研修等を通じて適切なケアを提供できる地域の認知症介護の基盤整備を推進する。
- ▶ 認知症の人の視点に立って、多職種連携による意思決定支援の取組を推進する。

等

III. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進役

- ▶ 認知症に関する正しい知識の普及・啓発を推進する。
- ▶ 様々なアウトリーチ活動を通じて、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

等

第1 認知症の専門医療に期待される役割についての基本的考え方

平成27年1月27日に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、認知症に関する医療・介護等について、「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする。このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 以下BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、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」とされている。本手引きは、この基本的考え方に沿って、循環型の仕組みの中で認知症の専門医療が果たすべき役割を示すものである。

本研究班においては、循環型の仕組みについて、「基本としての在宅生活」→「BPSDや身体合併症等が見られた場合の医療機関等での入院治療」→「入院治療終了後、在宅生活に復帰する前の介護施設等でのリハビリテーションやケア」→「基本としての在宅生活」のような狭義の循環を意味するだけでなく、認知症の人のその時々容態や生活環境など様々な要因に応じて、もっとも適切な環境で医療・介護等を提供することが、認知症の人ができる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができることに繋がるとの基本的考え方に立って、「入院」、「入所」、「在宅生活」等の様々な環境の中で、そしてこれらの間での移行の中で、必要な医療・介護等が「途切れなく、繋がる」ことを意味するものと広義に捉えている。

循環型の仕組みの構築のために

早期診断・早期対応を軸とし、本人主体の医療・介護等を基本に据え、医療・介護等が有機的に連携し、発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現することが必要となる。その際、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)にあるように、例えば、「認知症の疑いがある人については、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われる」ことが求められる。また、「介護による生活の支援がないと医療での対応だけでは支援が成り立たないという特徴がある」ため「診療科を超えて連携して対応していく」ことも求められる。そのため専門医療だけでなく、広く医療・介護関係者が役割分担をして、切れ目のないサービス提供体制を構築することが望まれる。

このため、認知症の専門医療には、認知症の人の「容態に応じた適切な医療提供の牽引役」とともに、認知症に関する「医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役」となることが期待されている。

具体的には、「容態に応じた適切な医療提供の牽引役」としては、鑑別診断、BPSDや身体合併症への対応などを自ら行うほか、医療従事者の認知症対応力向上を支援するなど、地域における医療提供体制の確立を推進すること、さらには、アウトリーチ活動を積極的に行い、予防から治療、リハビリテーション、在宅復帰支援に至るまで、認知症の人の容態の変化に対応した一体的な支援を提供することなどが挙げられる。また、「医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役」としては、地域の認知症の医療・介護等に関わる関係者の顔の見える連携の仕組み(ネットワーク)を構築するほか、研修等を通じて適切なケアを提供できる地域の認知症介護の基盤整備、認知症の人の視点に立って多職種連携による意思決定支援の取組を推進することなどが挙げられる。

本手引きにおける「アウトリーチ活動」は、診療行為だけではなく、「認知症に関わる医療・介護等の専門家が医療機関や介護サービス施設・事業所等の外で、認知症の人やその家族に対して直接的・間接的に専門家として期待される役割を果たす活動」と広く捉えている。間接的な活動とは、例えば、医療関係者が介護関係者に認知症医療に係る知識を提供し、介護関係者がその知識を用いて認知症の人の支援を行う場合の医療関係者の活動や、行政が認知症のための新たなサービスを構築する際などに、介護関係者が行政の担当者にアドバイスする場合の介護関係者の活動などを指す。

循環型の仕組みが目指すもの： 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の副題にもあるように、認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するためには、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくことが必要となる。認知症は「診療科を超えて連携して対応していく必要がある」疾患であり、「介護による生活の支援がないと医療での対応だけでは支援が成り立たない」という特徴があることから、「かかりつけ医・認知症サポート医・認知症専門医、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、急性期対応を主とする病院・リハビリテーション対応を主とする病院・精神科病院、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者など様々な主体が関わる」ことが求められている。このため、認知症の専門医療には、「認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進役」を担う一人として、認知症に関する正しい知識の普及・啓発や、様々なアウトリーチ活動を行い、認知症の人、家族、医療・介護従事者、地域住民等が互いに協力し合う関係性が作られ、認知症の人が笑顔で、希望と尊厳を持って穏やかに暮らせるような地域づくりに貢献することが期待されている。

