第7回どこでもMYカルテ研究会（東京）

第Ⅱ部
医療介護ICT連携から取り残された認知症
2013年10月26日（土）　15:00～17:10

認知症患者対策：政府の対応策・現場での問題点

医療法人翠会　和光病院　今井幸充

認知症対策の変遷（1970年～1999年）

1970年

- 1970　65歳以上の人口が7%
- 1973　老人福祉法の改定（1963年に制定）
- 1973　有吉佐和子「恍惚の人」を発表

1980年

- 1980　65歳以上の人口が10%
- 1983　「老人保健法」の制定、痴呆性老人対策の実施
- **1986　「痴呆性老人対策推進本部」を厚生省内に設置**
- **1987　老人保健施設、老人性痴呆疾患治療研究センター開設**
- 1989　高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）、寝たきりゼロ作戦

1990年

- **1991　老人保健施設に痴呆症専門棟の設置、老人性痴呆疾患療養棟の創設**
- 1994　65歳以上の高齢者が14%を突破、「新ゴールドプラン」の制定
- 1997　認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホース）の制度化
- 1997　介護保険法成立
- 1999　「ゴールドプラン21」が制定

2000年以降の認知症対策

2000年

- 2000　介護保険制度
- 2000　新成年後見制度
- 2002　ユニットケアの整備
- 2003　「2015年の高齢者介護ー尊厳を支えるケアの確立」
- 2004　「痴呆」を「認知症」と名称の変更
- 2005　改定介護保険法、
- 　　「地域を作る10年：地域密着型の仕組み」
- 2006　介護保険改定　地域包括支援センター
- 2008　医療と生活の質を高める緊急プロジェクト
- 2011　認知症対策総合事業
- 2012　認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）
　　2013年～2017年までの計画

認知症施策の変遷

- ～1980年　女性を中心とした家族介護
  老人病院の社会的入院
- 1990年　介護施設の整備
- 2000年～　介護保険制度、介護の社会化
  「尊厳を支える高齢者介護」
- 2010年～　「地域包括ケア」

↓

2013年度認知症施策推進5か年計画

2015年の高齢者介護：尊厳を支えるケアの確立（2003年6月）

新しいケアモデルの確立―認知症高齢者ケア―

- ○ 精神上の障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない。
- ○ 課題は認知症高齢者ケアの確立。認知症高齢者ケアの推進は、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることになる。
- ○ 要介護高齢者のほぼ半数は認知症の影響が認められ（認知症性老人自立度II以上）、施設の入所者については8割が認知症の影響が認められる。これからの高齢者介護においては、認知症高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれているものと言わざるを得ない。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト（2008年6月）

- 認知症対策の基本方針
  - 今後の認知症対策は、診断や治療に係わる研究開発の加速と併せ、早期の確定診断を出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携の基で適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人や家族の生活を支援する施策の流れを確立することが必要である。

1. 実態の把握
2. 研究開発の促進
3. 早期診断の推進と適切な医療の提供
4. 適切なケアの普及および本人・家族支援
5. 若年性認知症対策

認知症医療の現状と課題

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- BPSDの治療方法が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない
- 地域医療における認知症の人や家族に対する支援が不十分

2009年度　認知症医療に関する対策

- 認知症診療ガイドラインの開発・普及
- 地域の診療所等かかりつけ医による診断、治療
  - 認知症サポート医養成研修
    - 平成17年度に創設、平成19年度までに600人養成
  - かかりつけ医認知症対応力向上研修
    - 平成18年度に創設、平成18年度までに7,000人養成
- 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化
  - 認知症疾患医療センターを150カ所設置
  - 連携担当者の配置

認知症地域医療支援事業

〇実施主体：都道府県、指定都市

〇事業内容

（1）認知症サポート医養成研修事業

・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成（2，500人）

※国立長寿医療センターに委託して実施。

（2）かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。（2012年　35，000人）

認知症疾患医療センター

1. 原則、平日週5日の稼働
2. 専門医療機関としての機能を有すること
   - 医療相談ができる専門部門の設置
   - 人員配置
     - 専任の専門医師1名以上
     - 専任の臨床心理技術者1名以上
     - 相談部門に常勤専従の精神保健福祉士等が1名以上
   - 検査態勢
     - 血液、尿一般、心電図、神経心理、CTまたはMRI
     - MRI, SPECT　（連携でも可）
   - 病床　周辺症状と身体合併症に対する急性期治療が可能な一般病床及び精神病床　（一方は連携でも可）
3. 地域連携の機能を有すること
   - 情報センター機能　鑑別診断や入院調整等の中核機能
   - 研修会、連携協議会
     - 研修の実施、協力
     - 認知症疾患医療連携協議会を開催

認知症サポート医の役割

①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための**研修の企画立案・講師**

②**かかりつけ医の**認知症診断等に関する**相談役・アドバイザー**となるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築

