

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調査研究事業

2016 年 3 月

株式会社 富士通総研

目 次

本編

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 調査研究の背景と狙い	1
2. 調査研究のねらい	2
3. 事業内容	3
4. 実施経過	5
5. 研究体制	6
第2章 実施結果	8
1. 研究会・作業部会	8
第3章 まとめ	10
1. 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	10
2. 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	25

資料編

1. 第1回(2015/9/9) 研究会資料・議事要旨
2. 第2回(2015/12/25) 議事要旨
3. 第3回(2016/2/16) 議事要旨

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景と狙い

世界に類を見ない高齢化が進む我が国において、認知症高齢者の数は2012（平成24）年で462万人と推計されており、2025（平成37）年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれている。このような中、認知症の人にどの様に対応し、どの様に支援していくかが極めて重要な課題となっている。

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良い環境で暮らし続けることは、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、住み慣れた環境で過ごすことは認知症の治療上も有益とされ、さらには限りある医療資源の有効活用にもつながるものと考えられる。

このような地域づくりを目指し、厚生労働省の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み（早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状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・退所後もその時の容態に最も相応しい場所で適切なサービスが提供される仕組み）の構築を目指している。

全国各地で、この医療・介護等の連携の仕組み（循環型の仕組み）を構築していくためには、（循環型の仕組みを構成する）連携が必要な各関係者が、具体的にどのようなことに留意・配慮し、何を実践していく必要があるかを整理し、それを広めていく必要がある。医療・介護等の連携の仕組みは構築途上の段階であるが、認知症施策においてとりわけ重要となる専門医療や一般医療機関の果たすべき役割の明確化やその普及は急務なことから、本調査研究事業により、専門的知見を有する各界の関係者の認識・見解等の集約を図り、提案をまとめることとなった。

2. 調査研究のねらい

2.1. 問題意識

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良い環境で暮らし続けるためには、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みが構築される必要がある。

循環型の仕組みの構築に向けては、具体的に構築すべき内容として、(循環型の仕組みを構成する) 連携が必要な各関係者が、具体的にどのようなことに留意・配慮し、何を実践していく必要があるか、医療・介護等の関係者で認識を共有でき、全国各地で実践していけるものが必要となる。

2.2. 問題意識に基づく、本調査研究のねらい

2.1 に示した問題意識を踏まえ、本調査研究では、認知症の人ができる限り地域での生活を継続していけるようにするための循環型の仕組みの構築に向け、中でも特に重要となる専門医療や一般医療機関の果たすべき役割として、「診断～BPSD への対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的関わり方や役割」及び「一般病院等における身体合併症への治療に際しての対応体制の整備、精神科医リエゾンなど専門科の協力、認知症のリハビリテーションの在り方」を明確化することを主なねらいとした。

3. 事業内容

3.1. 研究会

(1) 研究会による検討の推進

循環型の仕組みの具体化には、連携すべき各関係者（精神科医、訪問診療を行う一般の医師等の医療関係者、介護関係者等）の間での認識の共有が不可欠である。

このため、医療関係者や医学系学会の代表者等のみならず、介護側の関係者、患者や家族の関係者、有識者等を含めた多様なメンバーが一堂に会する場を設け、問題意識や目指すべきゴール（種々の場面での認知症専門医療の具体的な関わり方や役割、一般病院等における身体合併症への治療体制等の明確化）の共有と、それらを踏まえた積極的な議論により検討・整理を進める方法が最適かつ必要であると考え、各界を代表する関係者を委員とする研究会での議論・検討を通じ成果をとりまとめる方法を採用することとした。

(2) 研究会の設置準備

(1)を踏まえ、研究会の趣旨・委員構成等を設計し、各委員との日程調整等の設置準備を進めた。

(3) 研究会の検討内容設計

設計にあたっては、議論すべき点及び議論のゴールの想定、そして調査研究事業の期間内での研究会の開催可能回数、等を総合的に勘案した。

各委員による報告を通じた委員間の知見共有に加え、認知症の人に対する精神科医のアウトリーチの事例については研究会の場に参考人を招請し、現場の最新の情報の共有も図った。

(4) 資料準備

(3)の設計に基づき、当日用いる資料構成を設計し、各委員や参考人への資料作成依頼を含めて配布資料を準備した。情報や知見を共有し議論を行うための材料という観点から、資料は可能な限り簡潔にまとめることを前提とし、委員や参考人からの報告についても同様の要領で依頼した。

(5) 研究会の開催

(3)に示した設計に沿って研究会を開催し、座長・副座長の的確な進行により、多くの委員から活発なご意見・ご指摘・ご提案等が挙がった。

また、委員からの提案や意見や、参考人からの報告にはいずれも貴重で有用な情報や知見に富んでおり、報告に対して多くの質疑や意見交換が行われた。

3.2. 作業部会

(1) 作業部会設置による検討の推進

研究会は、各界の関係者を網羅した結果、委員数が21名と多数になり、「診断～BPSDへの対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的な関わり方や役割」及び「一般病院等における身体合併症への治療に際しての対応体制の整備、精神科医リエゾンなど専門科の協力、認知症のリハビリテーションの在り方」を明確化するのに、大人数の研究会では議論・整理が難しいと考えられたこと、またテーマの性格上、まずは医学的・専門的見地からの検討をベースとして、研究会にて各委員の知見・経験等からの意見を反映していく進め方が、時間が限られる中では最も適切と考えられたことから、関係の専門性を有する方々による少人数で議論し案をまとめる作業部会を別途設置した。

明確化すべき2つのテーマ「診断～BPSDへの対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的な関わり方や役割」「一般病院等における身体合併症への治療に際しての対応体制の整備、精神科医リエゾンなど専門科の協力、認知症のリハビリテーションの在り方」それぞれについて、個別に作業部会（合わせて計2部会）を設けた。

(2) 作業部会の開催

作業部会では主に、それぞれの部会のテーマに沿って、今後全国各地に広めていくための手引きにとりまとめるため、盛り込むべき内容（目次構成等）の検討、各項目において記載・修正・削除すべき内容について、詳細かつ精力的に討議した。

また、部会の開催の間には電子メールにて原稿案を部会員間で共有し、個別の意見収集等を行った。

3.3. 結果のとりまとめ、情報公開

(1) 結果のとりまとめ

作業部会（第1・2回）での議論等を通じ、成果として各テーマに関する手引き「1. 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」「2. 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」の原案を作成。

これらの原案を研究会（第2・3回）での討議や、研究会の前後での各委員への意見照会、作業部会（第3回）での修正討議等を通じブラッシュアップし、完成させた（第3章参照）。

(2) 情報公開

弊社ホームページにて本報告書及び、各手引きを公開。

また、各手引きについては、研究会参加団体等を通じ小冊子として配布。

4. 実施経過

3に示した内容を、次のスケジュールで実施した。

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
研究会	研究会委員への 依頼・日程調整 →		●第1回				●第2回	●第3回	
	調査設計・関係者調整 →						←修正意見照会→		
作業部 会1			●第1回	●第2回			●第3回		
			←手引き案原稿作成→				←手引き案原稿修正→		
作業部 会2			●第1回	●第2回			●第3回		
			←手引き案原稿作成→				←手引き案原稿修正→		
とりま とめ・ 報告書 作成							とりまとめ・報告書作成・印刷 ←→		

5. 研究体制

5.1. 研究会

(1) 委員(五十音順 敬称略)

氏名	所属団体	備考
秋山 治彦	日本認知症学会	
粟田 圭一	公益社団法人日本老年精神医学会	
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会	
大内 尉義	一般社団法人日本老年医学会	
大島 伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	座長
河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会	
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会	
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会	
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会	
助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会	
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会	
諏訪 さゆり	日本老年看護学会	
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	
鳥羽 研二	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	
花俣 ふみ代	公益社団法人認知症の人と家族の会	
本間 昭	一般社団法人日本認知症ケア学会	
松谷 有希雄	国立保健医療科学院	副座長
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	
三根 浩一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会	
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会	

(2) 参考人(敬称略)

氏名	所属団体	備考
上野 秀樹	社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所	第2回

(3) オブザーバ(敬称略)

氏名	所属
三浦 公嗣	厚生労働省老健局長
水谷 忠由	厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室長

5.2. 作業部会(五十音順 敬称略)

(1) 認知症専門医療

氏名	所属団体	備考
新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授	
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	副部会長
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	
松谷 有希雄	国立保健医療科学院 名誉院長	部会長

(2) 身体合併症

氏名	所属団体	備考
新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授	
池田 修一	信州大学医学部内科学第三講座 教授	
小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 長臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長	副部会長
小川 聡子	医療法人社団 東山会 調布東山病院 院長	
加藤 滋代	学校法人藤田学園藤田保健衛生大学病院神経内科 看護主任	
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学（高齢診療科）教授	
熊谷 頼佳	医療法人京浜会 京浜病院 理事長	
清水 恵一郎	阿部医院 院長	
中西 亜紀	大阪市立弘済院病院 神経内科部長	
瀧野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事	
松谷 有希雄	国立保健医療科学院 名誉院長	部会長

5.3. 事務局・調査研究実施機関

株式会社富士通総研

第2章 実施結果

1. 研究会・作業部会

研究会・作業部会は以下の日程で開催した。討議内容については資料編(研究会議事要旨)を参照されたい。

(1) 研究会

回	開催日時	会場	議事
1	平成27年 9月9日 13:00～15:00	アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間	1. 今後の進め方について 2. 自由討議
2	平成27年 12月25日 13:00～15:00	アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間	1. アウトリーチの事例 2. 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方 3. 一般病院における認知症への対応のあり方
3	平成28年 2月16日 13:00～15:00	航空会館 501・502 会議室	1. 医療・介護の有機的な連携のための、認知症の専門医療のあり方 2. 一般医療機関における認知症への対応のあり方 3. その他

(2) 作業部会

①認知症専門医療

回	開催日時	会場	議事
1	平成27年 9月27日 14:00～16:00	㈱富士通総研 中会議室	1. 「循環型」の医療・介護について 2. 今後の進め方について 3. 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方について
2	平成27年 11月6日 9:30～12:00	㈱富士通総研 中会議室	1. 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方について 2. その他
3	平成28年 1月30日 13:00～15:00	㈱富士通総研 中会議室	1. 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方について 2. その他

②身体合併症

回	開催日時	会場	議事
1	平成 27 年 9 月 22 日 14:00～16:00	(株)富士通総研 中会議室	1. 「循環型」の医療・介護について 2. 今後の進め方について 3. 一般病院における認知症への対応のあり方について
2	平成 27 年 11 月 8 日 9:30～12:00	(株)富士通総研 中会議室	1. 一般病院における認知症への対応のあり方について 2. その他
3	平成 28 年 1 月 30 日 16:00～18:00	(株)富士通総研 中会議室	1. 一般病院における認知症への対応のあり方について 2. その他

第3章 まとめ

1. 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・介護等の提供の在り方に関する調査研究事業」研究班による

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」こととされている。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々の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を受けながら、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ことではない。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¹）の活動を支援する。

㊦ 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

¹ 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)より引用

- ▷ 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。
- ② BPSD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」を主張していること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。
- ③ BPSD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

- ① BPSD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。
- ③ BPSD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っては²、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。

² 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、第3章2.一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。

㊦ 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。

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、多職種の連携により、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処を行う。

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）³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。
- 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。

³ 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)より引用

- ▷ 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、若年性認知症の受け入れが可能な介護事業所づくりに協力する。

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、様々な手続き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。

1 1. 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、常に一步先んじた早期診断・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。

2. 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

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・介護等の提供の在り方に関する調査研究事業」研究班による

一般医療機関における認知症への対応のポイント

I. 認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われてはならない

- ▶ 認知症は今や、すべての医療・介護関係者に対応が求められる疾患。
- ▶ 認知症の人を、個々の価値観や思いを持つ主体として尊重し、支援を提供する上で本人の希望が実現できるよう、本人の有する力を最大限活用する。
- ▶ 生活習慣病等への積極的な介入は予防に貢献できる可能性がある。

等

II. 診療科や医療と介護といった垣根を超える連携が必要

- ▶ 診断や治療で認知症の専門医療と相談できる体制を構築する。
- ▶ 医療関係者、家族、地域での介護関係者等と、退院後の地域における生活も考慮した連携体制を構築する。

等

III. すべての症状が認知症の症状とは限らない

- ▶ せん妄の可能性を念頭に置く。
- ▶ 脱水、低栄養、痛み、環境の変化、薬剤の影響など対処可能な要因がせん妄を惹起又は悪化させ、認知症の症状を悪化させることを念頭に置く。
- ▶ スタッフへの普及啓発や、せん妄への対応チームの設置を推進する。

等

⁴ 本手引きでは、「一般医療機関」として、広く認知症を専門としない医療機関を念頭においている

第1. 本手引きの位置づけ

超高齢社会を迎え、認知症を持つ高齢者が65歳以上の15%程度を占めるに至った。一般医療機関では治療を受ける患者では高齢者の占める割合が高いことから、認知症を合併した患者の治療対応が広く求められている。

2015（平成27）年1月に策定された、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、「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」ことを目標と定めている。このために、「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」必要があり、本手引きは、この基本的考え方に立って、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指針等を示すものである。

第2. 一般医療機関における認知症の現状

認知症は、一般医療機関でも広くみられるが、その対応は十分にできているとは言えない。また、一般医療機関では、認知症の症状との鑑別が困難な場合があるせん妄（身体疾患等を原因として生じる意識・注意・知覚の障害）も多い。このため、一般医療機関ではその疑いも含め両者を合わせた認知機能障害に対応することが求められている。

1. 一般医療機関における認知症の特徴

(1) 認知症及びせん妄の頻度⁵

一般医療機関で治療を受ける患者の中で、どれくらいの頻度で認知症及びせん妄が見られるかについては、医療機関の機能等によって異なる。認知症については、65歳以上の約15%が認知症と推測されている一方、せん妄については、高齢入院患者の約30%に合併すると言われている。身体疾患の重症度によっても発症頻度は異なるが、術後や集中治療室では約70%、救急外来においては約10%、緩和ケア病棟では約40%、亜急性期の病棟では約20%と言われている。

(2) 認知症による身体機能の低下

一般医療機関においては、認知症と身体機能低下のリスクを別々に認識しがちである。しかし、認知症も身体機能低下のリスクに大きな影響を与える病態であることを認識し、対応する必要がある。

⁵ 一般医療機関で治療を受ける患者の中で、どれくらいの頻度で認知症及びせん妄が見られるかについては以下の文献を参照されたい。

- Siddiqi N, et al. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age Aging*:2006;35:350-364
- Fricchione GL, et al. Postoperative delirium. *Am J Psychiatry*: 2008;165:803-812
- Lange, E. de, et al. Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*:2013;28(2):127-134
- Lipowski, Z.J., Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry*:1983;140(11):1426-36.
- Massie, M.J., J. Holland, and E. Glass, Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*:1983;140(8):1048-50.
- Pereira, J., J. Hanson, and E. Bruera, The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer*:1997;79(4):835-42.
- Ross, C.A., et al., Delirium: phenomenologic and etiologic subtypes. *Int Psychogeriatr*:1991;3(2):135-47.
- Tune, L.E., Postoperative delirium. *Int Psychogeriatr*:1991;3(2):325-32.
- de Rooij, S.E., et al., Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*:2005;20(7):609-15.
- Peterson, J.F., et al., Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*:2006;54(3):479-84.
- Inouye, S.K., et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*:1990;113(12):941-8.