本手引きの構成

「第2. 個別の場面で期待される役割」では、専門医療が実際の場面でどのような役割を果たすべきかについて記載してある。各々の記載では、上に述べたような、「容態に応じた適切な医療提供の牽引役」、「医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役」及び「認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進役」それぞれの観点から、行うべき内容を整理して記載することをできる限り心がけた。専門医療を行うに当たって、これらの視点に常に留意し、毎日の診療に活かすことが期待されている。

第2 個別の場面で期待される役割

1

本人主体の医療・介護等の徹底

- ①本人主体の医療・介護等の原則(認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、ライフヒストリー等を持つ主体として尊重し、できないことではなくできることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、支援していくこと)は、その提供に携わるすべての者が認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて共有すべき基本理念である。このことについて、広く医療・介護等の関係者が研修等を通じて自ら改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を推進することが求められており、認知症の専門医療もこれに率先して取り組む。
- ②ただし、これは安易に認知症の人が要望するとおりの医療・介護等をそのまま提供するというではない。例えば、認知症の人は、その原因疾患や認知症の進行度によって、自らの認知機能や生活活動能力を正しく把握できなくなることや、自らの意思を適切に表現できないこともある。認知症の専門医療は、その時々認知症の人の能力を適切に推測した上で、認知症の人がどのような意思を持っているのかを、専門家として適切に推測し、判断するよう心がけねばならない。
- ③また、専門家として適切に推測・判断した認知症の人の意思を家族や介護関係者等に伝えることも重要である。その上で、家族の生活や経済的状況、地域における介護サービスやインフォーマル・サービスといった利用可能な資源の整備状況等の様々な要因を勘案し、認知症の人の意思が尊重された形で医療・介護等が有機的に連携して提供されるよう支援を行う。その際、認知症の人の意思の尊重を前提としつつ、同時に家族をはじめとして認知症の人を支えるすべての人が安心できるように、適切な環境を整えるよう努力する。

具体的な例

- ▶ ケースカンファレンス等に積極的に参加し、認知症の人の意思が尊重されるよう、関係者に対し必要な説明、助言等を行う。
- ▶ 認知症の人やその家族に、人生の最終段階に至るまでどのような医療・介護等を希望するか等について、早い段階から認知症の人を中心に話し合っておくよう助言する。また、人の意思は変化しうるものであるため、その後も適時に話し合っておくよう助言する。

2

発症予防の推進

(1) 予防に関する知識の普及・啓発

- ①講演会、勉強会、広報誌など様々な機会を活用して、現在明らかにされている認知症の危険因子及び防御因子についての知識の啓発に協力する。

危険因子	加齢、遺伝性、高血圧、糖尿病、喫煙、過度な飲酒、頭部外傷、難聴 等
防御因子	運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動 等

- ②認知症の一次予防だけではなく、発症後の進行・悪化の抑制(二次・三次予防)の重要性も啓発する。そして、進行・悪化の抑制には、早期の診断と早期からの医療・介護等の介入が重要であることを住民や認知症を専門としない医師にも啓発する。
- ③認知症の危険因子となる疾患や状態について、医師会活動等を通して、認知症を専門としない医師にも、その治療等の重要性を啓発する。

(2) 地域における実践

- ①地域や職域における認知症の予防活動に自ら積極的に取り組む、又はそのような活動に協力する。例えば、地域において住民や行政が運営するサロンやカフェ、体操教室等の活動や取組みに協力する。また、身体的障害のために介護施設等に入所している人に対する医療・介護等にも積極的に関与し、認知症の発症予防を推進する。
- ②認知症の早期発見に資するよう、行政と連携し、必要に応じて地域におけるチェックリストや観察シートなどを作成し、地域や介護施設等への普及に協力する。
- ③認知症の危険因子となる疾患や状態について、その治療等を推進する。