③**地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくり**への協力

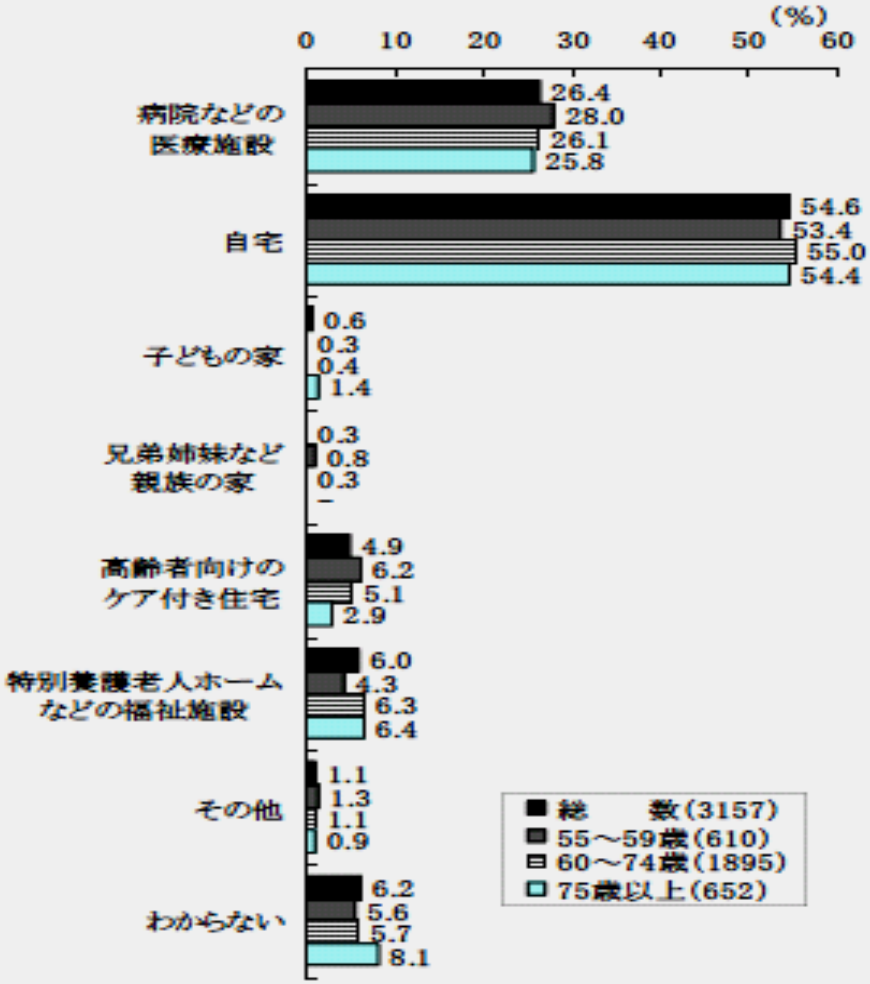
→地域における「連携」の推進役を期待されている

かかりつけ医に期待される役割

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師

①早期段階での発見・気づき
②日常的な身体疾患対応、健康管理
③家族の介護負担、不安への理解
④専門医療機関への受診誘導
→医療連携
⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携
→多職種協働

高齢者自身が介護を受けたい場所



地域包括ケアシステムとは

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

平成22年3月　地域包括ケア研究会報告

地域包括ケアシステム

- 2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、

②単独世帯の増大、

③認知症を有する者の増加

が想定される。

　そのためには、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要だが・・・・・

現状では、各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

地域包括ケアの５つの視点による取組み

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備（3年間で16万人分確保）

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

地域包括ケアを支えるサービス提供体制のあり方～認知症支援～

- ガイドラインを作成して認知症の正しい理解の普及啓発と早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的、包括的実施するための「地域ケアパス」の作成と活用
- 「認知症疾患医療センター」の整備促進、「認知症サポート医」「かかりつけ医」の生活圏域での十分な確保、認知症連携担当者の配置
- 認知症者に関わる全ての専門職のための研修機会の提供、医療サービスの基盤整備
- 重度認知症者の受け入れ施設の在り方の検討
- BPSD等による入院加療後の地域受け入れ体制の充実、小規模多機能サービスの活用
- 現行のサービスに捕らわれない在宅サービスの在り方の検討、
- 若年性認知症者への支援としの社会参加や就労支援の検討。若年者のためのデーサービスの在り方
- 市民後見人の育成、自治体の登録管理体制から事業構築が必要
- 認知症者の居所選択権、医療行為への同意見の後見人への付与
- 一人暮らしが可能な地域作り
  - ・認知症や虐待ケースの早期発見・早期対応
  - ・24時間対応在宅医療・看護・介護
  - ・日常生活自立支援事業
  - ・多様な生活支援