ある。

(3) 一般医療機関における認知症の人の医療面における特徴

- ① 認知症の診断がついていないことがある。
必ずしも入院時に認知症の診断を受けていないことがあり、身体合併症等の治療を開始してから認知症を合併していることに気付かれる場合がある。
- ② せん妄の合併が多い。
治療中、身体的な負荷が加わることで、容易にせん妄を発症する。認知症の症状と鑑別が難しい場合がある。せん妄の発症により認知機能の低下が促進されることがある。
- ③ 治療や管理上の問題で初めて気付かれることがある。
認知症はたとえ軽症であっても、せん妄、脱水、低栄養など治療上の問題や、治療に対する積極性やコンプライアンスが低いことなどとして、又は服薬管理等におけるインシデントやアクシデントなどとして顕在化する場合がある。

(4) 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛

- ① 入院環境に伴う困難
 - (ア) 環境の急激な変化を伴う。
 - (イ) 標識が多く画一的でわかりにくい環境であるため、見当識を失いやすい。
 - (ウ) 転棟やベッド移動などが多く、見当識を失いやすい。
 - (エ) 音や光などの刺激が多い。
- ② 身体症状に関する困難
 - (ア) 医療処置に伴う苦痛が生じやすい。
 - (イ) 自身の身体症状を的確に伝えられない、医療者の指示が複雑に感じられ、理解しにくいなど、コミュニケーションに障害が生じやすい。
 - (ウ) 飲水・摂食不良から、脱水・低栄養になりやすい。
 - (エ) 便秘・尿閉が見逃されやすい。
 - (オ) 認知機能障害や高齢に伴う感覚障害（視力・聴覚障害）に対する個別の配慮を受けることが困難である。
- ③ 社会関係に関する困難
 - (ア) 入院期間が短いため、医療スタッフとなじみにくい。
 - (イ) 在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすい。
 - (ウ) 認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーション・申し送りは不足しやすく、統一された対応を受けにくい。
 - (エ) 家族と疎遠になりやすい。
- ④ 精神機能に関する困難
 - (ア) せん妄を合併しやすい。
 - (イ) 行動・心理症状（BPSD⁶）がおこりやすい。
 - (ウ) 抑うつ・不安が見逃されやすい。

⁶ BPSD については P35 囲みも参照されたい

2. 認知症による一般医療機関における治療や管理面への影響

一般医療機関において、認知症は以下のおり様々な領域に影響を及ぼす。認知症に対する体制を整備することは、安全で効果的な医療を提供する上で重要である。

(1) 治療面への影響

- ① 治療に対する積極性やコンプライアンスの低下
- ② 合併症の増加
- ③ 身体機能の低下
- ④ 死亡率の増加
- ⑤ せん妄の発症

(2) 管理面への影響

- ① インシデントやアクシデント（転倒、ルートトラブル等）の増加
- ② 在院日数の延長
- ③ 再入院の増加
- ④ 施設入所の増加
- ⑤ 退院後の介護負担の増加
- ⑥ 医療コストの増大

第3. 一般医療機関において求められる認知症対応の方向性

1. 本人主体の医療・介護等の徹底

本人主体の医療・介護等の原則⁷（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。せん妄やBPSDといった症状のみから、認知症の人に対する画一的なイメージを持つことがあってはならない。

2. 管理者による積極的な体制整備の推進

医療機関の管理者は、認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われることのないよう、診療科や医療と介護といった垣根を超えた連携が確保できるよう、院内体制を構築することが重要である。

3. 認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応

認知症の人の医療に携わる者は、認知症の人を、個々の価値観や想いを持つ主体として尊重するとともに、支援を提供する上で、「認知症の人が何を望んでいるか、何を希望するか」を判断の基準とすべきである。本人の希望が実現できるよう、本人の有する力を最大限活用することを実践するためにも、個々の具体的な場面において、先に述べた認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応を行う必要がある。

⁷ 本人主体の医療・介護等の徹底における認知症の人の意思の尊重については、第3章 1.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 を参照されたい。

第4. 一般医療機関に求められる認知症対応における役割

一般医療機関では、身体合併症等の治療を確実に遂行することが役割である。しかしながら、認知症の人の治療においては、考慮すべきことがある。第2に挙げたように、一般医療機関への入院においては在院日数の短縮が求められ、また、在宅の環境とは異なることにより、医療スタッフとなじみにくく、個別対応が難しいこと等が挙げられる。また、認知症の方への支援は中長期にわたる視点で構築される必要があり、一般医療機関だけで完結することは多くないことである。

一般医療機関への入院では、認知症の方が退院後も、慣れ親しんだ地域で安心して長く生活できるよう、①入院中に身体機能が低下したり、認知症が進行したりすることのないように、身体合併症等の治療を確実に進め、②入院早期からの退院支援（退院前カンファレンス）や、普段からの地域の医療・介護との連携を積極的に進めることを通して、医療機関から円滑な在宅復帰ができるよう支援し、確実に地域の医療・介護に引き継ぐことを意識した体制を構築する必要がある。

以上を踏まえ、一般医療機関に求められる認知症対応における役割を俯瞰すると以下のとおりである。

- 〈1〉 認知症を見落とさないように努める。
- 〈2〉 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる。
- 〈3〉 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる。
- 〈4〉 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族へ支援や専門医療に関する情報⁸を適切に提供する。
- 〈5〉 入院早期から退院後の地域における生活を考慮した支援を行う。
- 〈6〉 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容等を十分理解できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う。
- 〈7〉 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療においては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する。

このほか、基本的な認知症対応力の向上を図るために、施設内の専門診療科や地域の認知症の専門医療機関と連携し、コンサルテーション体制を設けることは有用である。

（具体的な対応のポイント）

- 〈1〉 認知症を見落とさないように努める。
 - ▷ 一般医療機関では、身体合併症治療を開始する際に、初めて認知症が疑われる場合がある。本人の希望や価値観を確認しつつ、適切な支援に繋げる上で、特にいわゆる治療可能な認知症（正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫等）を含め、認知症を見落とさないことが重要である。
 - ▷ 認知症の症状の進行や悪化を予防するうえで、早期の発見と早期からの対応がもっとも重要である。一般医療機関の医療従事者が認知症や軽度認知機能障害（MCI）に関する知識を持ち、認知症対応力を高めるため、「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研

⁸ 地域資源マップなどについては、各々の自治体や地域包括支援センター等に確認されたい。一般的な概要については、認知症ケアパスの作成における社会資源シートなどを参考にされたい。厚生労働省のHP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>) では、「認知症ケアパス作成のための手引き」(財形福祉協会)が紹介されている。

修」⁹等を活用した施設内の教育研修を行う。その際、専門職だけでなく、一般の職員の対応力を高めることも重要であり、例えば認知症サポーター養成講座¹⁰の受講を薦めることなどを考慮する。

▶併せて、臨床現場での実践を容易に進めることができる工夫も行う。認知症に関する観察・アセスメントシート¹¹等を活用し、早期発見に努め、早期対応を進め、早期から退院支援を開始する。

〈2〉 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる。

▶認知症の人が苦痛を訴えにくいことがある点に配慮をし、観察に努め、訴えを把握するよう、また症状を緩和するように努める。

▶脱水・低栄養の予防や対応を行う。

▶認知症の症状や合併症治療のリスクを見逃すことが無いよう、チェックリストやアセスメントシートを取り入れた簡便で効果的なプログラムを整備する。

〈3〉 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる。

▶せん妄の予防を行う。

▶過剰な管理を避ける。

▶やむを得ず向精神薬を使用する場合は最小限に留める。

▶身体抑制は原則禁忌であることを徹底する。

▶家族、地域の医療・介護者等から本人の生活状況や、背景情報等を集めるなど、リロケーションダメージの軽減を図る。

〈4〉 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族へ支援¹²や専門医療に関する情報¹³を適切に提供する。

〈5〉 入院早期から退院後の地域における生活を考慮した支援を行う。

▶入院早期から、介護支援専門員等との連携を行い退院に向けた情報共有などを行う。

▶適切な退院調整を行い、避けることのできる再入院や緊急入院を防ぐ。

▶病棟内や部門間での情報共有を進める。

〈6〉 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容等を十分理解できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う。

▶後ろから声をかけるようなことはせず、視線を合わせて話をする。

▶複雑な指示は避け、予告をしてから処置やケアを行う。

⁹ 詳細は各都道府県・政令指定都市の認知症関連の担当窓口にお問い合わせください。

¹⁰ 認知症サポーター養成講座は、地域や職域団体等で開催されており、受講については市町村の認知症施策関係窓口へお問い合わせください。

¹¹ 認知症に関するアセスメントシートについては、例として巻末に国立がん研究センター東病院で使用されている「認知症フローチャート」を附帯したので参照されたい。

¹² 認知症に関する家族向け支援として、「認知症の人と家族の会」は、<http://www.alzheimer.or.jp/>において、全国の支部一覧を示している。

¹³ 専門医療に関する情報として、認知症疾患医療センターについては都道府県・指定都市にお問い合わせください。また、認知症関連の各学会、例えば日本神経学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会、日本精神科医学会などの多くは、それぞれホームページ上で専門医が検索できるようになっており、個別に認知症への対応の可能性について問い合わせられたい。専門医療が認知症の医療・介護において行う役割については、第3章1.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 を参照されたい。

- ▷ 幼児語などは使用せず、認知症の人を尊重した言葉かけを行う。
 - ▷ 認知機能障害の程度により、本人の理解が十分得られないと考えられる場合には、家族等の必要な関係者に十分な説明を行う。
- 〈7〉 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療においては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する。
- ▷ 糖尿病や高血圧といった認知症のリスクとなる生活習慣病について、適切な教育・支援を提供する

第5. 一般医療機関において求められる体制整備の指針

1. 対応体制の構築

- (1) 認知症の人の治療や退院支援に関する管理体制、マニュアル、対応チームの設置等、院内での対応体制を明確にする。
- (2) 療養支援や退院支援の質の担保を図るために、認知症の人の療養生活や退院調整に関して、本人や家族へ具体的に説明できるような資料を整備しておくことが望ましい。
- (3) 認知症に対応するためのコンサルテーション体制を確保する。
 - ① コンサルテーション体制はできるだけ院内で確保することが望ましい。院内での確保が難しい場合には、地域の専門機関（認知症疾患医療センター等）との連携による体制の確保を考慮する。
 - ② コンサルテーションは複数の職種が参画するコンサルテーション・チーム体制が望ましい。コンサルテーション・チームは、専門的な診療を提供するだけでなく、合併症治療に配慮した支援の調整や家族支援、ケアの指導、退院調整への助言等を行い、治療から退院までが円滑に進むように支援するとともに、院内医療従事者の認知症に対する理解を深める取組を行う。
 - ③ コンサルテーション体制の確保に当たっては、日中の勤務帯に加え、夜間や週末など、緊急時の対応方法についても考慮されることが望ましい。
- (4) 院内の情報を集約・共有・検討し、現場での認知症対応の改善に活かす体制を組織する。身体疾患の治療を行う際の種々のリスクについて考慮する際に、認知症を見落とすことのないよう、体制の組織に当たっては、医療安全や退院調整の部門、栄養、リハビリテーション、臨床心理に関する支援、薬剤管理等の部門、認知症の専門診療科等が参画することが望ましい。

（具体的な情報収集の例）

 - ① 入院・外来において、認知症が疑われ、精査が必要と判断される事例について。
 - ② 患者・家族の相談窓口において、認知症が疑われる事例について。
 - ③ 退院直後に予期せぬ再入院や緊急入院となった事例について。
 - ④ 転院や退院調整が遅れたり、時間を要している事例について。
 - ⑤ リハビリテーションに参加しない、指示が理解されにくい等により、リハビリテーションが進まず、日常生活活動が低下している事例について。

- ⑥ 脱水や低栄養状態など栄養サポートチーム（NST）にてリスクありと判断される事例について。
- ⑦ 転倒・転落、ルートトラブル等のインシデント・アクシデントを生じた事例について。
- ⑧ 苦情・要望窓口において、認知症が疑われる事例について。
- ⑨ 地域からの認知症に関する相談事例について。
- ⑩ 退院支援・連携クリティカルパスの作成と改善の現状について。