具体的な例

- ▶ 地域や職域での勉強会、サロン、認知症カフェ等へ積極的に参加し、認知症予防の知識や必要性を、住民、認知症の人やその家族、医療・介護関係者、行政担当者等に広く啓発する。

3

早期診断・早期対応の体制整備の推進

(1) 早期診断・早期対応に関する知識の普及・啓発

- ① 地域のかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の専門医療機関等と連携し、早期診断・早期対応の重要性の啓発に協力する。
- ② 認知症の初期症状や初期に観察されやすい生活上の問題などについて、様々な活動を通じて、この知識を啓発する。
- ③ 軽度認知障害(MCI)に関する知識を啓発する。その際、MCIの人のすべてが認知症に移行するわけではないこと、認知症に移行しやすいMCIの中にはこれを疑う特徴があることについて、特にその知識を啓発する。

具体的な例

- ▶ 地域や職域での勉強会、サロン、認知症カフェ等へ積極的に参加し、認知症の初期症状等に関する知識の普及を図るとともに、医療機関内で勉強会等を開催し、認知症の診断やMCIに関する啓発を行う。

(2) 地域における早期診断・早期対応体制の構築

- ① 認知症の疑いがある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるような早期診断・早期対応の体制構築がなされるよう、地域、職域等の様々な場における様々なネットワークの中で、地域のかかりつけ医や認知症サポート医、産業医、その他の関係する職種のほか、認知症疾患医療センター等の専門医療機関等と連携する。
地域の体制構築に向け、行政機関と連携を取りながら、助言、提案、指導等を行う。早期発見においては、地域のかかりつけ医が、自施設に通院している高齢者が認知症を発症している可能性はないか、と常に考えることが重要であり、積極的に地域の医師会等と連携しつつ、地域のかかりつけ医等の認知症対応力向上に資する研修に協力する。さらに、地域の歯科医療機関や薬局等も、同様に早期発見における役割が期待されることから、歯科医師や薬剤師への認知症対応力向上に資する研修に協力する。
職域において、早期に対応がなされるような社内教育や啓発を支援する。その際、産業医やその他の関係する職種の人からの相談にも積極的に対応し、必要に応じて連携する。
- ② 地域のかかりつけ医が、認知症を疑うべきポイントを知ることができ、早期発見を促進できるよう、行政と連携し、必要に応じて地域におけるチェックリスト等を作成する。
- ③ 認知症初期集中支援チーム(「認知症専門医の指導の下、複数の医療・介護専門職が認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活のサポートを行う」もの)^{*}の活動を支援する。

※認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)より引用

具体的な例

- ▶ 行政機関との連携の下、地域での研修会や勉強会等を企画し、また、当該研修会や勉強会等における講師等の役割を積極的に引き受け、早期診断・早期対応の体制構築に協力する。
- ▶ 各職種の認知症対応力向上研修に講師として参加するなど、地域において早期診断体制を担う主体と積極的に関係を築き、早期診断・早期対応の体制構築に協力する。
- ▶ 認知症初期集中支援チームについて、各市町村と連携し、積極的な指導・支援を行い、チーム員たる専門医として参加する。

(3)一般医療機関における院内の早期診断・早期対応体制の構築

- ①身体疾患の入院治療中に認知症が疑われることがしばしばある。可能な医療機関においては、このような場合に備え、主科からの紹介を受け、直ちに専門科が認知症に関する診療を行うことができる院内体制を構築する。
- ②さらに、このような診療科間の即時の院内連携の体制構築に留まらず、入院患者に認知症が疑われた際に、当該入院患者への対応を相談できる専門家による組織をあらかじめ院内に構築しておくことが考えられる。このような組織を核にして、認知症を専門としない診療科の医師その他の医療従事者に認知症への対応に係る啓発活動が行われること等も期待される。
- ③一般医療機関における認知症への対応に資するよう、必要に応じて院内において認知症の発見を促進するためのチェックリストや発見時の対応についてのガイドラインを作成する。