地域医師会が果たす役割

日本医師会介護保険委員会報告　平成17年12月

① 高齢化に対応する地域医療再編と包括ケアシステムの構築

② 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

③ 保険者との連携の強化、介護予防等の積極関与

平成20･21 年度

― 介護保険委員会答申―

生活を支える医療を目指して

平成22 年3月　日本医師会介護保険委員会

課題と解決の方向性

① 要介護認定とケアマネジメントのあり方

② 退院調整と医療連携のあり方

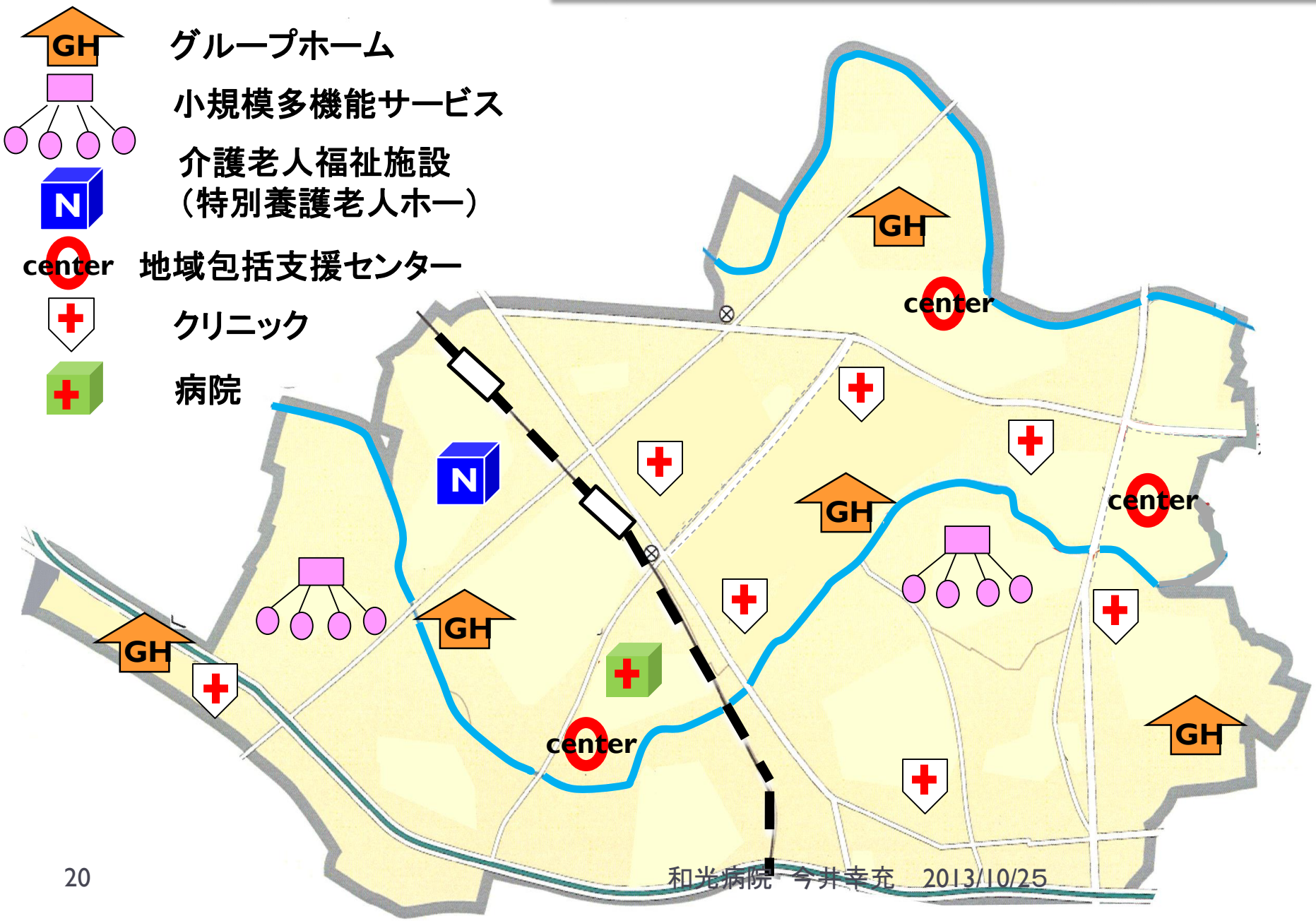
③ 訪問看護サービスの活用と強化の課題

④ 地域包括支援センターの活用と医師会の関わり

⑤ 認知症対策とネットワークの課題

⑥ 介護保険三施設と医療提供体制の課題

地域資源マップ（モデル）


GH
グループホーム
小規模多機能サービス
介護老人福祉施設
（特別養護老人ホー）
N
center
地域包括支援センター
クリニック
病院
GH
center
N
GH
center
GH
GH
center
GH

2012年度介護保険報酬改定の課題
1．新サービスについて

(1)定期巡回・随時対応サービスについて

- 利用者の心身の状況に応じて、必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供（短時間の定期巡回型訪問＋随時対応）
- 24時間の対応体制の確保
- 介護・看護サービスの一体的提供
- 人材確保、経営の安定化

(2)複合型サービスについて:

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの基準・報酬について

- 利用者のニーズに応じて、通い、訪問介護、訪問看護および宿泊のサービスを柔軟に提供
- 看護・介護サービスの一体的提供
- 人材確保、経営の安定化

2012年度介護保険報酬改定の課題
2.介護保険施設等について

(1)介護老人福祉施設

- 特別養護老人ホームにおける医療提供およびケアマネジャーのあり方
- 個室ユニットの推進方策

(2)介護老人保健施設

- 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を高める方策
- 介護老人保健施設における医療提供のあり方

(3)介護療養型医療施設

- 療養病床再編成をより一層進めるために、介護療養病床や介護療養型老人保健施設の基準・報酬につて、どのような対応が考えられるか検討すべきではないか。

(4)特定施設

- 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
- 特定施設短期入居生活介護の空室の短期利用

2.介護保険施設等について

(5)高齢者の住まいについて

高齢者の住まいの普及促進を図り、施設への入所ではなく、「**サービス付き高齢者向け住宅**」において、入居者が重度化しても安心して暮らすことができるようにするために

- **24時間対応の「定期巡回」・随時対応サービス**」などをはじめとした居宅サービスとの組み合わせについて、**入居者が重度化しても対応できる方法**
- 「サービス付き高齢者向け住宅」を拠点として地域に展開していくことによる、**地域包括ケアの実現**。
- 「サービス付き高齢者向け住宅」により提供される**安否確認・生活相談等「サービス」と介護保険により提供されるサービスとの連携**

2012年度介護保険報酬改定の課題
3.リハビリ・軽度者（予防給付）について

(1)リハビリについて

- リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整理・推進。
- 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるか、サービス提供のあり方についてどう考えるのか。
- 訪問リハビリテーションの果たすべき役割について考える。
- リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方
- 上記の3点についてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

(2)軽度(予防給付)について

- 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価するべき。
- 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供のあり方を検討。
- 自立支援に資するサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントのあり方を検討すべきではないか。

2012年度介護保険報酬改定の課題
４.認知症への対応について

- 認知症への対応にあたり、医療と介護と地域それぞれの役割とその間の連携についてどう考えるか。

- ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）における医療提供のあり方

2012年度介護保険報酬改定の課題
5.医療と介護の連携について

(1)総論

医療の必要性の高い要介護者が増加するなかで、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。

- 医療機関からの退院時における介護保険サービスとの連携強化および円滑な移行
- 医療の必要性が高い者への対応強化
- 介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設等への転換支援。

(2)各論

訪問看護における医療と介護の連携での訪問看護の報酬についての基本的な考え方。

- 入院から在宅生活への円滑な移行
- 医療が必要な重度の要介護者の在宅生活を支えるための適切な訪問看護の提供
- リハビリテーションにおける医療と介護の連携について
- 医療保険から介護保険への円滑な移行のために、これまで必要な対応を行ってきたが、今後、さらなる移行に向けてどのような対応が必要か検討すべきではないか。