(5) せん妄の予防・早期対応のための院内レベルでの体制を整備する。

- ① 入院時にせん妄のリスク確認を行い、リスクが高い症例に対しては、せん妄の予防的な取組と、定期的なせん妄症状のモニタリング¹⁴を行う体制を整備する。
- ② 管理者や医療安全担当者が、入院中の患者でせん妄が合併している件数や重症度を把握できる体制を整備する。
- ③ せん妄の予防的な取組や、早期発見、初期対応、疼痛管理、家族への支援、やむを得ず向精神薬を使用する際の適正な使用法等に関するマニュアルを整備する。
- ④ 身体抑制はせん妄の増悪因子である。過剰な抑制はせん妄の遷延・増悪を招き、結果として認知症の症状の進行にも繋がるため、原則は禁忌である。
- ⑤ スタッフに対してせん妄に関する研修会を定期的を開催する。多職種が参加する研修会を考慮する。

せん妄は、急性に発症（通常数時間から数日）し、意識・注意・知覚の障害が出現し、日内変動を示す精神症候群であり、一般に入院中の高齢患者の約30%が発症するとも言われている。認知症の症状と鑑別が難しい場合がある。

せん妄は身体疾患等に起因する意識・注意・知覚の障害であり、緊急の対応が求められる病態である。一般医療機関において認知機能障害を疑った場合、まず最初にせん妄を念頭に置いて診察に当たるほか、必要時には専門診療科・チームにもコンサルトの上、鑑別を行う。

せん妄は多職種の協働による発症予防の取組が重要である。特に、脱水の予防や疼痛管理、感染予防、早期離床などの取組を病棟や施設単位で行うことがせん妄の発症頻度を下げることにつながる。

(6) 対象となる人の認知機能の状態や必要な支援内容についてスタッフが情報を共有する方法を定める。

- ① 認知機能の状態について、情報共有の手順を定める。
- ② 介護者のニーズ、退院後の支援に関する介護者の希望、介護者へどのように説明をしたかなどの情報も記載する。

2. 認知症に関する基本的な教育研修

- (1) 認知症の病態についての教育。
- (2) 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーションの技術についての教育。

¹⁴ せん妄に関するアセスメントシートについては、例として巻末に国立がん研究センター東病院で使用されている「せん妄アセスメントシート」を附帯したので参照されたい。

- (3) せん妄やBPSDの予防・対応についての教育。
- (4) 認知機能障害のある患者の身体症状の評価と対応についての教育。
- (5) 家族が体験することの理解についての教育。

3. 具体的な対応方針

- (1) 病棟・外来でのアセスメントを実施する。
 - ① 入院時に認知機能の評価を行うなど、認知症を見落とさないための取組をすすめる。その際、高齢者については、視聴覚機能の低下が認知機能の評価に影響を与えていないかを評価しておく必要がある。
 - ② 高齢者の入院に際しては、認知機能評価に加えて、IADL (Instrumental Activity of Daily Living、手段的日常生活動作) やADL (Activity of Daily Living、日常生活動作)、抑うつ、栄養状態、服薬状況、社会経済的状态、介護者の状態や療養環境等を含む高齢者の状況に即した、総合的な機能評価を実施する。
 - ③ 総合的な評価等は標準化された尺度・方法を組み合わせて用いることが望ましい。
 - ④ 認知機能障害やBPSDの原因・増悪因子に薬剤が関与する場合があることや、高齢者においては処方薬の重複や副作用が起こりやすいことなども鑑みて、投薬情報についても収集する。地域のかかりつけ薬局との連携体制を構築する。

- (2) 入院の早期から認知機能障害に配慮した適切な退院支援を行う。
 - ① 入院時には認知機能や生活への支障についての評価を行っておき、入院の早期から退院支援を立案・実施する。
 - ② 退院調整支援について、スタッフに対して指導・教育を行うとともに、退院調整を担当するスタッフが、認知症の人・家族の問題やニーズを把握できるようになるための研修を受けるなど、支援に関する技術が向上されるよう努める。
 - ③ 退院時の看護サマリーや診療情報提供には、入院中の認知症やせん妄について、その有無や重症度、実施した対応、介護者の状況、退院後に引き続き必要となる対応等について記載し、地域の医療・介護体制に確実に情報を提供する。その際には、入院中と退院後では環境が異なることにも、配慮することが望ましい。
 - ④ 認知機能障害に配慮をした退院支援を行う。

認知症の人は、実行機能障害から、緊急時（例えば熱発や疼痛が増悪した場合など）に臨機応変に判断したり対応したりすることが難しいことがある。身体合併症の治療を継続する場合等においては、今後起こりうることを予想し、症状が急に増悪する場合などに、本人が判断できるかどうかを想定し、必要に応じて見守り体制を構築するなど、安全に治療が行われるよう配慮する。

（具体的に配慮すべき点の例）

- (ア) セルフケアへの支援
- (イ) 服薬管理
- (ウ) 緊急時の対応
- (エ) 痛みへの対応
- (オ) 家族への支援

家族に関しては、認知症の病態や経過を説明し、認知症の人の世界や苦痛を家族が理解できるように支援をする。家族向けの認知症介護教室等の取組を紹介する¹⁵、退院後の生活を見据えた介護サービス等の導入を入院時から考慮するなどの取組を考慮する。

特に、初めて認知症が疑われた場合には、認知症に関する情報と地域の医療・介護資源に関する情報を提供する。地域の医療・介護資源や相談窓口を把握したマップを活用する。

- ⑤ 認知症が関連する退院支援について手順を定める。手順には、認知症の人の退院については身体的な要因に基づいて判断をすること、認知機能障害のある人や認知症の人の退院の際には、事前に家族に伝えることを明記する。
- ⑥ 早期の退院や対処を阻害するような要因を検討し、認知症に対応した退院支援や地域連携のためのクリティカルパスの作成・普及・使用を推進する。

認知症の人にとって入院をすることは、慣れ親しんだ環境から、画一的で見当識を失いやすい環境への移行であること、複雑でわかりにくい表記がある、モニター音など多様な刺激があるなど、認知症の人には負担がかかる環境である。認知症の人は、現状を把握することが困難なことが多く、予測ができずに不安を生じやすい。予測しない苦痛は、耐えがたいものであり、治療への抵抗に繋がる。これらの心境を理解した関わりが重要である。記憶障害がある場合には、認知症の人が治療内容を理解しながら治療を進められるようわかりやすい説明をする、文書や図に残すなどの配慮も必要である。認知症の人への接し方についても、落ち着いた静かな環境を用意して集中しやすくする、ゆっくりと具体的に説明をする、重要なことは繰り返し説明する、認知症の人の応答を待ちせかさないなど、認知機能障害に配慮をすることが望ましい。また、手術や処置のときまで、状況を伝え、気持ちを読み取るようにする必要がある。また、認知症の人の訴えを傾聴し、理解することも重要である。認知症の人に処置を行う場合には、認知症の人が、今から自分がどうなるのか、“どうすれば良いのか”、医師・看護職員等が今何をしようとしているのか、本人が理解できるようにすることが望ましい。

(3) 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う。

- ① 認知機能障害に配慮したわかりやすい説明を心がける。

認知症の人は、自らの認知機能や実行能力を正しく把握できなくなることや、自分の意向を適切に伝えることができない場合がある。認知機能障害に配慮をしたわかりやすい説明をし、認知症の人が十分に理解しているかどうか確認するとともに、観察や見守りに加え、本人の希望・意思を確認するなどのコミュニケーションを図る。

- ② 認知機能障害のある患者への身体抑制について、実施の判断や実施する際の注意点やリスクアセスメントを含めたマニュアルを整備する。

(4) 認知機能障害に配慮をした環境調整やBPSDへの対応

- ① 認知機能障害に配慮をした環境整備を行う。

(具体的な例)

(ア) 静かで落ち着いた環境を用意する。

(イ) スタッフとの関係に馴染めるよう配慮する。

¹⁵ 例として、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターでは、認知症家族教室のテキスト「認知症ははじめの一步」を公開しているので参照されたい。(http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/20150512.html)

(ウ) 慣れ親しんだものを本人の見える所に置くなどの配慮をする。

(エ) 段差をわかりやすく示すなど視空間認知機能に配慮をする。

② 認知機能障害に配慮をしたケアを行い、積極的な苦痛の緩和を行い、BPSDの予防に努める。

認知症の諸症状や合併症治療のリスクを見逃すことのないよう、チェックリストやアセスメントシートを取り入れた効果的なプログラム等を整備し、ケアの質の担保を図る。

(具体的な例)

(ア) 1日のスケジュールを患者の生活に合わせて組み立てる。

(イ) 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション・接し方を工夫する(関心領域が狭小化していることを考慮し、認知症の人の視線の高さで、視線を合わせて話をする。突然認知症の人の後ろから話しかけたり、長いセンテンスを用いて複数の指示を同時に行うことなどは避ける。認知機能が落ち、忘れやすいということを確認して接する。)

(ウ) セルフケアについて、認知機能障害や患者の好みに合わせた工夫や指導を行う。

(エ) 脱水が生じないように水分摂取を促す。

(オ) 食事摂取が進むように、患者の好みや個別の事情に配慮をする。

(カ) 食事介助ができるスタッフを確保する。食べ物を患者の目線まで持ち上げて、食べ物であることを認識してもらうことで、摂食を促す。食事に関する評価をすることを勧める。

(キ) 食事に関する評価を十分に行う。

(ク) 疼痛の評価を十分に行う。

(ケ) 排泄の評価を十分に行う。

(コ) 認知症の症状やケアの方法について、看護職員間、多職種間で話し合う機会を持つ。

(サ) 認知症の症状やケアの方法について、検査後に帰棟できない場合の対応等について病棟以外のスタッフと共有できるシステム・方法を定める。

(シ) 病棟師長・副師長は、基本的な指導ができるだけの知識・技術を持ち、認知症に関するケアについて病棟スタッフと相談するよう努める。

BPSD への対応

認知症の人へのケアの基本は、落ち着くことのできる環境を整備することと安心できる対応をすることである。これにより、BPSDを予防し対応することが、認知症ケアの基本となる。

BPSDは、行動症状と心理症状に大きく分けることができ、行動症状には、①焦燥・不穏や徘徊などの活動的な障害、②攻撃性、③食欲・摂食障害、④概日リズム障害、⑤社会的に不適切な行動、に分類される。心理症状は、①抑うつ症状など感情の障害、②アパシー、③妄想と誤認性症候群、④幻覚、がある。

BPSDを疑う症状が出現したときには、まずせん妄をできるだけ除外し、身体的な問題がないか、環境面での問題はないか、薬剤の影響はないか、を考えることが原則である。観察するに当たっては、①言語的な側面、②行動を中心とする非言語的な側面の両面から進める。

また、一般医療機関では、通常身体疾患の治療を受けているため、痛みなどの症状を伴いやすい。例えば、大声を出している場合、痛みにより叫び声をあげていても不思議ではない。そ

の場合、優先される治療は、痛みの軽減であり、それが対応策でもある。

一般医療機関における BPSD への対応上で重要な点は、問題行動や迷惑行為として捉えられる行動だけが BPSD ではなく、BPSD には、抑うつや意欲低下（アパシー）のように活動が低下する症状もあることである。特に意欲低下（アパシー）は BPSD の中でも頻度が高く、アルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症では比較的初期から認められる。意欲低下を伴うと、日常生活能力がより強く障害される。抑うつや意欲低下を見落とすことで、低栄養状態や日常生活能力の低下を招き、十分な治療が実施できなくなるおそれがあり、これらの BPSD を常に念頭に置くことが必要である。

(5) 認知症の人やその家族に対して社会的支援を提供する。

- ① 認知症の人やその家族に対して、地域の医療・介護資源についての情報提供を行うためにマップ¹⁶を活用し、連携に関するプランを立案し、随時見直すよう努める。
- ② 身体合併症の治療が終了した後に、退院が円滑にでき、調整に時間を要したりすることのないよう、後方病院や専門医療機関、診療所、介護事業所等との連携体制を構築する。
- ③ 家族などの介護者に対して行う支援を定める。
(支援の具体例)
 - (ア) 患者・家族への精神的なサポートを行う。
 - (イ) 介護者の心身の健康度の評価や介護負担の評価を行い、心理・社会的な問題の把握と解決を支援する。
 - (ウ) 医療・介護に関する基本的な情報の提供を行う。
 - (エ) 食事介助の方法など、介護の方法に関する助言を行う。
 - (オ) 介護者がうまくストレスと付き合うための方法について助言を行う。
 - (カ) 地域包括支援センターへ紹介する、地域の家族会を紹介するなど、地域の専門的な支援等へ引き継ぐ。

第6. 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5人に1人が認知症となる社会において、認知症であるがゆえに、合併する身体疾患の治療機会が制限されることがあってはならない。また、認知症の人の身体疾患の治療対応においては、疾患への対応だけでは不十分であり、介護との連携や、BPSD等に対する適切な専門医療の関わり、早期退院を可能とするような連携体制が必要となる。この整備を通じて、院内での総合的な認知症対応体制が構築されて行くことが望まれる。さらに、退院後の生活を考えれば、認知症の人やそのご家族の希望を尊重し、地域生活を可能とするような地域の医療、介護、民間団体等との連携が必要となるなど、身体合併症への医学的対応にとどまらない、その人の生活全体を見通した対応が必要となってくる。このような対応体制を構築することにより、認知症の人、家族、医療・介護従事者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社会へとつながっていくのではないかと考える。

¹⁶ 地域資源マップなどについては、各々の自治体や地域包括支援センター等に確認されたい。一般的な概要については、認知症ケアパスの作成における社会資源シートなどを参考にされたい。厚生労働省のHP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>) では、「認知症ケアパス作成のための手引き」(財形福祉協会)が紹介されている。

また、こういった対応は、今後日本が超高齢社会を迎えるに当たって、決して認知症への対応だけに必要とされるものではない。この手引きが、そのような対応体制を整備するに当たっての、臨床現場で活躍されている医療関係者の多少の助けになれば幸いである。