具体的な例

- ▶ 院内において認知症に対応する、多職種からなる対応チームの設立を推進する。

4

BPSD等への適切な対応の推進

(1)BPSD等に関する知識の普及・啓発

①講演会、勉強会、広報誌など様々な機会を活用して、BPSDは、認知症の人の生活の質を悪化させ、家族介護者や介護従事者の介護負担を増加させ、しばしば、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることを阻害する因子であることを広く啓発する。

②BPSDは認知症の進行により必ず生じるものではなく、その発現には、心理・社会的な要因だけでなく、身体的・脳器質的な要因が関与することもあり、その発現や悪化を予防したり治療ができる可能性があること、例えばBPSDは認知機能障害に伴う心因反応としての側面が強く本人にとっては「当然のこと」を主張している場合が多いことを啓発する。また、認知症の人は認知機能障害があるために環境の変化に脆弱であり、入院、入所、転居等に伴うリロケーションダメージを受けやすい。そのため、デイケアやデイサービス、ショートステイ等を積極的に利用するなど、医療・介護等に関わる多職種が連携して、住み慣れた地域で長く生活できるよう支援することが重要であることも広く啓発する。

③BPSDへの対応においても、早期の発見と早期からの介入が重要である。このため、早期発見のための観察点や的確なアセスメントの方法を広く啓発する。また、出現しやすいBPSDは、認知症の原因疾患や認知症の重症度によって異なるため、どのようなBPSDがどのような疾患のどのような時期に出現しやすいのかを広く啓発する。また、BPSDの診断と治療に関して、看護職員等への教育的支援も行う。

BPSDへの対応において、精神科等の専門医療が担うことができる役割について広く啓発する。その際、②を基本とし、環境の調整やケアの方法の工夫で多くが改善する可能性があること、薬物療法の効果が期待できる病態は限られていること、などを踏まえた適切な助言等を行う。

また、入院適応の判断は、精神科等の専門医療の主たる業務と考えられるが、その判断に当たっては、入院が必要な状態として、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)において、「①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、本人及び介護者等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合」とされていることに留意する必要がある。

- ④その上で、BPSDが比較的軽症の段階においては、専門医療の支援があることで、BPSD自体を軽減させやすい、家族介護者の介護負担を軽減させやすい、介護体制を再構築する機会となるなどの効果があり、家族介護者が過度な負担を受ける前に、入院も含めた専門医療による関与を考慮することで、結果的にBPSDによる負担を軽減でき、在宅療養生活を継続しやすくなるなどの効果が期待できることなどについても啓発する。
- ⑤身体疾患の合併やその重症化は、BPSDを発症させたり、悪化させたりする促進因子である。したがって、合併する身体疾患があれば、これを早期に治療することがBPSDを予防させる方法であることを広く啓発する。

具体的な例

- ▶ 家族向けの教室や介護サービス施設・事業所や院内での勉強会に参加し、特にBPSDを予防するという対応が重要であることを強調しつつ、BPSDに関する知識の普及を行う。

(2)地域におけるBPSD等に対応する体制の構築

- ①BPSDがみられた場合に、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よう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担とネットワークの構築や運営に参画する。その際、地域全体でBPSDへの対応力を高めることを考え、行政を含めた、医療・介護等の連携による多職種の対応による体制構築に努める。
- ②地域の認知症医療・介護連携のネットワークに加わり、行政との連携のもと、BPSDに対応できる介護サービス施設・事業所等の確保、地域の相談窓口の拡充、ピアサポートへの支援、介護者への支援等の推進に協力する。また、ネットワークを活用し、家族や介護職員、認知症を専門としない医師等に専門的な助言を行う。その際、専門性を活かして介護サービス施設・事業所等への支援を行い、質の向上と効率化に協力する。
- ③BPSDに対して医療・介護等の専門的対応を行うに当たっては、その内容、機能及び体制等が具体的に見える化されるよう協力し、地域から見て身近で気軽に頼れるような存在となるよう取り組む。
- ④薬剤がBPSDの原因や誘因になっていることもあるため、内服薬の重複や副作用等を鑑み、地域医療における投薬の調整に資する取組みに協力する。