介護保険3施設と居宅サービスの医療配置の有無

医師配置なし（居宅系サービス等）

国土交通省が定める高齢者住宅	介護保険法が定める老人ホーム	通所および宿泊施設	共同生活住居	介護保険法に規定されている人的基準を満たした事業所。看護師配置あり
高齢者専用賃貸住宅	有料老人ホーム 経費老人ホーム	小規模多機能型 居宅介護事業所	認知症対応型 グループホーム	特定施設 特定施設 （外部サービス利用型）

医師配置あり

社会福祉法人が設立。1人の配置医師	医療法人が設立可能	医療法人が設立。夜間の看護師配置	3人の配置医師。療養型病床の介護保険版
介護老人福祉施設 （特別介護老人ホーム）	介護老人保健施設	介護療養型老健施設	介護療養型医療施設

介護報酬に含まれる医療の密度

地域包括ケアシステムとは

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

2010年3月　地域包括ケア研究会報告

地域包括ケアシステムが目指すもの

- 概ね30分以内にサービスが提供される圏域を基本
- 医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが24時間、365日切れ目なく提供される様なサービス体制
- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援する
- 保健・医療・福祉それにボランティア活動など、それぞれの地域が持つ「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえながら有機的に連動したサービスの提供システムの構築
- 質の高いサービスを提供するための人材育成

今後の認知症施策の方向性 ➡ オレンジプラン

○ 基本目標：2013年から2017年度までの具体的な計画

現状のままでは、精神病院への長期入院・施設入所が増加

本人の意見が尊重され、住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会

《これまでのケア》
認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼

ケアの流れを変える

《今後目指すべきケア》
新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くもの

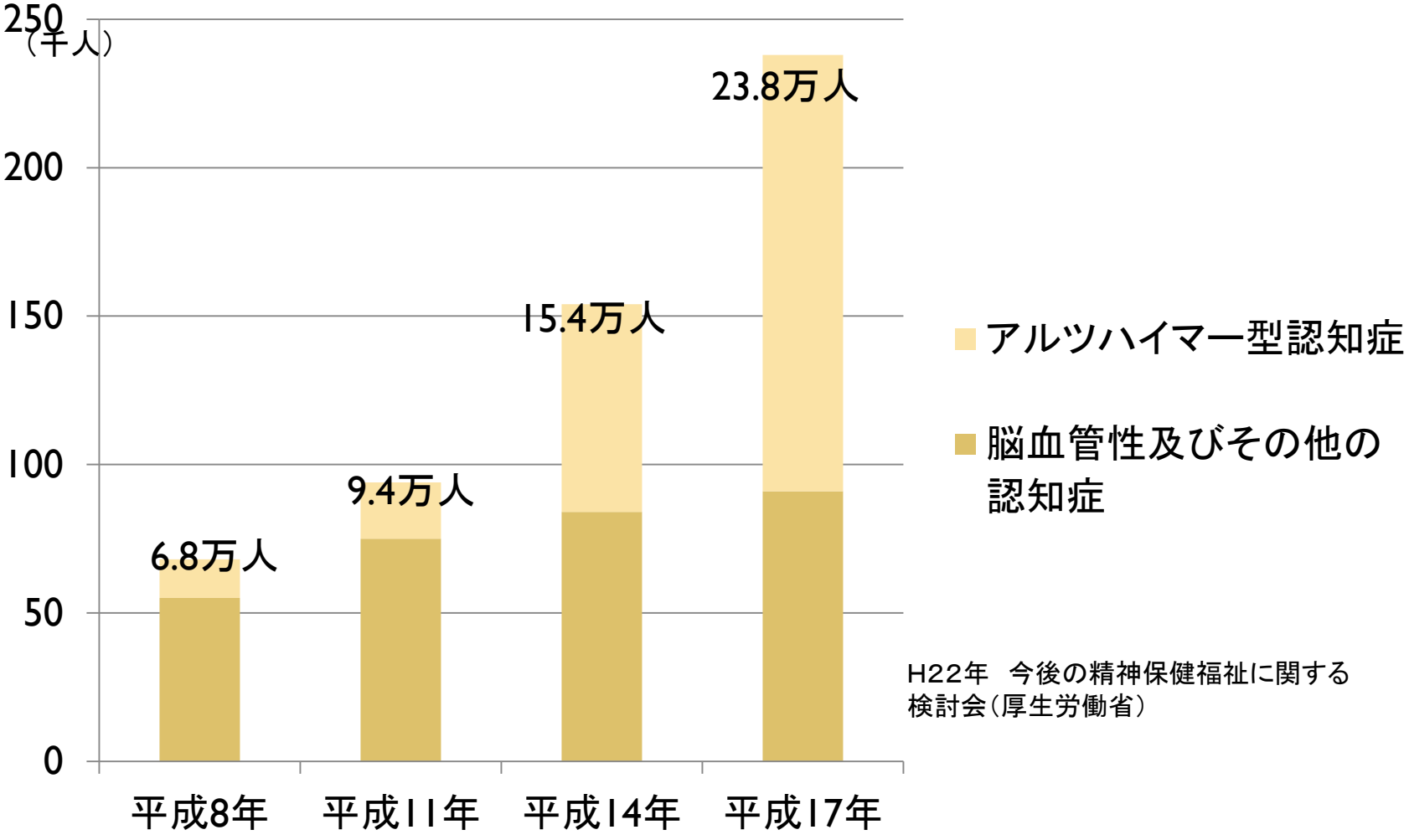
2013年度からの5か年計画の策定

- 全国の自治体で緊急かつ計画的に「ケアの流れ」に沿ったサービス提供できるような各種の基盤を整備
- 社会保障と税の一体改革に沿って、認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護等を拡充