認知症アセスメントシート

- 70歳以上の入院
- 治療・ケアを進めるうえでの課題の発生
(転倒、脱水、食事摂取不良、コンプライアンス不良(服薬管理、セルフケア、リハビリ))

STEP0 まずせん妄の確認

- “注意の障害”
(つじつまが合わない、行動にまとまりがない)
- 症状の急激な変動
- 意識障害 または 解体した思考

はい → せん妄への対応を開始
身体要因の検索・治療

今までに「認知症」の診断を受けている

はい

STEP1 もしかして認知症？

いいえ

分野	具体的な反応	◎みる ◎はなす ◎(家族に)きく
記憶	物事を忘れてしまう ◎入院している理由、今後の治療のスケジュール ◎入院してからの期間 ◎担当医の説明を覚えていますか？ ◎家族が代わりに答えていないか注意	
複雑性注意	集中して一つの物事に取り組むことができない ◎ちょっとした物音で中断する	
実行機能	今まで出来ていたことが出来なくなる ◎家族がいないときに熱が出たらどうするか、詳しく聞いてみよう ◎身だしなみやベッドサイド ◎リハビリ、ケア、食事は自主的にできますか？ ◎シャワー、リモコン、電話などの道具を使えますか？ ◎買い物は独りでできますか？(買い忘れ、買い間違い、おつりの計算ができない)	
社会的認知	自分の置かれている状況を正しく理解できない ◎まわりの様子をつかんだり配慮したりできますか？(場の雰囲気、状況など)	
視空間認知	方向や距離感がつかめない ◎部屋を間違える、ベッドに斜めに寝る	
言語	言葉がうまく使えない ◎代名詞が多い？(あれ、それ)	
IADL確認	薬はしっかりと使えていますか？(飲み間違い・飲み忘れ、頓用の使用) 食事の準備はできますか？ 一人でバスや電車を利用できますか？(切符を買う、乗り換える) 電話をかける、金銭管理、洗濯掃除	

STEP2 身体の苦痛は？

必ず自分の目で確認！全身を見直してみよう

注意したい症状	観察項目
疼痛	<input type="checkbox"/> 痛みの評価(尺度) <input type="checkbox"/> 苦しそうな表情・泣く・叫ぶ <input type="checkbox"/> かばうしぐさ <input type="checkbox"/> 血圧・脈拍の変化、発汗
低栄養・脱水	<input type="checkbox"/> 食事・飲水量を実際に確認 <input type="checkbox"/> 体重変化の確認 <input type="checkbox"/> 口腔のトラブル・嚥下・義歯・かみ合わせ <input type="checkbox"/> 食事の食べ方を実際に観察 (注意がそれる、気が散る、蓋を取らない、ハシが使えない) <input type="checkbox"/> 口唇、舌、腋窩の乾燥、皮膚のハリ
昼夜のリズム (睡眠)	<input type="checkbox"/> 夜はしっかりと眠れているか <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input type="checkbox"/> 日中の過度な眠気
便秘	<input type="checkbox"/> 排便のリズム(経過表で確認) <input type="checkbox"/> 腹部の張りや圧痛 <input type="checkbox"/> 食事量の減少

不快に感じる環境では？

音や光（外からの光、反射）などの刺激 ルート類 見当識を失いやすい 大勢の人

STEP3 対応を工夫しよう

認知機能障害のある（注意が持続しにくい）方との接し方の工夫

環境

静かな環境

声をかける

- 視野に入って声をかける
- 目線は低く
- 普段よりも一歩踏み込んで
- 顔を隠さない、影のかからないよう
- 目線をつかんでから話を始める
- 複数の刺激を組み合わせる

話す

- 会話は短く、具体的に
- ゆっくり、はっきり
- 話題は一つずつ
- 大事なところは繰り返す
- ゆっくり待つ（10秒ルール）
- 話をさえぎらない

項目	認知機能障害への配慮の工夫
記憶障害	<input type="checkbox"/> 一日のスケジュールを見えるところに置く <input type="checkbox"/> 親しみを感じている持ち物は見つけやすいところに置く
視空間認知障害	<input type="checkbox"/> 照明を明るくする、床の反射を減らす <input type="checkbox"/> コントラストをつける
実行機能障害	<input type="checkbox"/> 分かりやすい環境（時間：不意打ちをしない、空間：目印をつける、：人：顔写真を置く、ケアの予定表を置く） <input type="checkbox"/> 選択肢の提示は簡単にわかりやすく <input type="checkbox"/> 行動をうながす、声をかける <input type="checkbox"/> 言語以外のメッセージにも気を配る（家族にサポートを依頼する）
言語障害	<input type="checkbox"/> 要点は書く、メモに残す <input type="checkbox"/> 図で示す

STEP4 評価を共有しよう

チーム内で共有	<input type="checkbox"/> “できること・できないこと”、“好きなこと・嫌いなこと” <input type="checkbox"/> 継続して評価することを確認 <input type="checkbox"/> 治療を進めるうえで予測されること・対応したほうがよいこと
病棟以外のスタッフと共有	<input type="checkbox"/> 検査や処置で注意をすること、対応上の工夫
コンサルテーションの依頼	<input type="checkbox"/> 認知機能評価と対応、今後の支援について相談

STEP5 連携・退院支援

退院だけでなく安心して過ごすために必要なことを考える

項目	検討する内容
退院後の治療計画	<input type="checkbox"/> 退院後に予測されること <input type="checkbox"/> 服薬管理（定期内服と頓用、服薬確認・支援） <input type="checkbox"/> 緊急時対応（熱発時、痛みが悪化した時に独りで対処できるか） <input type="checkbox"/> 食事の準備・脱水の予防
支援スタッフとの共有	看護サマリ、診療情報提供、申し送りに書こう <input type="checkbox"/> 認知症、せん妄の状況の共有 <input type="checkbox"/> 観察を続けたほうがよいこと <input type="checkbox"/> 家族の支援体制（認知機能障害の可能性を伝えましたか？）
認知症・せん妄のフォロー体制	<input type="checkbox"/> 家族・介護者への初期支援（情報提供と引継ぎ） <input type="checkbox"/> 外来担当医、在宅医への申し送り <input type="checkbox"/> 専門機関の受診（認知症疾患医療センター、精神科、神経内科、など）

せん妄アセスメントシート

STEP 1 せん妄のリスク

70歳以上 脳器質障害(脳転移含む) 認知症 アルコール多飲 せん妄の既往
ベンゾジアゼピン系薬剤内服 その他()

当てはまらない

経過観察

状態一括登録
「なし」に登録

当てはまれば

POINT 「何か変？」と感じた行動や言動を
チェックしよう

STEP 2 せん妄症状のチェック

	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	<input type="checkbox"/> 注意の欠如・意識レベルの変容 <input type="checkbox"/> 注意の欠如	<ul style="list-style-type: none"> ●ボーっとしている ●もうろうとしている ●今までできていたことができなくなる ⇒内服管理ができなくなる ⇒服装がだらしなくなる、ベッドの周りが散らかっている など ●視線が合わずに、キョロキョロしている ●ルートに触ったり、体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す ●周囲の音や看護師の動きに気をとられる
話す	<input type="checkbox"/> 注意の欠如・意識レベルの変容 <input type="checkbox"/> 注意の欠如	<ul style="list-style-type: none"> ●質問に対する反応が遅い ●目がギラギラしている ●話がまわりくどく、まとまらない ●感情が短時間でころころと変わる ●何度も同じことを聞く ●質問と違う答えが返ってくる ●焦燥感が強く、落ち着かない ●つじつまがあわない ●話に集中できない
聞く	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	見当識障害(急に出現する場合) (時間) ●今日の日付を聞く ●今の時間が何時頃か聞く (場所) ●今いる場所について尋ねる⇒自宅から病院までどうやって来るか聞いてみる
	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	近時記憶の障害(急に出現する場合) ●最近あった出来事を覚えているか聞く ⇒朝ごはんのメニューを覚えているか ⇒入院した日にちや治療した日を覚えているか
	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	●「ボーっとしたり、普段と比べて考えがまとまらなくなることがありますか？」と目覚症状の有無を聞く
確認する	<input type="checkbox"/> 急性発症もしくは症状の変動	●上記のような症状の出現や以前と様子の変化がないか、家族や患者と関わっているスタッフに聞いたり、カルテを確認する

当てはまれば

当てはまらない

STEP 2.5 せん妄ハイリスク対応

- せん妄になりやすい注意する時期や要因をアセスメント
- せん妄を予防するケアの実施
疼痛コントロール 脱水の予防
活動を促す ベンゾジアゼピン系の使用を避ける
- せん妄ハイリスクについて共有
・「せん妄ハイリスク」とカルテに記載
・看護計画「急性混乱」を立案
・カンファレンス等で情報や対応方法を共有
・せん妄ハイリスクパンフレットを用いて、患者・家族に説明

その後の次の時に評価を繰り返す

- ・1週間に1回
- ・手術後1病日、3病日、5病日
- ・病状の変化、「何か変？」と感じた時

STEP 3 せん妄対応

- せん妄の出現時期から原因についてアセスメントし、せん妄の見通しをもって、患者目標を検討
- せん妄について共有
・「せん妄症状が疑われる」とカルテに記載
・看護計画「急性混乱」を立案
・状態一括登録で「せん妄」に変更
・医師に「せん妄症状あり」を報告(初回のみ)
- 情報共有のための、カンファレンスを検討
- せん妄パンフレットを用いて、患者・家族に説明

※大事なことは、まずせん妄予防とケアが
すぐに始まること

体	<input type="checkbox"/> 炎症	感染兆候の検索と対応、熱苦痛の緩和
	<input type="checkbox"/> 低酸素	低酸素の評価と酸素投与の検討
	<input type="checkbox"/> 電解質異常 (Na, Ca)	採血データの確認、補正
	<input type="checkbox"/> 脱水	飲水励行、脱水補正
	<input type="checkbox"/> 便秘	排便の確認、排便コントロール
	<input type="checkbox"/> 疼痛	疼痛の評価と適切な疼痛マネージメント
	<input type="checkbox"/> 睡眠への障害	睡眠時間中のケア、処置を極力避ける
環境	<input type="checkbox"/> 低活動	日中の活動を促す、身体拘束をさける
	<input type="checkbox"/> 難聴、視覚障害	眼鏡、補聴器の使用、耳垢の除去
	<input type="checkbox"/> 環境変化による戸惑い	安全な環境作り、危険物の持ち帰りを検討 転換・部屋移動を避ける
心	<input type="checkbox"/> 理解力低下	適切な照明とわかりやすい標識 見当識を促す(時計とカレンダーの設置) 家族と友人との定期的な面会
薬	<input type="checkbox"/> せん妄の原因となる薬	中止・減量が可能な検討 ベンゾジアゼピン系、オピオイド
	<input type="checkbox"/> せん妄症状を改善する薬	リスパリドン、クエチアピン、など

国立がん研究センター東病院

資料編

「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」
(第1回)

— 議事次第 —

日時：平成27年9月9日(水)

13:00～15:00

場所：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間

1. 開会

2. 挨拶

3. 議事

(1) 今後の進め方(案)について

(2) 自由討議

4. 閉会

<配布資料>

議事次第

研究会構成員名簿・座席表

資料1 事業実施計画書

資料2-1 新オレンジプラン参考資料

資料2-2 本事業に関連する平成27年度の老人保健健康増進等事業

資料2-3 認知症医療・介護連携の枠組み構築のためのモデル事業

資料3 今後の進め方(案)

資料4-1 新オレンジプランの抜粋

資料4-2 平成25年度老人保健健康増進等事業「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の
在宅支援のあり方に関する調査研究事業」報告書の概要

資料4-3 同報告書の抜粋

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分）
事業実施計画書及び所要額内訳書

都道府県名、市町村名又は法人名
株式会社 富士通総研

1. 事業実施計画書

テーマ番号 ※実施要綱別紙に該当する テーマ番号を記入すること	32
---------------------------------------	----

① 事業名	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調査研究事業
② 事業実施目的	認知症の人ができる限り地域での生活を継続していけるようにするために必要な、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への対応における専門科の協力や退院パスウェイの設定等、入退所・入退院を含む医療・介護の有機的な連携を行う循環型の仕組みのあり方について、関係の有識者や医療・介護従事者等から成る研究会にて検討・整理する。
③ 事業実施計画	上の目的を踏まえ、関係の有識者や医療従事者等から成る研究会を開催し、入退所・入退院を含む医療・介護の有機的な連携のあり方について、議論・検討等を通じ整理、認識の共有を行う。
④ 事業内容	<p>認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、関係者が実践できる医療・介護等の連携の仕組み（循環型の仕組み）について認識・見解等の集約を図り、提案をまとめる。</p> <p>議論・検討にあたっては、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断～BPSD への対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的な関わり方や役割 2. 一般病院等における身体合併症への治療に際して、精神科医リエゾンなど専門科の協力 <p>について、作業部会での検討により、研究会での効率的かつ円滑な検討を図る。</p> <p>議論・検討結果等をまとめた成果は、報告書の配布、ホームページでの公開により広く共有を図る。</p>

研究会の開催計画

1. 委員（現時点での想定・案）

(1) 研究会

- 全体で20名程度とし、有識者・学会・事業者団体等をバランスよく構成することを想定。

有識者	国立の教育・研究機関の代表など数名程度
学会	認知症や高齢期の医学等に関する学会の代表など各1名程度
関係の事業団体等	医師・看護師等の職能団体や、医療機関・介護サービス事業者等の団体等の代表など、各1名程度

(2) 作業部会

- 研究会では時間的にも密度的にも難しいが整理が必要なテーマ（専門科の協力体制や、退院パスウェイのたたき台等）については、関係する委員や専門家を委員とする作業部会（3回程度）を設けて原案を整理し、研究会に提示する形を想定。
- 作業部会は、医療・介護の有機的な連携のための認知症専門医療の在り方を検討する部会（作業部会1：認知症専門医療分野）と、一般病院における認知症対応院内体制（身体合併症）の在り方を検討する部会（作業部会2：身体合併症分野）の2つの設置を想定。
- 委員には、国立の教育・研究機関の代表、認知症や高齢期の医学等に関する学会の代表、医師・看護師等の職能団体や医療機関・介護サービス事業者等の団体等の代表等のうち、それぞれの検討テーマに該当する実務経験豊かな専門家（代表ではない）を想定。
- 委員の他に、会議においては、検討材料として、実態等を紹介頂くための参考人の招致を必要に応じ想定。