具体的な例

- ▶ 地域ケア会議に参加するなどし、行政とも連携しつつ、地域におけるBPSDへの対応体制の構築を支援する。特に軽症の段階でBPSDへの対応ができる医療・介護等の連携体制を地域で構築する。
- ▶ BPSDへの対応に関し、一般医療機関等からの相談等に積極的に対応する。

(3) 院内におけるBPSD等に対応する体制の構築

- ① 早期退院・退所を阻害する要因を検討した上で、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成・普及・使用を推進する。また、退院時に入院生活と在宅生活とのギャップを埋めることができるような支援体制を構築する。
- ② 例えば一般医療機関にあつては[※]、院内においてBPSDを含む様々な認知症の症状への対応、身体合併症治療に配慮をした支援の調整、家族支援、ケアの指導、退院調整への助言等を行えるような、多職種からなる対応チームの設立を推進する。

具体的な例

- ▶ BPSDに入院で対応するに当たって、入院時から退院を見越した支援ができるよう、退院支援に関わる者を入れた多職種からなるチームを編成するなどの工夫を行うとともに、退院支援・地域連携クリティカルパスを使用するなどして、チーム内での情報共有を図る。

(4) その他

BPSDへの適切な対応は専門医療の本義であるため、専門医療の在り方を示す本手引きにおいては、医療内容に関する詳細を記載することは避け、推進すべき体制づくりなどを記載している。

- ① 専門医療については、その内容を診療ガイドライン等を積極的に利用し、普及させる。また、薬物療法に限らず、広くBPSDに対応するマニュアルの確立と普及を目指す。さらに、BPSDに対する有効性の高い対応法を簡便に知ることができる仕組みづくりを推進する。
- ② 認知症の人が実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、日常の生活上の基本的ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）が自立して継続されるよう、認知症リハビリテーションモデルの研究開発を推進するとともに、介護老人保健施設での認知症短期集中リハビリテーションや特別養護老人ホームにおけるアクティビティを通してのリハビリテーション等の取組とも連携し、これを普及させる。

※一般医療機関において求められる体制の整備については、当研究会が策定した「一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き」を参照されたい。

5

身体合併症等への適切な対応の推進

(1) 地域における行動・心理症状等に対応する体制の構築

- ① 身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、一般医療機関勤務の医療従事者の対応力向上の取組に協力する。その際に、当研究会が策定した「一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き」を参考とすることが望ましい。
- ② 地域における認知症対応能力の底上げを図るため、行政と連携し必要に応じて、看護職員を含む医療従事者を対象とした研修を行い、また、認知症対応マニュアルを作成し、その普及に協力する。
- ③ 本手引きにある「3.早期診断・早期対応の体制整備の推進(3)一般医療機関における院内の早期診断・早期対応体制の構築」及び「4.BPSD等への適切な対応の推進(3)院内におけるBPSD等に対応する体制の構築」に記載された対応等を通じて、身体合併症等への対応を行う急性期病院等におけるBPSDへの対応力を高め、また、精神科病院への一般診療科の医師の往診・常勤等を通じて、精神科病院における身体合併症への対応力を高めること等により、ふさわしい医療の提供体制の構築の推進に協力する。
- ④ せん妄は特に多いのでリスクの評価を行い、起こさないように予防的対応をとる。また、せん妄の診断と治療に関して、看護職員等への教育的支援も行う。
- ⑤ 糖尿病や透析など継続的な身体疾患の治療が必要な場合には、その治療にあたる医師と連携する。
- ⑥ 認知症の人が住み慣れた地域で日常生活動作能力を維持できるよう、早期からの継続的なリハビリテーションの推進を図る。