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）
2013年から2017年までの計画

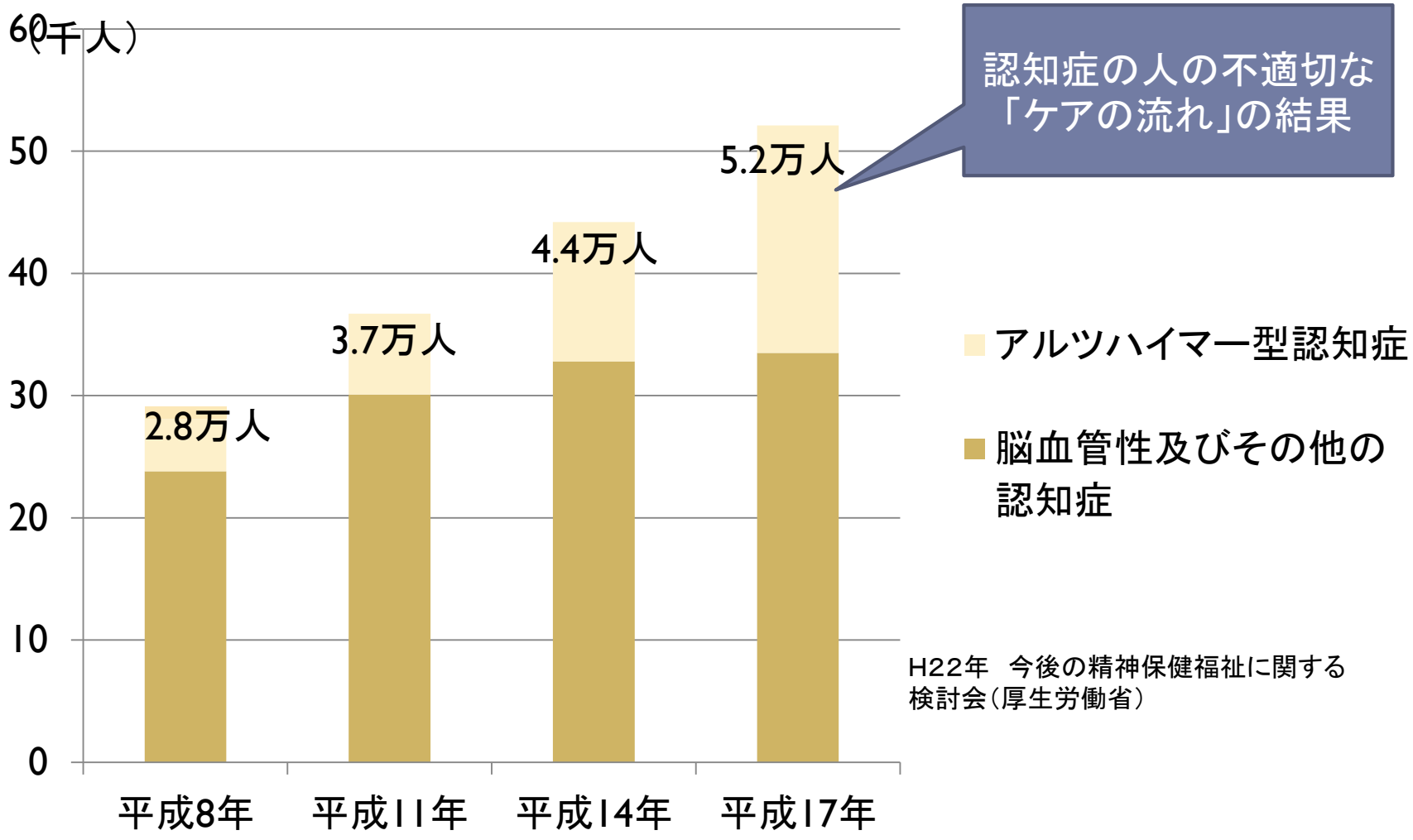
- 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 早期診断・早期対応
  - かかりつけ医認知症対応向上研修、認知症サポート医研修、
  - 「認知症初期集中支援チーム」、身近型認知症疾患医療センターの創設、
  - ケア会議の推進
- 地域での生活を支える医療サービスの構築
  - 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」「退院支援・地域連携パス」の作成等
- 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 地域での日常生活・家族の支援の強化
  - 認知症地域支援推進員（5つの中学校区当たり1人配置）
- 若年性認知症施策の強化
- 医療・介護サービスを担う人材の育成

認知症外来患者数の年次推移



H22年　今後の精神保健福祉に関する検討会（厚生労働省）

精神病床 認知症疾患入院患者数の年次推移



H22年　今後の精神保健福祉に関する検討会（厚生労働省）

認知症の人の精神科病院の長期入院の要因

① 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分。このため、早期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でも、施設や精神科病院を利用せざるを得ない。

② 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。

③ 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否したり、行動・心理症状に対応できないので精神科病院で対応。施設でも、行動・心理症状に対応できないので、精神科病院に入院させるケースがある。

④ 認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。

⑤ 退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院を退院できる認知症の人も地域の受入れ体制が十分でない。

「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」重点施策

① 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期ケアの導入

② 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

③ 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中の行動・心理症状発生者に対する外部からの専門科によるケアの確保

④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者による調査、研究の実施

⑤ 「退院支援・地域連駅クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成と地域での受け入れ体制づくりの推進

身近型認知症疾患医療センターの整備目的

整備目的：

　かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

1）身近な地域に存在する（概ね65歳以上人口6万人に1か所程度）。

2）検査体制を有する医療機関との連携により的確な診断や投薬の適切な管理等を行うことができる認知症の専門の経験を有する医師及び臨床心理技術者（兼務可）を配置する。

3）診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていけるよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある数箇所の地域包括支援センター等との連携担当者を配置（兼務可）し、連携体制を築いている。

4） 行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避する目的として、病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など（いわゆる地域リエゾン）を行っている。