2. 研究会のスケジュールと議題（現時点での想定・案）

- 作業部会において実質的・具体的な検討・取りまとめを行い、その結果を研究会で確認し、認識・見解等の集約を図り、提案をまとめる。

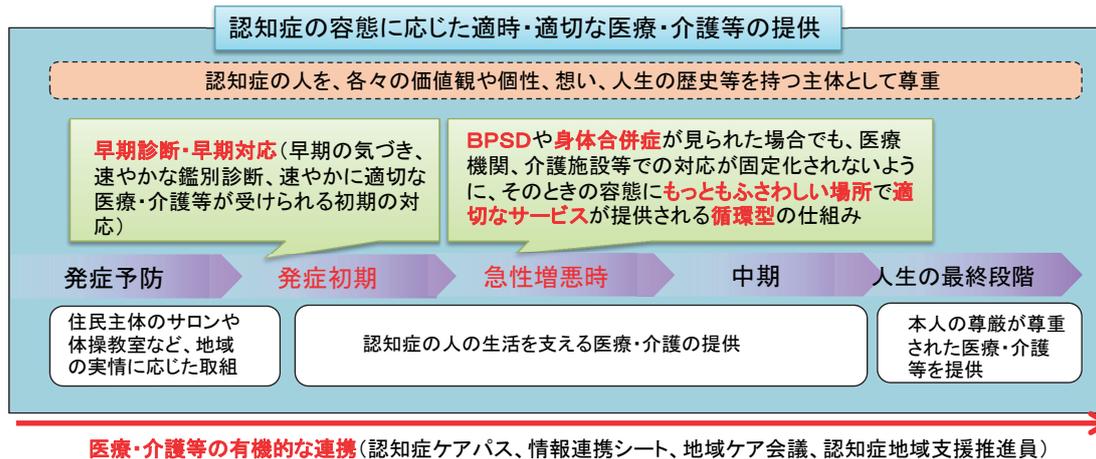
回	開催時期	議題(案)	
		研究会	作業部会1・2
1	8月後半～ 9月前半	論点・課題の確認 検討スケジュールの確認 作業部会で原案を作成するテーマの設定 循環型の仕組みについての各委員の抱負・ 自由意見交換	
2	9月中下旬		検討テーマとゴール、作業スケジュール の確認 作業部会委員の役割分担 各委員のアイデア等の持ち寄り・議論 参考人による事例紹介(必要に応じ)
3	10月中下旬		研究会への提出案の確定
4	11月中旬	作業部会からの原案提示と質疑・議論	
5	12月中旬	とりまとめの議論	研究会での指摘・提案等を踏まえた最終 案の取りまとめ
6	1月後半～ 2月前半	作業部会からの検討・整理結果(最終成果) の確認	

3. 検討結果のとりまとめイメージ

- 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療の在り方の手引き
- 一般病院における認知症対応院内体制マニュアル（精神科医リエゾン等）

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 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、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(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提供される循環型の仕組みを構築。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。また、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、その質の向上と効率化を図っていく。【厚生労働省】



「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調査研究事業」について
(平成27年度 老人保健健康増進等事業)

【目的】

認知症の人ができる限り地域での生活を継続していけるようにするために必要な、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への対応や入退所・入退院における、**医療・介護等の有機的な連携を行う循環型の仕組みの在り方について**、関係の有識者や医療・介護従事者等から成る研究会にて検討・整理する。

【事業内容】

認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、関係者が実践できる医療・介護等の連携の仕組み（循環型の仕組み）について認識・見解等の集約を図り、提案をまとめる。

以下のようなテーマについて検討することを想定。

1. 診断～BPSDへの対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的関わり方や役割
2. 一般病院等における身体合併症への治療に際して、精神科医リエゾンなど専門科の協力

第4回認知症医療介護推進会議資料より

「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」について
(平成27年度 老人保健健康増進等事業)

【目的】

認知症の容態の変化（発症予防～人生の最終段階）に応じて認知症の方の支援に関わる関係者が情報共有の上、医療・介護等が適時・適切に提供されるよう**医療・介護連携のための情報共有ツールの雛形を提示する。**

【事業内容】

認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、医療・介護の連携と情報共有のためのツールについて検討し、雛形の案をまとめる。

【新オレンジプランの記載】

「認知症は今や一般的な病気（Common Disease）であり、診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、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～様々な主体が関わることから、医療・介護関係者等の間の情報共有が重要である。」「このため、認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な情報連携ツールの例を提示することなどを通じて、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。」

第4回認知症医療介護推進会議資料より

- ▶ 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み（*）の構築を目指している。
 - * 早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（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仕組み
- ▶ 市町村の地域ケア会議に、認知症の鑑別診断やBPSD対応を行う専門医療機関や身体合併症への対応を行う医療機関が必要に応じ参画し、個別事例から浮かび上がる認知症に関する地域課題の検討・解決を行うことが望ましいが、これら認知症に関わる医療機関が参画できる体制は必ずしも十分に整っていない状況にある。
- ▶ このため、都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で認知症に関わる医療機関と圏域内の市町村の地域包括支援センター等が集まる場を設け、地域における情報連携シート等、認知症医療と介護の連携の在り方を議論することを通じて連携の枠組みを構築し、市町村の地域ケア会議で適切に認知症医療・介護連携がなされるように促す。

都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で会議を開催

市町村圏域を超えて認知症医療に関わる医療機関を集め、地域における認知症医療と介護の連携の在り方を議論
⇒ 市町村単位での認知症医療・介護連携の枠組み構築を目指す

【圏域内の】

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者（地区医師会等）
- ・介護関係者（ケアマネジャー、介護サービス事業者等）
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員 等



【圏域内の】

- ・認知症疾患医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

現在の市町村地域ケア会議の姿

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者（かかりつけ医等）
- ・介護関係者（ケアマネジャー、介護サービス事業者等）
- ・自治会、民生委員等
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員 等

- ・認知症疾患医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

✓ 参画できる体制が必ずしも十分に整っていない

目指すべき市町村地域ケア会議の姿

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者（かかりつけ医等）
- ・介護関係者（ケアマネジャー、介護サービス事業者等）
- ・自治会、民生委員等
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員 等

- ・認知症疾患医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

◎ 認知症医療と介護の連携

今後の進め方(案)

- 認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、関係者が実践できる医療・介護等の連携の仕組み(循環型の仕組み)について認識・見解等の集約を図り、提案をまとめる。
- 作業部会を設置し、そこでの検討により、研究会での効率的かつ円滑な検討を図り、提案の雛形を作成する。検討結果を議論し、成果としてまとめる。
- 現場の実態等を反映するため、各テーマに関係する参考人を作業部会で招聘し、ヒアリングなども検討する。

回	時期(予定)	議事(予定)
1	9月9日	テーマ・スケジュール・進め方等の確認
2	12月中旬	作業部会から、研究会へ各テーマに対する提案の案を提出案について討議し、修正等について討議
3	2月下旬	作業部会から、修正案を提出、研究会にて確認

作業部会のテーマ(案)と成果物の例

- 診断～BPSDへの対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的関わり方や役割
⇒ 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療の在り方の手引き等
- 一般病院等における身体合併症への治療に際しての対応体制の整備、精神科医リエゾンなど専門科の協力、認知症のリハビリテーションの在り方等について
⇒ 一般病院における認知症対応院内体制マニュアル等

作業部会の進め方(案)

時期(予定)	議事(予定)
9月下旬～11月上旬	有識者・現場担当者のヒアリングを含め、2回程度の作業部会を開催し、成果物の案を作成。
1月上旬	研究会での議論を踏まえ、成果物の修正案を作成。

作業部会構成員名簿（案）（五十音順、◎部会長、○副部会長）

作業部会1：認知症の専門医療分野

氏名	所属団体・役職
新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授
○ 数井 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
助川 未枝保	特別養護老人ホーム「じょうもの郷」 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
◎ 松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長

作業部会2：身体合併症の分野

氏名	所属団体・役職
新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授
池田 修一	信州大学医学部内科学第三講座 教授
○ 小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科長臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長
小川 聡子	医療法人社団 東山会調布東山病院院長
加藤 滋代	学校法人藤田学園藤田保健衛生大学病院神経内科 看護主任
熊谷 頼佳	医療法人京浜会・京浜病院 理事長
清水 恵一郎	阿部医院 院長
中西 亜紀	大阪市立弘済院病院 神経内科部長
瀧野 勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会 常任理事
◎ 松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長

ヒアリング対象について（案）

作業部会1（認知症の専門医療分野）	在宅医療に関する現場担当者・有識者
作業部会2（身体合併症の分野）	救急医療に関する現場担当者・有識者 認知症のリハビリテーションに関する現場担当者・有識者

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～
（抜粋）

平成 27 年 1 月 27 日

第 2. 具体的な施策

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

2025（平成37）年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする循環型の仕組みを構築することで、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、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。

(1) 本人主体の医療・介護等の徹底

- 認知症の人の状態は、周囲の人々やケアの状態を反映する鏡とも言われる。認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、人生の歴史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、支援していくことが重要である。
- このような本人主体の医療・介護等の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、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とを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく。

(2) 発症予防の推進

- 加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が認知症

の危険因子、運動、食事、余暇活動、社会的参加、認知訓練、活発な精神活動等が認知症の防御因子とされている。認知症の発症予防については、運動、口腔に係る機能の向上、栄養改善、社会交流、趣味活動など日常生活における取組が、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンや体操教室の開催など、地域の実情に応じた取組を推進していく。

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備

(かかりつけ医等の対応力向上や認知症サポート医の養成等)

- 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導のほか、地域、職域等の様々な場における、町内会、企業や商店、ボランティアやNPO、警察等による様々なネットワークの中で、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体制を構築していく。
- このためには、「1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」に掲げた施策のほかに、まず何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要である。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めるほか、認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）】（目標引上げ）

2013（平成25）年度末実績 38,053人

⇒ 2017（平成29）年度末 60,000人

* 高齢者人口約600人に対して1人のかかりつけ医が受講するという基本的考え方を約500人に1人に引き上げ、2017（平成29）年度末50,000人の目標を60,000人に上方修正。

【認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）】（目標引上げ）

2013（平成25）年度末実績 3,257人

⇒ 2017（平成29）年度末 5,000人
* 一般診療所（約10万）25か所に対して1人のサポート医を配置という基本的考え方を20か所に1人に引き上げ、2017（平成29）年度末4,000人の目標を5,000人に上方修正。

- また、かかりつけ機能に加えて地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待される。歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。このため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

【歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修（仮称）】（新設）

2015（平成27）年度 研修の在り方について検討

⇒ 2016（平成28）年度～ 関係団体の協力を得て研修実施

（認知症疾患医療センター等の整備）

- 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必要がある。
- 認知症疾患医療センターについては、都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行うことで、PDCAサイクルにより認知症疾患医療センターの機能を確保していく。

【認知症疾患医療センターの数】

2014（平成26）年度見込み 約300か所

⇒ 2017（平成29）年度末 約500か所

* 目標自体は変更しないが、基幹型、地域型及び診療所型の3種類の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする。

(認知症初期集中支援チームの設置)

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進する。市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置き、認知症専門医の指導の下、複数の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。

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

2014(平成26)年度見込み 41市町村

⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村で実施

* 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。)を踏まえ、新たに目標を設定。

(早期診断後の適切な対応体制の整備)

- 認知症は早期診断を行った後の対応体制の整備が重要である。早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進する。

(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

(循環型の仕組みの構築)

- 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・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。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。

認知症を含む精神疾患は、医療計画に位置づけられていることを踏まえ、都道府県は地域における医療提供体制の整備を進めることとする。

- 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、その質の向上と効率化を図っていく。具体的には、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医師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。

（行動・心理症状（BPSD）への適切な対応）

- 行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）を予防するほか、行動・心理症状（BPSD）が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。
- 行動・心理症状（BPSD）に投薬をもって対応するに当たっては、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」等の普及を図っていく。また、複数の医療機関からの投薬による内服薬の重複や副作用等が頻回にみられるとの指摘もあり、地域医療における投薬の調整に資する取組みを進める。
- 行動・心理症状（BPSD）に対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。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（昭和25年法律第123号）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。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束等の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘

束等を行う場合の適正な手続き等が定められている。引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってはそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について、検討を進める。

- 認知症の人の入院においては、行動・心理症状（BPSD）が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲弊してから認知症の人を入院させることがあるため、入院し、行動・心理症状（BPSD）が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化すると負の連鎖があることがある。早期診断・早期対応を推進するとともに、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの視点に立って、家族の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援を推進する。
- 精神科病院における認知症の人の入院に関しては、標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場として、長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割を分担し、連携を図ることが望まれる。なお、慢性の行動・心理症状（BPSD）及び中等度から重度の身体合併症を伴う場合等においては、長期的に専門的な医療サービスが必要となることもある。
- 認知症の人に精神科病院における医学的な治療が必要かどうかについては、介護力、サービス支援、受け皿等の地域差異が大きく、入院が必要な状態を一律に明確化することは困難であるが、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が考えられる。
- また、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観点からも、早期退院・退所を阻害する要因を検討した上で、地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成を進め、医療機関・介護施設等からの円滑な退院・退所や在宅復帰を支援する。

(身体合併症等への適切な対応)

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。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、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。
- 身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高めること、及び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がともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。

【一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】

2013(平成25)年度末実績 3,843人

⇒ 2017(平成29)年度末 87,000人

* 病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講という基本的考え方は変更せず。

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

【看護職員の認知症対応力向上研修(仮称)】(新設)