具体的な例

▶ 一般医療機関において、せん妄に関する予防法、発見法、対応法等に関する勉強会を開催する。

6

介護サービスの基盤整備

(1) 介護サービス人材の育成

- ① 認知症に関する普及・啓発や良質な介護を担う人材の確保のため、その教育や研修の場において、認知症の基本的知識（原因疾患毎の基本的病態やBPSDの発症要因等の理解と、治療の概略や基本的な対応法等）や、介護現場で注意すべき点（薬物治療に伴いやすい副作用等）などについての教育を受けられるよう、専門性を活かし協力を行う。その際、例えば認知症介護の現状と今後について市民に普及・啓発を図り、介護サービスを担う介護職員に認知症の人の個性を活かした対応方法の指導等を行う。
- ② 認知症への対応において、様々な職種が連携して一貫したケアが提供できるよう、人材の育成に協力する。また、様々な介護サービス施設・事業所において、認知症の人の状況に応じて医療・介護等が適切に連携できるように、専門的な観点から協力する。

(2) 介護サービス体制の構築

- ① 介護現場のニーズを収集し、介護サービス施設・事業所等への支援など、それに対応する仕組みづくりに協力する。
- ② 介護の質を幅広く向上させる為、負担の少ないeラーニング等を積極的に活用した研修制度作りに協力し、広く普及させる。

具体的な例

- ▶ 介護現場へのアウトリーチ活動等を通じて連携体制を構築し、BPSDの治療において専門医療が担うことができる役割等について意見交換等を行う。

7

認知症の人の意思決定の支援

- ①認知症の人の入院については、退院に向けて、入院時からその人の意向を最大限尊重しながら、多職種連携により、地域移行後の生活準備に向けた支援等を行う。
- ②認知機能が比較的保たれている時点で、あらかじめ認知症の人の意思を聴取しておくなど、多職種協働による意思決定支援の取組を支援する。

具体的な例

- ▶ ケースカンファレンス等の場において、意思決定支援の重要性が関係者に共有されるよう啓発を図る。
- ▶ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携の場において、本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供され、かつ生活の質をよりよくするよう、その検討に当たって、専門性を活かした助言を行う。
- ▶ 自動車運転等における意思決定を支援する。具体的には、必要な場合に、認知症の専門診療を行っている医師から認知症の人に対し、自動車運転免許を返納しなければならないことを説明する。その際、このことによりBPSDが出現しないかなどについて、経過を慎重に観察するなどの適切な対応を行う。

8

医療・介護等の有機的な連携の推進

(1)有機的な連携体制の構築

- ①医療・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うための仕組みづくりを推進するため、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医などの医療関係者と介護支援専門員など介護等の関係者が、支援者、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、行政関係者、地域の関係団体、NPO等とも情報を共有しながら、顔が見え、かつ、有意義な議論ができる関係を築き、コミュニケーションを取りながら、連携を図れる体制づくりに協力する。
- ②地域の医療・介護資源や制度の構築に積極的に参加し、居住の場の確保や地域生活を支える医療の充実等の地域生活の支援を行う。
- ③認知症地域支援推進員（「市町村ごとに、地域包括支援センター、市町村、認知症疾患医療センター等に配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う」者）^{*}の活動について、認知症カフェの開催や、認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施等に協力する。

^{*}認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）より引用

- ④診療所型の認知症疾患医療センター等も含め、認知症疾患医療センターが地域で担う機能について、行政機関が行う、規模に応じた体制整備に協力する。
- ⑤多職種連携による支援体制の構築に協力し、認知症の人が医療・介護等を拒否する場合でも、その人への支援がなされるように積極的に関わる。

具体的な例

- ▶ 介護現場へのアウトリーチ活動等を通じて、互いに意見交換を行うなど、連携体制を構築する。
- ▶ 認知症の人が医療・介護等を拒否する場合でも、適当な間隔で往診を行うなどして馴染みの関係を構築する。その後、多職種で連携して、望ましい医療・介護等を受けていただくよう支援する。
- ▶ 市町村圏域を超え、二次医療圏域において医療機関と地域資源が集えるような会議の開催等による、医療・介護連携の枠組みの構築に協力する。