5） 診療所（有床診療所、無床診療所）又は病院により行われるもの。

地域型と身近型認知症疾患医療センターの違い

	地域型	身近型
設置目標数	全国150ヶ所（H24　171ヶ所）	全国500ヶ所（概ね高齢者人口6万人に1か所）
対象医療機関	病院	クリニックまたは病院
役割	専門医療相談鑑別診断、身体合併症・周辺症状への対応、地域連携の推進、人材育成、情報発信	専門医療相談、鑑別診断、地域との連携
専門医師	1名以上	同左
心理士	1名以上	同左
医療相談室	2名以上の専門相談員	1名以上の専門相談員
検査体制	CT・MRI・SPECTを有していること（MRI・SPECTは他の医療機関との連携可）	検査体制を有する他医療機関との連携体制要（CT自院所有不要）
病床	一般病床と精神病床を有していること（一方のみの場合は他医療機関との連携体制要）	不要
アウトリーチ	不要	患者、かかりつけ医、一般病院、介護保険施設等からの依頼に応じて往診や医療相談を行う

認知症の早期診断の取り組み

（診断方法）

① 問診
② CT
③ 心理テスト： MMSE,HDS-R、FAB、COGNISTAT等

（早期発見の取り組み）

① 2013年度よりメモリーワーキングを実施
MIC及び一般高齢者を対象にメモリーワーキングの実施
② 地域包括支援センターとの連携
周辺4市、板橋区、練馬区の包括支援センターとの連絡会
③ 公開講座の開催
年1回の公開講座の開催

BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン
その背景と目的

- かかりつけ医は、高齢者の身体疾患への日常的な対応や健康管理などを通じて、状態の変化をいち早く捉えることが可能である。さらに、認知症者を取り巻く家族の状況を含めた環境についても把握しやすい立場である。BPSD が多要因によって発現あるいは修飾されることを考えれば、かかりつけ医が認知症疾患医療センターなどの専門的な医療機関と連携することにより早期の対応が可能となり、BPSD の悪化防止に寄与することができる。
- 認知症者のQOL は多要因によって規定され、BPSD あるいはその治療のための向精神薬によっても影響を受ける。24 年度に行われたかかりつけ医による認知症者に対する向精神薬の使用実態調査結果（事業担当者：一般社団法人日本認知症ケア学会理事長本間昭）では、かかりつけ医（2960 人に調査票が発送され、604 人から有効票が回収。回収率19.5%) の94.5% に認知症患者が通院し、89.2% が向精神薬を服用していたが、常に同意を得ているかかりつけ医は19.1% という低い率にとどまっていた。
- 同調査の22 種類のBPSD について向精神薬を処方することがあるかどうかの設問では多弁、過食、異食、徘徊、介護への抵抗など向精神薬の有効性に関する報告がないBPSD に対しても向精神薬が処方されている実態が示された。
- 認知症の治療ガイドラインはすでに日本神経学会によってまとめられたものがあるが、ここではそのエビデンスを踏まえてより実践的なガイドライン作成を意図した。
- 向精神薬の使用に際して、身体拘束を意図した投薬は避けるべきであり、いかなる場合でも認知症になっても本人の意思が尊重される医療サービスが提供されるように努めるべきである。なお、治療によりBPSD が改善しない場合には認知症疾患医療センターなどの専門的な医療機関へ紹介などの連携をとることが望ましい（診療情報提供料Ｉの認知症専門医療機関連携加算、認知症専門診断管理料2など、BPSD が悪化した場合のかかりつけ医と認知症疾患医療センターの連携について診療報酬上も評価がなされている）。

アルツハイマー型認知症の国内の主な治療薬

一般名 （製品名）	ドネペジル	リバスチグミン	ガランタミン	メマンチン
作用機序	アセチルコリン エステラーゼ阻害	アセチルコリン エステラーゼ および ブチリルコリン エステラーゼ阻害	アセチルコリン エステラーゼ阻害 および ニコチン性アセチルコリン受容体への APL作用	NMDA受容体 チャネル阻害
アルツハイマー型 認知症の適応症	軽度から高度	軽度及び中等度	軽度及び中等度	中等度及び高度
剤型	錠、細粒、 口腔内崩壊錠、 内用ゼリー	パッチ	錠、口腔内崩壊錠、 内用液	錠
投与回数	1日1回	1日1回	1日2回	1日1回
特徴	進行の抑制 行動障害の発現抑制 海馬の影響？ 行動の賦活	進行の抑制 貼付剤 血中濃度の安定 ADLの改善	進行の抑制が強い 行動障害の改善 見守り時間の退縮	進行抑制 他の高認知症役との併用