2015(平成27)年度 研修の在り方について検討

⇒ 2016(平成28)年度～ 関係団体の協力を得て研修実施

(適切な認知症リハビリテーションの推進)

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、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、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。

(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

(介護サービス基盤の整備)

- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型サービスなどの訪問・通所系サービスを受けたり、認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）や有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に沿って、介護サービス基盤の整備を進めていく。
- 特に認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待されている。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化する取組みを進める。その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、認知症への対応力を向上することが求められており、これらの機能を発揮できるような仕組みの整備を進めていく。

(良質な介護を担う人材の確保)

- 認知症の人への介護に当たっては、認知症のことをよく理解し、本人主体

の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供することが求められている。このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。

- このため、現場経験おおむね2年以上の者が認知症介護の理念、知識及び技術を修得するための「認知症介護実践者研修」⇒現場経験おおむね5年以上の者が事業所内のケアチームの指導者役となるための「認知症介護実践リーダー研修」⇒現場経験おおむね10年以上の者が研修の企画立案・講師役等となるための「認知症介護指導者養成研修」というステップアップの研修体系について、医療・介護等の連携に資するよう、必要な研修内容の見直しを行った上で、eラーニングの部分的活用など研修を受講しやすい仕組みの導入を図りつつ、受講者数の増加を図る。その際、研修ニーズに的確に対応できるよう、一定の質の担保を前提とした上で、都道府県等から関係団体への研修の委託等の取組を推奨していく。また、これらの研修の修了者が介護現場だけでなく、地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるようにしていく。

【認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）】

2013（平成25）年度末実績 1,814人

⇒ 2017（平成29）年度末 2,200人

* 中学校区（約11,000）5つ当たり1人が受講という基本的考え方は変更しない。また、必要な研修内容の見直しやeラーニングの部分的活用など研修を受講しやすい仕組みの導入について、2015（平成27）年度に検討を行い、2016（平成28）年度からの実施を目指す。

【認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）】

2013（平成25）年度末実績 2.9万人

⇒ 2017（平成29）年度末 4万人

* すべての介護保険施設（約15,000）とグループホーム（約14,000）の職員1人ずつが受講し、加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員はすべての中学校区（約11,000）内で1人ずつが受講という基本的考え方を改め、認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）と認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）の2013（平成25）年度末実績の比率（約1：16）を用いて、2017（平成29）年度末の認知症指導者養成研修の受講者数（累計）の目標値から算出。また、必要な研修内容の見直しやeラーニングの部分的活用など研修を受講しやすい仕組みの導入について、2015（平成27）年度に検討を行い、2016（平成28）年度からの実施を目指す。

【認知症介護実践者研修の受講者数（累計）】（目標新設）

2013（平成25）年度末実績 17.9万人

⇒ 2017（平成29）年度末 24万人

* 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）と認知症介護実践者研修の受講者数（累計）の2013（平成25）年度末実績の比率（約1：6）を用いて、2017（平成29）年度末の認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）の目標値から新たに算出。また、必要な研修内容の見直しやeラーニングの部分的活用など研修を受講しやすい仕組みの導入について、2015（平成27）年度に検討を行い、2016（平成28）年度からの実施を目指す。

- さらに、新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識・技能をeラーニングの活用により修得できる研修として、新たに認知症介護基礎研修（仮称）を導入することとし、認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員がこれを受講することを目指す。

【認知症介護基礎研修（仮称）の受講者数（累計）】（新規）

⇒ 認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員の受講を目指す

* eラーニングの活用により新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識・技能を修得できる研修について、2015（平成27）年度にモデル事業を行い、2016（平成28）年度からの実施を目指す。

(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要であり、その在り方について検討を進める。特に認知症の人には意思能力の問題があることから、例えば延命処置など、将来選択を行わなければならない場面が来ることを念頭に、多職種協働により、あらかじめ本人の意思決定の支援を行っておく等の取組を推進する。

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

（認知症ケアパスの確立）

- 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ（「認知症ケアパス」）を確立することが必要である。2015（平成27）年度からの第6期介護保険事業計画の策定に当たっては、地域で作成した「認知症ケアパス」を踏まえて介

護サービス量の見込みを定めるよう求めている。また、認知症ケアパスは、地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の人一人ひとりのケアパスに沿って、支援の目標を設定し、これが認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるように、その活用を推進していく。

(医療・介護関係者等の間の情報共有の推進)

- 認知症は今や一般的な病気（Common Disease）であり、診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、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。特に、早期診断・早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、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から、医療・介護関係者等の間の情報共有が重要である。
- 例えば行動・心理症状（BPSD）が生じている原因や背景については、医療・介護等の双方の視点から身体的要因や環境要因のアセスメントについて意見を交わすことが重要である。まずは、介護関係者が医療関係者の診断をしっかりと理解し、それを生活の支援に活かしていく一方で、例えば投薬が認知症の人の生活にどのような変化をもたらしているかについて、医療関係者が介護関係者からフィード・バックを得ることが、適切な診断や投薬に繋がっていくことも考えられる。かかりつけ医等と介護支援専門員等を中心として、医療・介護関係者が顔の見える関係を築き、コミュニケーションを取りながら連携を図っていくことが重要である。
- このため、認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な情報連携ツールの例を提示することなどを通じて、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。その際、情報連携ツールそのものも重要であるが、地域ごとに認知症の医療・介護等に携わる関係者が集まり、使いやすい情報連携ツールについて議論を交わすプロセス自体も、顔の見える関係の構築を通じて、医療・介護等の連携に資するものと考えられる。このような取組に併せ、地域ケア会議において、認知症に関わる地域資源の

共有・発掘や連携を推進する。

【認知症情報連携シート（仮称）の整備】（新設）

2015（平成27）年度 研究事業で連携シートの雛形を提示

⇒ 2016（平成28）年度～ 地域の実情に応じた連携シートの活用を推進

（認知症地域支援推進員の配置）

- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じすべての期間を通じて必要な医療・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ことが重要である。このため、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認知症地域支援推進員を配置し、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。

【認知症地域支援推進員の人数】（目標引上げ）

2014（平成26）年度見込み 217市町村

⇒ 2018（平成30）年度～ すべての市町村で配置

* 医療介護総合確保推進法を踏まえ、新たに目標を設定。

- 認知症については、医学的な管理と日々の生活を支える介護の双方が重要であり、両者が同じ方向性を共有しながら一体的に提供される必要がある。このため、医療・介護等の有機的な連携を推進する目的で作成された「認知症ライフサポート研修（認知症ケアに携わる多職種協働研修）テキスト」や「認知症および家族への対応ガイドライン」等について、認知症地域支援推進員等による積極的な活用を推進する。

（地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進）

- 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。このためには、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターが地域の実情に応じて有機的に連携することが不可欠であることから、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。

平成25年度老人保健健康増進等事業「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業」より

3.できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは

地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制

- 診断・相談等への対応
- 標準的な認知症の治療内容の広報・普及
- 早期診断・早期対応の体制への積極的関与
- 退院支援
- アウトリーチ(訪問)の拡大

身体合併症に対する医療体制

- 精神科リエゾン
- 医師や看護師等への研修

地域での生活を支える介護体制

- 介護の専門性・質の向上
- 早期対応が可能な体制
- 地域移行・居宅復帰の支援
- 家族への支援
- 地域づくり

平成 25 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

行動・心理症状等が増悪した
認知症の人の在宅支援のあり方に関する
調査研究事業

2014 年 3 月

株式会社 富士通総研

3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは

認知症の人が、精神科病院への入院が必要な状態になったとしても、一定の入院期間の後に、退院し、退院後にもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域において、次のような環境を整える必要がある。

- 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制
- 身体合併症に対する医療体制
- 地域での生活を支える介護体制

3.1. 地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制

(1) 診断・相談等への対応

介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を広げるためには、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事業所等への後方支援が不可欠である。

具体的には、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医師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。このためにも、精神科医療は、機能や体制が、具体的に「見える化」され、地域から見て、一層身近で気軽に頼れるような存在となっていくことが求められる。

また、一般的には認知症を専門としない精神科医が多いことから、介護事業所等への後方支援体制の整備に向けては、認知症を専門とする精神科医を増やすことも必要となる。

(2) 標準的な認知症の治療内容の広報・普及

研究会で議論を進める中で、精神科病院において、認知症の人にどのような治療を行っているのかを明らかにする必要があるという指摘があったことから、委員から、急性期認知症入院クリニカルパス^{*8}が紹介され、入院日数の短縮や医療費の適正化といった導入効果があることが示された。また、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン^{*9}」も出され、認知症の治療の標準化の試みがなされている。

しかしながら、このような精神科病院における認知症の人への標準的な治療内容（クリニカルパスやガイドライン）は、患者・家族や認知症を専門としない医療関係者にはあまり知られておらず、今後は、全国の精神科病院への普及や、精神科の入院治療内容が一般の人から見て、具体的に理解され易くするような取組を進めていく必要がある。

^{*8} クリニカルパスとは、患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法（日本クリニカルパス学会 HP より）、クリティカルパスともいう。

^{*9} 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」

(3) 早期診断・早期対応の体制への積極的関与

オレンジプランでは、「早期からの適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる」認知症の人について言及しており、早期の適切な診断や、その後の適切な対応のために、「認知症初期集中支援チーム」「認知症地域支援推進員」を設置する等、地域における認知症施策の体制構築を目指している。このため、平成 27 年度から介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業にこれらを位置づけ、平成 30 年度には全ての市町村で実施することを内容とする改正法案が、平成 26 年度通常国会に提出されている。また、基幹型・地域型・診療所型の各認知症疾患医療センターを整備していくこととされている。

これらを実現していくためには、各地域のかかりつけ医、認知症サポート医等と共に、精神科・老年科等の認知症を専門とする医師も、それら体制の整備に積極的に関わっていく必要がある。

(4) 退院支援

一時的に入院が必要となった場合でも、症状が緩和され次第、できる限り早期に退院し、地域にスムーズに戻ることを望まれる。平成 26 年度の診療報酬改定においても、早期回復を図るため、認知症患者リハビリテーション料が新設され、重度認知症加算についても、算定期間を 3 か月から 1 か月に短縮した上で、100 点から 300 点へと、評価の充実がなされている。

また、精神科病院に入院している患者の地域生活への移行を促進するため、平成 26 年 4 月施行の改正精神保健福祉法では、精神科病院の管理者に、

- ア 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員を設置すること
- イ 医療保護入院者本人又はその家族等に対して、これらの者からの相談に応じ必要な情報提供等を行う地域援助事業者を紹介すること
- ウ 医療保護入院者の入院の必要性等について審議する医療保護入院者退院支援委員会を設置すること

を義務付けることとしており、認知症の人の一層の退院促進が期待される（イの措置については努力義務）。

加えて、入院時から介護支援専門員等と連携し退院計画の作成や退院調整等を進め、退院支援・地域連携クリティカルパス^{*10}等を活用することにより、入院時から退院を見越した支援を組み入れることや、精神科病院と自宅では療養環境に大きなギャップがあり、症状が落ち着いたまま維持できるように、直接自宅に戻るだけでなく、試験外泊や退院当日に訪問看護を利用する等、病院と地域のギャップを埋めるような支援体制も必要である。

^{*10} 退院支援・地域連携クリティカルパス: 入院初期の段階から予め、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。

(5) アウトリーチ（訪問）の拡大

研究会において、居宅や施設への精神科医のアウトリーチは、入院によるリロケーションダメージを最小化できることから、精神症状の発現をかなり抑えられるという報告があった。また、精神症状が落ち着けば、通常の外来受診が可能になるだけでなく、医療関係者が地域に出ることで民生委員・行政・老人クラブ等といった地域の関係者とのネットワークが作り易くなるというメリットもあることから、精神科医のアウトリーチの拡大が望まれる^{*11}。

なお、平成 26 年度診療報酬改定において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進するために、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す、病状が不安定な患者に対する多職種チームによる在宅医療を評価するとともに、精神疾患患者の在宅医療の特性を勘案し、長時間の在宅診療の評価を充実させる等の観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料が新設される等の見直しが行われている。研究会では、今後は実効性をさらに高めていく必要があるのではないか、との意見もあった。

また、研究会において、認知症の診断・治療を専門的に行える精神科医はかなり少数であり、アウトリーチを行う精神科医は更に少ないという意見があった。アウトリーチのスキルは必ずしも特殊・複雑なものではないという意見もあり、今後、全国でアウトリーチを行う精神科医を増やしていくためにも、支援・促進策の更なる検討が必要である。

3.2. 身体合併症に対する医療体制

(1) 現状・課題

身体合併症の悪化は、認知症の症状も悪化させうることから、適切な医学的管理が必要である。しかしながら、認知症を専門とはしていない医師による薬剤の利用に起因して認知症の症状が悪化する場合があること、身体拘束が行われる場合があること、認知症に不慣れなため対応が困難となり、認知症があるだけで身体疾患の治療を行わず、精神科病院に送ってしまうこと等、によって、身体合併症がさらに悪化する等の課題があることが議論された。

(2) 精神科リエゾン

身体合併症を伴う認知症への対応には、身体疾患の治療と並行・連携して、認知症の専門科による認知症への対応が必要となる。

研究会において、内科等の一般診療科と精神科を併せ持つ医療機関では院内で治療を完結できる環境があるにもかかわらず、診療科間の連携が課題となっているケースが少なくないことや、この解決策として、精神科医が院内他科へのリエゾンを行ったり、看護師等も含む多職種での連携等により、認知症の早期診断と適切な対応を可能とする仕組みについて報告があった。一方、精神科を持たない医療機関においては、精神科を標榜する医療機関と連携することで、上記と同様に、同機関の精神科医（サポート医）に