(2) 有機的な連携のための情報共有の推進

- ①地域における認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及・活用に協力する。
- ②地域における認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行うための情報連携ツールの作成に協力し、地域ケア会議の場での助言等を通じてその活用を図る。その際、かかりつけ医や介護関係者などの現場からのフィードバックを活かせるような、関係作りが重要である。

具体的な例

- ▶ 普段から、介護サービス関係者との連携体制を構築しておき、介護サービス関係者との連携の下、認知症の人に医療を提供する。その際、平成27年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業」研究班により示された情報連携ツールの雛形などを活用し、情報の共有を行うことを考慮する。

9 若年性認知症への対応

(1) 若年性認知症についての普及・啓発

- ① 若年性認知症の人を早期発見でき、診断後も長く同じ環境で生活できるよう、行政、地域及び職域と連携し、啓発に協力する。
- ② 若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、若年性認知症には、居場所づくり、就労・社会参加支援など、高齢発症の認知症より幅広い分野にわたる支援を総合的に講じていくことが必要であることを啓発する。
- ③ 若年性認知症は、うつ病等の精神疾患も含め、認知症の原因疾患が多様であるため、しばしば診断が困難であること、その一方で、原因疾患の診断が特に重要であることを、かかりつけ医等に周知・啓発する。

(2) 若年性認知症に対する対応体制の構築

- ① 若年性認知症の人の診療や介護サービスが円滑に受けられるようにするための支援、家族の精神的負担への支援も含めた生活支援等を積極的に行い、若年性認知症の人の意思を尊重し、可能な限り仕事や家庭内での役割を継続できるよう支援する。その際、職域においては、産業医やその他の関係する職種の人と連携する。
- ② 若年性認知症の人の日常生活や仕事を支援するための医療や介護等の体制作りに積極的に協力する。
- ③ 診断直後の軽症の認知症の人の居場所づくりに協力する。また、若年性認知症の受入れが可能な介護事業所づくりにも協力する。
- ④ 若年性認知症への地域住民の理解を促進する仕組みづくりに協力する。

具体的な例

- ▶ 若年性認知症の人との意見交換会を開催したり、若年性認知症の人の自立を支援するネットワークの会議に参加したりするなど、地域における若年性認知症への取組を支援する。
- ▶ 若年性認知症の人が地域で買い物をしたり、様々な手続をしたりできるように、商店会や行政に対する講習会の開催に協力する。
- ▶ 精神保健福祉手帳、退職後の傷病手当金、障害年金など若年性認知症の人が利用できる支援制度への協力を積極的に行う。

10

アウトリーチ活動の推進

先に述べた通り、本手引きでは、「アウトリーチ活動」を、診療行為だけではなく、「認知症に関わる医療・介護等の専門家が医療機関や介護サービス施設・事業所等の外で、認知症の人やその家族に対して直接的・間接的に専門家として期待される役割を果たす活動」と広く捉えている。専門医療が介護関係者等に認知症医療に係る知識を提供し、医療・介護の関係者がその知識を用いて認知症の人の支援を行うことで、適切なケアを提供できる地域の認知症医療・介護の基盤が整備されることなどが期待される。

(1) アウトリーチ活動についての普及・啓発

アウトリーチ活動は様々な場面で重要であることを広く関係者に啓発する。

(2) アウトリーチ活動体制の構築

- ①地域や職域、一般医療機関や介護施設等との密な連携を通じ、一般医療機関や介護施設等で認知症に関する適切な医療が提供されるよう、専門医療が継続的に関与する。
- ②一般医療機関からの退院時に、BPSDやせん妄が遷延していることがあるが、そのような認知症の人へのアウトリーチ活動の仕組みづくりを推進する。また、そのための人材確保に向けた取組に協力する。
- ③一定期間入院した認知症の人に対する、退院後の地域定着の促進に向けたアウトリーチ活動など、必要に応じて様々な場所に多職種でアウトリーチ活動ができる仕組みづくりを推進する。また、アウトリーチ活動をできる人材の確保に向けた取組に協力する。
- ④地域の基盤整備や人材育成のためのアウトリーチ活動を行う。特に認知症疾患医療センター等は、地域で認知症の医療・介護等を担う人材の教育等に、より積極的に参画する。
- ⑤直接的なアウトリーチ活動にも積極的に参加・支援する。