破局反応（怒りの反応）

症　状

- 突然の怒りの爆発
- 言語的攻撃性（叫ぶ、ののしる）
- 身体的攻撃（叩く、蹴る、噛む

- 軽度から中等度アルツハイマー病患者の38%にみられる。

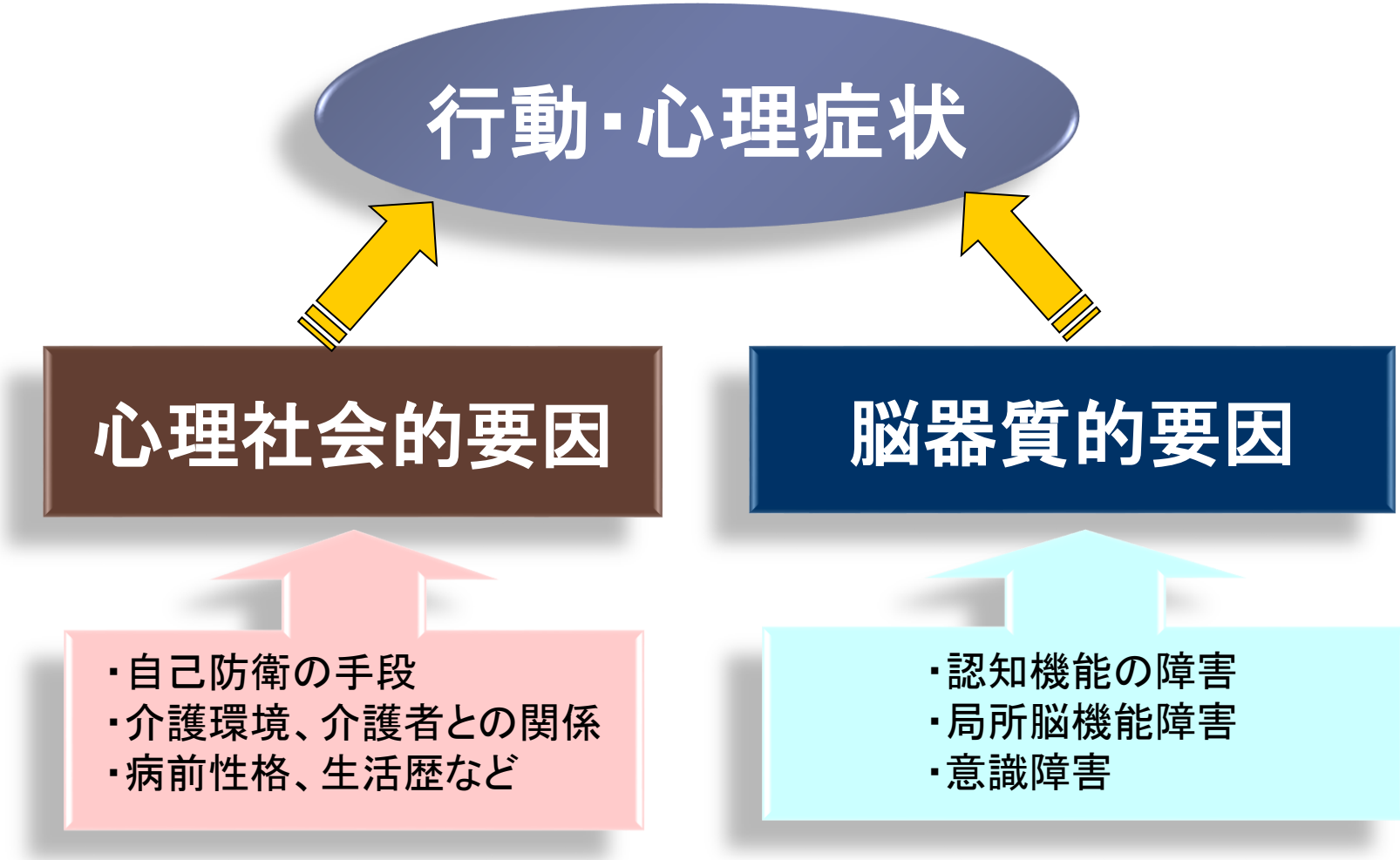
発症機序

- 器質的要因
  脳損傷（扁桃体、側頭葉、視床下部）、
  神経伝達物質の機能障害（脳内セロトニンの低下）

- 心理的要因
  新たな環境との出会い、
  自分が忘れっぽくなっている、あるいは病気と気づく
  コミュニケーション能力の低下
  精神病状態の苦悩を行動で示す
  病前性格の尖鋭化
  介護者との過去における問題のある関係

- 環境的要因
  さまざまな騒音
  薄暗い照明
  慣れない場所への引っ越し
  敵対的な患者管理の仕方

行動・心理症状の発症要因



BPSDの薬物療法

抗精神薬

従来型神経遮断薬：　ハロペリドール、Thiothixene, loxapine
非定型抗精神病薬：　リスペリドン、オランザピン、クエチアピンなど

抗うつ薬

トラゾドン（デジデル）
選択的セロトニン再取り込み阻害剤　（SSRI)
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤（SNRI)

抗不安剤

ベンゾジアゼピン

抗けいれん剤

バルプロン酸，カルバマゼピン

非定型抗精神病薬の注意すべき合併症

	糖尿病	ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病	皮質下部の脳障害	心血管系低血圧	脱水等の身体的疲弊
ﾘｽﾍﾟﾘﾄﾞﾝ(リスパダール)	慎重	慎重		慎重	慎重
ﾍﾟﾘｽﾋﾟﾛﾝ(ルーラン)	慎重	慎重		慎重	慎重
ｵﾗﾝｻﾞﾋﾟﾝ(ジプレキサ)	警告・禁忌				
ｸｴﾁｱﾋﾟﾝ(セロクエル)	警告・禁忌			慎重	
ｱﾘﾋﾟﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ（エビリファイ）	警告・禁忌			慎重	
ﾊﾛﾍﾟﾘﾄﾞｰﾙ				慎重	慎重
ｸﾛﾙﾌﾟﾛﾏｼﾞﾝ			原則禁止		慎重
理由	悪化	EPS悪化	高熱反応	血圧低下	悪性症候群