^{*11} 例えば、平成 23～25 年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施要綱においては、支援対象者に認知症による周辺症状(BPSD)がある者及びその疑いのある者があげられており、またアウトリーチチーム体制の整備に関して、地域生活を定着させるために支援対象者の状態に応じた医療面・生活面の支援等必要な支援が適切に提供される体制として、精神科医 1 名と、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員が 1 名以上、臨床心理技術者、相談支援専門員等の専門職等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備すること、保健所や精神保健福祉センターはアウトリーチを実施する事業者等に対し、支援のために必要となる情報の提供等必要な協力を積極的に行うこと、とされている。

よる相談・支援体制の整備を可能とする仕組み^{*12}があるため、今後これらの体制の更なる整備等によって、身体合併症を伴う認知症への対応が適切になされることが望まれる。

こういった体制の整備により、身体合併症を持つ認知症の人に対する医療体制が、一般診療科、老年科や精神科等といった専門科、看護、介護を含めた包括的なアプローチとなっていくことが望まれる。

(3) 医師や看護師等への研修

研究会において、一般の医療機関の職員やかかりつけ医等、認知症を専門としない医療従事者の一部において、認知症に対する知識の不足や、認知症の人への対応に不慣れなために、早期診断・早期対応が十分になされていない可能性が指摘された。

例えば、日本看護協会の認知症看護認定看護師の養成・配置は僅かであり^{*13}、一般の医療機関の看護師は認知症の人への対応は十分とはいえ、対応困難となった場合に、精神科病院への転院を余儀なくされているケースもあることが報告された。

認知症の人が、一般の医療機関やかかりつけ医等で適切に受療できる体制をつくっていくためには、医療従事者に対する研修や認知症対応マニュアルの作成・配布等を通じ、地域での対応能力の底上げを図っていく必要がある。なお、オレンジプランにおいては、平成 29 年度末までに「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、「認知症サポート医養成研修」、「一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」の受講者数をそれぞれ、50,000 人、4,000 人、87,000 人とするを具体的な目標に掲げている。

3.3. 地域での生活を支える介護体制

(1) 介護の専門性・質の向上

精神科病院への入院の主要因は行動・心理症状の増悪のためであるが、それは介護の不十分さに起因することも少なくない。オレンジプランにおいても、「これまで認知症の人に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた」と問題点として挙げている。認知症の人の介護を行うことが、その介護者にとって負担となり認知症の人と家族や介護者等との関係性に悪影響を与えることもある。よって、適切な介護サービスを利用することにより、介護者の負担が軽減されることで、結果として、地域での生活の継続が可能となると考えられる。

また、行動・心理症状が出現していても、基本的には、まずは、生活環境を考慮し、地域の社会資源による（介護の専門性を発揮した）環境調整を行うことや、日常生活支援等を行い、また、認知症短期集中リハビリテーション等の認知症の専門医や認知症看護認定看護師等による適切な支援がなされることで、非薬物療法による症状の緩和が可能となることもある。

このようなことから、介護事業所等（施設・居宅）の職員は、行動・心理症状について、その特徴や機序等の知識を獲得するとともに、適切な対応に関する知識や技能を高め、介護の専門性・質を向上させていくことが必要である。具体的には、精神科等専門科の支援を受け、介護職員への研修（チーム研修等）や行動・心理症状への適切な対応の実践等を積み重ねていくことが求められる。また介護の専門性・質は、入院前や退院

^{*12} 精神科救急医療体制整備事業における縦列モデル

^{*13} 2013 年 1 月末日現在 343 名（日本看護協会ホームページより）

後に限るものではなく、入院中においても求められるところであり、専門性を活かした介護から医療に対する積極的な連携等も望まれるところである。

その上で、専門性の高い介護と、一般診療科、老年科や精神科といった専門科等による、包括的アプローチを行い、それぞれの間で認識を共有することが望ましい。

(2) 早期対応が可能な体制

オレンジプランに述べられているように、認知症の人が、重症化し対応困難にならないためには早期診断・早期対応が重要なことから、介護の場（居宅、施設等）における、かかりつけ医や施設職員等の医療従事者による早期診断・早期対応が可能な体制づくりが必要である。行動・心理症状に対して、全てを介護の現場で対応するのは困難であり、また必要な治療の遅延をきたす場合もあるため、地域での生活を支える介護体制には、精神科医療等専門科の後方支援や連携が不可欠である。

また、認知症の症状のうち、家族や介護側は行動として表面に現れる症状に着目しがちであるが、認知症の専門科においては、行動には現れにくいような中核症状にも注目し判断していることもあり、早期対応のためには、両者が適宜情報を共有できるような環境が重要である。

(3) 地域移行・居宅復帰の支援

精神科病院へ一時的に入院しても早期に退院し、地域や居宅に戻るためには、入院時から退院時を見据え、医療モデルから生活支援モデルへの転換を行っていくことが必要と考えられる。このためには、介護支援専門員等が精神科病院と連携し十分な情報共有、調整、ケアプランの提案等を行うとともに、行動・心理症状の憎悪によって入院した場合に、具体的にどこまで症状が緩和すれば生活支援モデルに移行できるのか、社会的な問題をどのように明確化していくのか、といった点に関して医療・介護全体で取り組む必要がある。

また、先に「地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制」で述べたように、精神科病院と在宅とのギャップを埋めるような支援体制等も地域で用意する必要がある。

(4) 家族への支援

精神科病院への入院に至った理由の一つとして、本研究会のアンケート調査結果では、「家族の疲弊」は約3割で挙げられており、本人を支える家族が疲弊しないよう、家族そのものに着目した支援も地域に必要である。

具体的な支援体制として、レスパイトのためのショートステイが可能な介護施設等の確保、家族教育等による症状への対処法等のノウハウの提供、医療や介護の専門家による様々な相談への対応（出張相談会等）、同じ悩みを持つ人たちが話し合える機会づくり等が考えられる。

(5) 地域づくり

研究会において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスのような介護サービスと地域の力がかみ合い、居宅生活を可能とした例の紹介があった。認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療、介護といった各々の面だけではなく、「地域づくり」といった視点が重要であるという意見が多く出された。オレンジプランでは「認知症施策の推進にあたっては、住民にとって最も身近な基礎的

自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。高齢者の数や地域ごとの特性等に応じて各地域で、認知症の人への支援体制が構築されることが重要である。その積極的な取組と国や都道府県からの支援が必要である。」としており、各自治体等行政機関の重要性について述べられている。また、地域住民が認知症を理解し、対応する力をつけることにより、認知症の人を地域全体で支える体制づくりも必要である。認知症の人への地域づくりは「まちづくり」であるとともに、住民や自治体、事業者等における「ひとづくり」でもあり、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供され、住民主体のサービスやボランティア活動など、家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いである「互助」の取組を積極的に進め、「地域包括ケアシステム」を構築していくことが必要である。

研究会では、地域は均一ではなく、地方と都市部で大きく差がある中、また世帯構造が変化している中、それぞれの地域の限界には差が大きく、どのように地域での介護力をつけていくか、地域格差を出さないようにするか、ということを考える必要がある、という意見があった。また、「地域とは何か」ということについて、未だ十分に認識が共有されていないのではないか、また、認知症の人が地域で暮らし続けることには限界点があるのではないか、という指摘もあった。

今後、実務的な問題点を認識した上で、地域包括ケアシステムの観点から、地域のニーズに合わせて、必要な資源を把握し、かかりつけ医、認知症サポート医、精神科や老年科等の専門医、看護、介護、地域の民生委員、行政、住民等のネットワーク作りがなされ、地域の限界点を高め、社会全体で認知症の人を支えるための地域づくりを進めていかなければならない。

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
(第1回) 議事要旨

1. 日 時：平成27年9月9日(水) 13時～15時
2. 会 場：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、秋山構成員、宮前様(栗田構成員代理)、内田構成員、大内構成員、河崎構成員、鴻江構成員、齋藤構成員、助川構成員、諏訪構成員、花俣構成員、水澤構成員、三根構成員、山崎構成員(五十音順)

4. 議事(概要)

(1) 今後の進め方(案)について

- 厚生労働省より資料2及び4、事務局から資料3をそれぞれ説明。今後の研究会の進め方について各委員了承。
- 今後議論・取りまとめていく「循環型の医療・介護等の提供のあり方」等に関し、各構成員から意見等が出された。

[主な意見等のまとめ]

- 家族の疲弊がご本人の症状の悪化を招く悪循環や、認知症状が重くなるほど、あるいは合併症があるほど支援や治療が受けにくくなる。必ずしも入院・入所で良くなる場合ばかりではなくその前後の場が必要。認定看護師による対応への加算や、例えば小児科病棟のような認知症の人をトータルで診る専門病棟があるとよい。また、さいたま市の情報共有ノートは有効と考える。
- 身体合併症への適切な対応には、認知症でない人への同じ治療の何倍ものリソースを要することへの制度的な解決も必要。
- BPSDにも多様な要因があると多面的に捉えられるよう、介護職のアセスメント能力を高める教育が必要だが、介護人材が不足する中では教育も難しいため、わかっている者を介護側の取りまとめ役とし医療と連携していく必要がある。
- 確定診断を受けていない人、ご家族に認知症との認識がない人も多く、どのようなケアをすればよい(してはならない)かわからず、医療の積極的な関与やその情報の介護との連携は簡単ではない。
- 基幹病院の医師が認知症は特殊なものではないという今の医療のパラダイム変化についていけておらず、学会のみならず医師会も巻き込んだ卒後教育、基幹病院への認知症を診られる医師の配置基準の設定等、制度的に進める必要がある。当院は医療職やMSW等多職種で編成する高齢者総合診療部を設け、認知症の人のトータルマネジメントのモデル作りを進めている。
- 医療と介護の連携、精神科医と一般診療医との連携には地域差があり、市町村の認識が低く、国の施策に対する理解も進んでいないことが問題。
- オレンジカフェへの精神科医等多職種の参加は有効なため、市町村に広めて貰いたい。
- BPSDには身体疾患由来のものや認知症由来のものやその他、在宅可のもの不可のものがあることから、BPSDの中でもテーマを決め、それに医療がどう関わるのか、内科医と認知症専門医が連携した場合の治療の優先度のつけ方等を考えながら検討するとよい。
- 職場を超えた地域での多職種連携づくりが重要だが、それ以前に、地域にそれぞれの専門家がどこにいるのか把握・共有されていない。マニュアルや手引等を使う際には、こうした地

域ごとのリソースを把握するプロセスの明示が必要。

- 診療報酬上の人員配置基準のために、病院から外部に人を出すのが困難な面もある。
- 認知症の人が、必要な場に必要時に行け、足りない部分は他の専門職で補い合う循環型の仕組みがあれば地域でサポートできる割合が増えてくるが、現在は、循環型のあらゆるプロセスで一貫・継続して支援する人材がおらず、特に独居や初期の方への支援のためにも地域ケア会議を活発に機能させる必要がある。
- 急性期病院では、在院日数を短縮する必要もあることから、BPSD が激しいごく一時期の認知症の人に接することが多い。このため、急性期病院のスタッフは、認知症の人も穏やかに過ごせることがある、というイメージが持ちづらいのではないかと。また急性期病院のスタッフは介護保険サービスへの理解不足と、それに伴う介護への不信があるのではないかと。これらを教育でサポートする必要がある。
- 訪問看護は身体機能が低下してからではなく初期段階の体調管理や服薬管理から活用することで、適切な医療・介護資源につなげられる。看護師の職場の選択肢として訪問看護のプレゼンス拡大も重要。
- 鑑別診断は患者・家族にとって、受け入れ難い面もあり、セカンドオピニオンの仕組みが充実するとよい。
- 介護保険サービス事業所で、その質を示す指標やデータを開示し、利用者の選択基準の一つにするのもよい。
- 循環型の医療・介護の仕組みは、認知症に限らず希少疾患や精神疾患でも重要であり同様の取組が必要だが、この仕組みには地域に精神科医のネットワークや身体合併症への対応施設が必要。精神科領域では先行して行っている地域移行の取組を参考にしてはどうか。また、医師のアウトリーチの必要性について、医師の不足を補うためにも訪問看護は重要。
- 循環型は必須であるが、パスに厳格に沿って退院させるのではなく疾患によっては柔軟に対応しないと、状態が悪いままで、後方病院が受け入れる状況になる。
- 医療・介護の橋渡しについて、人材の研修をしても民生委員等は、市町村関係者の頻回の異動で専門性が蓄積されず、また市町村の認知症対策に関するモチベーションが低い事がある。専門性が高いのは保健所だが統廃合や人員削減による高齢化が進んでおり、現状は極めて厳しい。
- 研修を何回も行うより現場での実践を通じた育成の方が有効なため、手当等こういう取組を促す仕組みがあると良い。
- 急性期医療における認知症対応は、重度であればあるほどベッド上から動けずBPSD への対応も比較的容易であり、退院後、亜急性期の対応のほうが実は手間がかかることに配慮も必要。
- 「住み慣れた地域で過ごす」のは理想だが、何を住み慣れた地域とするのか明確に定義されていない。また住み慣れた地域に退院後の医療・介護をきちんと実現する資源・ツールや、そのための財源が確保されなければ帰れない。
- 精神症状が出たら診ることができない一般病院は多く、それを支えるための精神科リエゾン診療報酬を得る条件が厳しく、関心を持つ精神科医も少ない。一般病院の中の精神病棟の閉鎖が進み、院内でリエゾンや診ることが難しくなっている。
- 介護人材が不足し現場が疲弊する中、介護報酬が引き下げられ良質な介護人材の確保は難しく、制度的な解決が必要。
- 重度の認知症に対し抗認知症薬をどこまで使うか等、どこまで医療が介入すべきかというガイドラインも必要。

(2)座長まとめ

- 住み慣れた土地で最後まで、ということに反論がある人は少ないが、その理想と現実のギャップが大き過ぎるということを皆さんから伺った。地域の連携、各職種の役割をどうつなげて、地域特性にマッチさせていくか、これに対して各団体や職種がどうしなくてはいけないか、真剣に考えていただいていると受け止めた。
- 総論は国からはっきり示されているので、どういう具体的な力や仕組みを加えるか、短期間で恐縮だが作業部会でご検討願いたい。次回は作業部会の案を受ける形で12月中旬の開催としたい。