具体的な例

- ▶ 看護職員、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士等の専門職が、在宅療養を受けている認知症の人を訪問する。特に診断された後の早期や、病院への入院前と退院後、介護施設への入所前と退所後すぐは、特に在宅へのアウトリーチ活動を考慮し、状態を専門的に評価した上で、適切な医療・介護等を提供する。
- ▶ 地域等での認知症に関する知識の普及・啓発において、アウトリーチ活動について啓発する。この過程を通じて相談をしやすい関係を構築しながら、地域におけるアウトリーチ活動体制の確立に努める。



認知症の専門的知識を有する医療関係者の養成拡充

認知症の専門医療全体として、1～10に記載した取組を推進し、「容態に応じた適切な医療提供の牽引役」、「医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役」及び「認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進役」となる認知症の専門的知識を有する医療関係者の養成を拡充するよう取り組む。

第3 終わりに

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年には、認知症の人は約700万人になると予想されている。65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症となる社会を迎えるに当たって、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)は「認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともにによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくこと」を求めており、認知症の専門医療はこのために様々な役割を期待されている。

冒頭に記した、循環型の仕組みを具現化していくに当たっては、発症を予防する、早期に診断を行い地域での生活を継続できるよう支援する、適切な医療・介護によりできる限り認知症の症状の進行を遅らせ、BPSD等が起きそうな兆候を察知し適切な対応に結びつけるなど、常に一歩先んじた早期診断・早期対応を目指すとともに、認知症の人に最も身近なかかりつけ医、地域における認知症に対する医療・介護連携の推進役である認知症サポート医等との連携、関係他職種との連携、認知症の人や家族の希望を尊重し地域生活を可能とするような地域資源との連携など、認知症の人の生活全体を見通し、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連携体制を構築する必要がある。認知症の専門医療を担う者には、本手引きに示されている期待された役割をよく認識し、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が目標とする認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、積極的に関与することが期待されている。

平成27年度 老人保健健康増進等事業
「認知症の人の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症対応など
循環型の医療・介護等の提供のあり方に関する研究会」構成員名簿

(五十音順、敬称略)

氏名	所属名・役職
秋山 治彦	日本認知症学会 理事長
栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 (公益社団法人 日本老年精神医学会 理事)
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会 副会長
大内 尉義	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 院長 (一般社団法人日本老年医学会 理事)
◎ 大島 伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 名誉総長
河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会 副会長
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 理事 認知症ケア推進戦略本部 本部長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
諏訪 さゆり	日本老年看護学会 理事
高倉 敬治	認知症の方ご本人
武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
鳥羽 研二	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長
花俣 ふみ代	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
本間 昭	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長
○ 松谷 有希雄	国立保健医療科学院 名誉院長
水澤 英洋	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 理事・院長
三根 浩一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会 会長

◎座長 ○副座長

認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など
循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会
作業部会1 (認知症専門医療) 構成員名簿

(五十音順、敬称略)

部会長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院 名誉院長
副部会長	數井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 病棟医長
委 員	新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授
	助川 未枝保	特別養護老人ホーム「じょうもんの郷」 施設長
	瀬戸 裕司	ゆう心と体のクリニック 院長
	得居 みのり	医療法人財団 姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院 看護管理室看護師長・地域連携室室長
	中川 龍治	医療法人財団 友朋会 嬉野温泉病院 院長
	藤本 直規	医療法人 藤本クリニック 理事長