➢ 和光病院の認知症入院医療

① 尊厳を支えるケアも治療の一環
② 身体抑制の完全廃止
③ 第三者委員会による評価制度

スタッフ教育

- 年間研修計画をもとに実施
- 月に1回（勤務時間内）
- 認知症や高齢者に関する知識の習得
- 看護実践能力の向上
- 院外研修や学会への参加、発表

常に新しい情報を把握し、知識や技術を取り入れる努力をすることは、社会的責任

接遇の改善

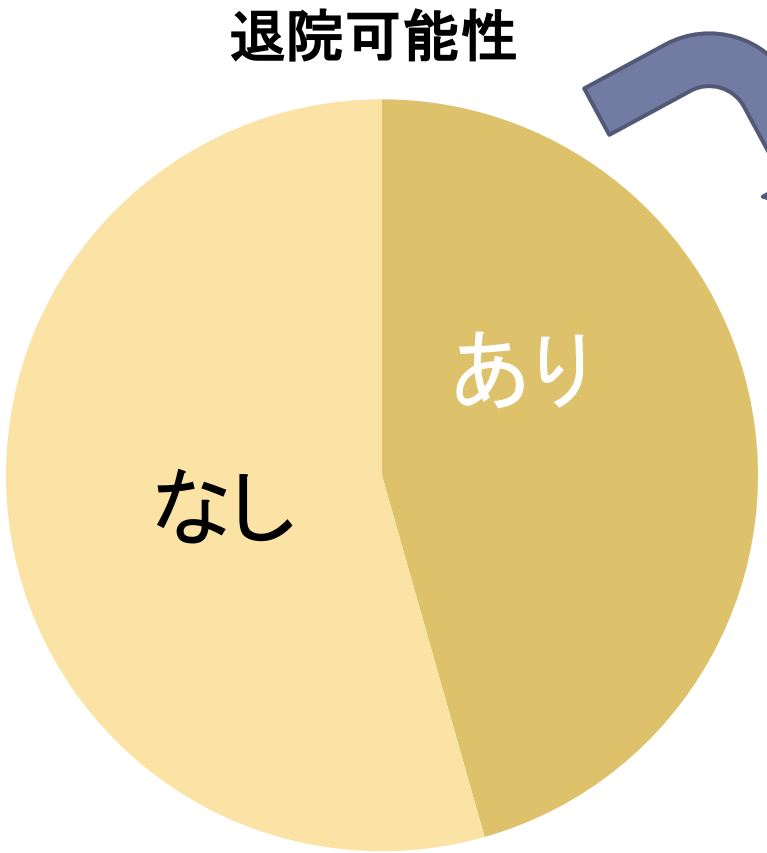
- 接遇委員会が中心となり、毎月、接遇目標を決定
- 勤務の始まりに全員で目標を唱和
- 勤務終了時には、目標の達成状況を評価

職員の接遇に対する意識が向上

第三者評価制度の導入

- 目的は、患者の人権擁護
- 委員は外部の有識者4名より構成
- 病棟の構造や備品，病室の清潔さや装飾，職員の仕事ぶりや態度，患者の様子など，さまざまな視点で視察
- 委員の報告書は，スタッフ全員が目を通し，必要に応じてカンファレンスを開催
- 年1回、合同会議

退院可能性患者が退院に結びつかない理由



- **転院・入所順番待ち・・・・・・・・・・・・53.7%**
- 転院・入所依頼しても受け付けられない・・・・・・・・・・・・・・・・・・2.6%
- 医療行為があるために転院・入所を断られる・・・・・・・・・・・・・・・・2.5%
- 要介護度が低いため転院・入所できない・・・・・・・・・・・・・・・・・・4.1%
- 地域内でサービスが少なく適所がない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2.3%
- **家族（または本人）の了解が得られない・・・・・・・・・・・・・・・・22.8%**
- その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11.9%

厚生労働科学特別研究事業：認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究」
研究代表者：朝田隆

クリニカルパス

- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
- 平成24年度 クリティカルパスの作成
- 平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
- 平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

ケアパスの作成・普及の視点

① 認知症者やその家族に介護サービスのアクセス方法や支援の種類について十分理解することができるツールとなる

② 認知症の進行状態に合わせた標準的な医療・介護サービスを受けることができる

③ 認知症の人が施設入所や精神病院入院せずにできるだけ住み慣れた地域で生活することを基本的な考えとし、それを遂行するためのツール

認知症の地域保健・医療・福祉連携

- 認知症者とその家族を地域で支援していくためには、彼らのニーズを明確にし、地域の各種サービスを有効に提供することが望まれる。それには、サービス提供者の専門性を生かした各種サービスのコーディネートとそれらのサービスを効率良く実施するための地域連携システムが不可欠である。
- 地域連携システムを円滑に運用するためには、地域のフォーマルならびにインフォーマルサービスを十分に把握し、どのようなサービスの連携がクライアントに必要か、その根拠を明らかにしする連携診断が必要となる。
- 連携診断とは、クライアントのニーズに沿った支援を有効に実施するために、地域の社会資源サービスの連携プランを立て、その円滑な実施に図るためのツールである。
- 連携診断は、各種サービス担当者が共有するものであり、それぞれの専門サービスの実施と他の専門サービスが係わる事によるクライアントにもたらす効果を共有するものでもある。
- 連携コーディンrーターの主な実施者は、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーまたは各事業所のケアマネジャー等の実践者で、認知症者とその家族の人権擁護を明確にした方法に基づく情報の共有とサービスの実施が要求される。

多職種連携の利点と課題

利点

利用者

- 適切で効果的なケアプランの作成
- 多彩な視点による多くの選択肢
- 多様な立場からの意見を踏まえた検討
- 恣意的なアセスメント、パターナニズムの相互規制

専門職

- 多彩な視点、知識の相互理解
- 専門性の向上
- バーンアウトの予防

サービス機関

- 一貫したサービスの提供
- サービスの二重提供の防止
- サービス内容の標準化
- 専門性の向上、サービスの質の向上

課題

利用者

- 利用者の意向を無視した専門家同士の結託
- 選択制の低下
- ケアプラン作成の遅延
- 情報の漏洩、人権侵害

専門職

- 役割、責任のおしつけ
- 保守的傾向
- 非生産的

サービス機関

- 費用効果が上がらない
- メンバーの活動時間の制約
- 施策や規制の変更等を迫られる

認知症専門医療現場での課題

1. 認知症の早期発見、生活支援、家族の介護支援を支える精神科医療を実施するための医療体制の構築
2. エビデンスに基づく認知症の早期治療、BPSDのケアと薬物療法、尊厳を支えるケアの実施
3. 「ケア、環境も治療の一環」を共通認識として精神科医療を実践する
4. 地域の社会資源との連携は、認知症医療に欠かせない。連携とはそれぞれの職種専門性を理解し、認知症医療の専門をより深める必要がる。
5. 有効なクリニカルパスとは何か、医療現場のパスの考え方との違いを明確にし、有効なパスの作成を検討