以上

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
(第2回) 議事要旨

1. 日 時：平成27年12月25日(金) 13時～15時

2. 会 場：アルカディア市ヶ谷 鳳凰の間

3. 出席者：大島座長、松谷副座長、秋山構成員、栗田構成員、内田構成員、大内構成員、河崎構成員、神野構成員、鴻江構成員、齋藤構成員、助川構成員、鈴木構成員、諏訪構成員、高倉構成員、武久構成員、花俣構成員、本間構成員、水澤構成員、山崎構成員(五十音順)
上野参考人

4. 議事(概要)

(1) アウトリーチの事例について

- 上野参考人より資料1に基づき、アウトリーチの事例や課題等を説明。各構成員から質問や意見等が出された。

[主な意見、質疑等のまとめ]

- 精神科医のアウトリーチサービスは全国でどの程度行われているのか。
→横の連携がなく把握していない。この点そのものが大きな問題である。
- 診療報酬はどうなっているのか。
→身体合併症に対応している医師が在宅療養支援診療所の基本料をとっていることが多いため、その上さらに精神科が基本料を受け取ることはできない。在宅医療を担っている医師・医療スタッフが認知症の精神科医療も提供できるのがコスト的にも早道と考える。
- アウトリーチチームは年中無休で対応するのか。
→24時間365日の対応は困難。他のインフォーマルな社会資源、特に今後の高齢化社会では単身・老々世帯が多くなることから家族以外の地域支援等に期待することになる。
- 認知症に伴う激しい精神症状・問題行動があった場合、保健師に第一報を入れるのは家族や近隣住民なのか。
→資料中で紹介したのは平成16～19年頃の東京都の高齢者精神医療相談班の仕組みで、地域の方から連絡が入る。現在はこのモデルに治療機能をプラスした仕組みである。
- 混乱している場に専門家がアウトリーチできちんと介入し、治療と共に周辺のスタッフに改善の方向性を助言する機能が地域にあれば非常に有用。特養やグループホームで癌の末期になった人には訪問介護が入れる仕組みがあるが、これを認知症にも広げてアウトリーチができるようにしてはどうか。
- フォーマルサービスが進み家族力等が低下している。インフォーマルサービスがもう少し掘り起こされるよう、介護保険制度全体の見直しが必要ではないか。
- 医療だけで認知症をみるのではなく、介護の力を活用しながらかかりつけ医が認知症をみるのが現実的であり必要ではないか。
- 現在の社会状況でインフォーマルサービスを前提に考えるのは難しい。老人クラブ、自治会、ボランティア、NPO等ボランティアなサービスのみには依存することは難しく、介護保険施設の他に、警備・配食・宅配・タクシー等民間の有料生活関連サービス等の協力も得ていかないと生活支援・介護予防・アウトリーチと言っても実現が難しいのではないか。
- 初期集中支援チームや地域包括支援センターとの関わりはないのか。また、インフォーマルのサービスの限界はわかっているが、認知症かもしれないという人を病院・施設に連れて行

くのは難しくても認知症カフェになら連れていけたり、デイサービスの利用はハードルが高くてもカフェで過ごすことに慣れてもらえば家族が自分の時間を持てたりする等、既にあるインフォーマルサービスの活用がもっと進むとよいのではないか。

- フォーマル、インフォーマルの社会資源をきちんとつなぐのがケアマネジャーの役割だと考える。アウトリーチは診療を伴わない相談だけでも受診へのステップになる効果がある。

(2) 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方

- 資料2は内容が大部であることから、作業部会長である松谷副座長より趣旨・概要のみ簡潔に説明。その後、各ページの記述について順次、各構成員より意見・提案等が出された。

[主な意見、質疑等のまとめ]

- 介護側からみれば認知症の人はずっと地域にいるという認識であり、「循環型」という表現が理解しづらい。場所・病態・食の能力等、表現の問題としても再検討する必要がある。
- 【p8～9】BPSDへの対応を記述するだけでなく、BPSDの原因やその分析の必要性、治療の必要性の検討というステップを記載すべきではないか。また、BPSDの要因は薬剤のみ挙がっているが、「本人の意に沿わないことへの反応」であることを明示すべきではないか。
- 【p9/(2)③】「BPSDが軽症の段階での短期的な入院加療を積極的に考慮」とあるが、リロケーションダメージや不必要な入院をさせないという視点に立ち、入院加療よりも介護や環境調節がまず重要であるような記述が必要ではないか。また医療色がやや強いので、BPSDが出る前からの早期の介護サービスの利用等、もう少し介護に力点を置いた上での専門医療というスタンスが必要ではないか。
- 【p9/(2)③】「往診等を積極的に」は、現在の医師の状況では往診は容易ではない点を踏まえて再度検討する必要がある。
- 【p11/5(1)④】「せん妄はリスク評価と予防的対応を」とあるが、BPSDも同様に記述する。
- 【p12/6(1)①】「個別性を活かした対応方法」とあるが、個別性を重視する意義（なぜそれが必要か）や具体的な手法についても記述が必要。
- 【p12/7①】「退院に当たり」ではなく、「入院が決まった時点から退院に向けて」等、より早期に地域移行への支援を行う記載が必要。
- 【p12】多職種協働という表現がある一方で、教育は介護職のみを対象にした記載となっており、多職種を対象とする修正が必要。
- 【p14/8(2)】「有機的な連携のための情報の共有を推進」とあるが、現場からの情報提供（フィードバック）だけではなく、困難を抱える現場に対する相談場所としての専門医療の位置づけを入れて欲しい。
- 重度認知症デイサービスは精神科病院でしか認められていないため、精神科病院にかかっていない認知症の人は通常のデイサービスを利用する。また、重度認知症デイサービスの対象となる前段階（BPSDは別にしてある程度まで）から、そのような人を支える体制も必要なことから、以上を踏まえデイサービスの体制を再検討すべきではないか。
- 【p16/11】認知症がありふれた疾患となった現在、「～エンジン役」「～牽引役」は、専門医というよりもかかりつけ医で、それを支援するのがサポート医や専門医ではないか。
- 【p16/11】「認知症に関する専門医、認定医等」とあるが身体合併症がなく認知症だけの人はほとんどいない。「認知症の人の身体合併症に関する」を追記すべきではないか。
- 【p16/11】専門家の養成拡充という際には、チーム医療の時代であることから、医師だけではなく介護や看護の専門家も含んだ表現が必要ではないか。

(3) 一般病院における認知症への対応のあり方

- 資料3は内容が大部であることから、作業部会長である松谷副座長より趣旨・概要のみ簡潔に説明。その後、各ページの記述について順次、各構成員より意見・提案等が出された。

[主な意見、質疑等のまとめ]

- 日頃からの連携・関係構築は重要だが、そもそも認知症を見てくれる医師がいるというサインを、サポート医の掲示、認知症科の表示等を含めて検討すべきではないか。
- 初めから認知症の人はわかりやすいが、軽度の人やわからない人は手術や化学療法時に初めて認知症の強い症状が出て、急性期病院はこの対応に多くのマンパワーを割かれること、また国民への教育や、ここまでやってよいということを明記してほしい。
- 【p1/Ⅲ】薬物の有害事象の可能性を追記したほうがよい (p13 文中に詳説されているが)。
- 【p8/第5の1】「資料」という表現はわかりにくいので、かみ砕く。
- 【p10/囲み部分】「せん妄は身体疾患に起因する」の表現は他の要因はないという誤解を生みかねないため、「身体疾患のみに起因しない」等の修正が必要。
- 【p12/囲み部分】「わかりやすい説明」に加え「よく聞く」ことを追記。また、本人の自己決定を大切にすることや倫理的な配慮についても追記が必要。
- 【p14/7(2)】機能評価においては、視聴覚機能の状態の評価も追記する。
- 【p14/8(3)】退院時の情報提供について、一般病院と退院後の療養環境には大きなギャップがあり、必要な情報も療養環境によって異なるため「退院後の療養環境に適した情報提供」等語句を補ったほうがよい。
- 【p17/第6】「超高齢化社会」は定義されていない用語のため「超高齢社会」とする。
- 一般の病院や専門医療に関わる専門職は、認知症についてせん妄を中心とした激しいBPSDが出ている状態の印象が強く、心身の状況や環境を整えば、認知症でも極めて穏やかに、周囲との良い関係性をもって生活できる、またそういう状態に戻れる可能性があることを知らないことから、「自分らしく暮らし続ける」という表現だけでなく、「介護する方もされる方も笑顔で」「希望と尊厳を持って生きていける」「認知症の人の話をよく聞いて」「本人・家族・専門家の関係性を大切に」等のキーワードを用いて、もっと具体的にイメージできるような、目標とする状態の表現があるとよいのではないか。
- 【p19/注4】学会については日本老年医学会、神経学会、脳外科学会等の追記等、再度検討する。

(4) 座長まとめ

- 限られた時間ではあったが、一通りご意見を伺ってまとめる方向に一步進むことができた。本日伺ったご意見で修正を行い、作業部会での議論を経て次回2月16日の第3回研究会で再度ご意見をお伺いしたい。

(5) 事務局より

- 短時間で大量の文章についてご議論いただき恐縮であったが、本日ご発言いただけなかった点は、資料2・3を事務局より改めてご送付申し上げるので、作業部会での検討の前に個別にご意見をいただきたい。

以上

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
(第3回) 議事要旨

1. 日 時：平成28年2月16日(火) 13時～14時半
2. 会 場：航空会館 501・502 会議室
3. 出席者：大島座長、松谷副座長、大内構成員、小川様(神野構成員代理)、小田原様(秋山構成員代理)、河崎構成員、鴻江構成員、齋藤構成員、助川構成員、高倉構成員、武久構成員、塚本様(水澤構成員代理)、花俣構成員、宮前様(栗田構成員代理)、山崎構成員(五十音順)

4. 議事(概要)

(1) 医療・介護の有機的な連携のための、認知症専門医療のあり方

- 資料1は内容が大部であることから、作業部会長である松谷副座長より前回からの変更や修正の趣旨・概要のみ簡潔に説明。その後、各ページの記述について順次、各構成員より意見・提案等が出された。

[主な意見、質疑等のまとめ]

- 新オレンジプランではBPSDの対応に重要として記載されている「精神科医療」という言葉がこの手引きではなくなっているのは何故か。
→精神科医療かどうかというより認知症の専門医療という切り口での整理となっている。精神科医療は専門医療の担い手の代表として当然含まれている。また手引きで示す概念はいずれも新オレンジプランの下位概念であり、新オレンジプランに則ったものである。
- 現実に認知症の人が急速に増加していることから、いろいろな診療科が知識・技術を学びつつも対応し、必要な時に精神科に対応頂く方法をとっていかざるを得ない。
- 認知症やBPSDには重度から軽度まで幅があり、症状の程度に応じて対応する診療科や医師が異なってくるのは当然。様々なレベルの医師がいて、様々なレベルで対応する中で、全体としてどうレベルアップしていくかの仕組みづくりの視点が必要。
- BPSDへの対応の箇所等に、専門医療の例示として精神科・老年科を入れる。
- 【p4/第2 1①】文章が長すぎてややわかりづらいのではないか。
- 【p6/(2) 具体的な例】「住民、認知症の人や(中略)行政担当者等に広く啓発する」とあるが、教え分らせる一方通行でなく、良い取組を奨励・支援する双方向の役割も重要であるため、入れてはどうか。
- 【p10/(2) 具体的な例】地域にどう専門医療が関わるのかも大切なことから、ケア会議のみではなく、コンサルを受ける等もっと行動例を挙げる必要があるのではないか。

(2) 一般病院における認知症への対応のあり方

- 資料2は内容が大部であることから、作業部会長である松谷副座長より前回からの変更や修正の趣旨・概要のみ簡潔に説明。その後、各ページの記述について順次、各構成員より意見・提案等が出された。

[主な意見、質疑等のまとめ]

- せん妄だけでなく、合併症治療時における家族と本人の意向が不一致の場合の対応・体制についても、本人にとってのベストインタレスト、多職種での検討の視点を踏まえて記載して

はどうか。

- 本人の意志をいかにして尊重するかという視点については今一度検討する。
- 【p9/<3>】「身体抑制は原則禁忌」とあるが、現場の治療と整合するのか。
- 【p9/※印】 認知症関連の各学会に日本精神科医学会を追記してはどうか。
→学会名称の掲載基準は、必要な情報が探しやすいリソースかどうかという観点を踏まえ事務局で整理する。
- 【p9/<5>】「適切な退院調整を行い、避けることのできる再入院や緊急入院を防ぐ」とあるが、入院情報連携加算や退院の連携が介護保険制度の中にも位置づけられている点を記載したほうがよい。
- 【p10-11/第5 1 (3)②】「専門医療」向け手引きでは多職種連携チームを、「BPSDを含む様々な認知症の症状に対応できる多職種からなる対応チーム」と限定的な書き方をしているが、「一般医療」向け手引きでは包括的な記述となっている。多職種連携チームは専門医療機関、一般医療機関を問わずあるべきであって、「一般医療」向け手引きのような包括的な記載をすべきではないか。
→整合させる。
- 【p10-11/第5 1 (3)②】 多職種連携チームでは臨床心理部門についても記載してはどうか。
- 【p12/囲み部分】「せん妄は身体疾患等に起因する意識障害であり」、は最新の診断基準に基づき「せん妄は身体疾患等に起因する注意・意識障害であり」とする。
- 【p20/第6】 地域の方々の参加も重要なことから、「認知症の人、家族、医療・介護従事者が互いに協力し合う」は「介護従事者等」とし、限定しない形とする。

(3) 座長まとめ

- 本日頂いたご意見についてはそれを尊重し改めて検討・修正するが、最終的には私に一任頂きたい。
- この手引は、この研究会の研究成果として公開する。委員の皆様にはぜひ周知をお願いしたい。

以上