

図2 要介護認定申請からサービスの利用・給付に至るまでの流れ

日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用を支援することによって、金銭管理や財産管理、サービス利用契約の支援を行っている。そして介護保険サービスが必要な場合には、介護保険サービスの内容や要介護認定申請手続きについて情報を提供し、申請代行を含め、その利用を支援している。このような支援を行う人は、認知症支援コーディネーターということができる。

4 介護保険サービス

介護保険サービスは、保険給付による経済的サポートを受けて利用することができる重要な生活支援サービスである。

このサービスを利用するには要介護認定を受けなければならない。要介護認定申請からサービス

の利用に至るまでの流れは図2のとおりである。利用者は市町村窓口申請し、介護認定調査員の訪問による認定調査を受けるとともに、医療機関で意見書を作成してもらい窓口提出する。介護認定審査会は、①認定調査に基づくコンピュータ一次判定結果、②訪問調査の際の特記事項、③主治医意見書に基づいて要介護認定（二次判定）を行い、市町村担当課が二次判定結果を利用者に通知する。

給付には予防給付と介護給付があり、要支援認定者は予防給付、要介護認定者は介護給付を受けることができる。予防給付の対象となるサービスには介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、住宅改修があり、介護給付の対象となるサービスには、居宅サービス、地域密着型サービ

表3 居宅サービスの概要

訪問介護（ホームヘルプサービス）：介護福祉士（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言、その他の必要な日常生活上の世話を行う
訪問入浴介護：入浴車等により居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う
訪問看護：病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた者について、病院、診療所または訪問看護ステーションの看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行う
訪問リハビリテーション：病状が安定期にあり、計画的な医学的管理のもとにおけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた者について、病院、診療所または介護老人保健施設の理学療法士または作業療法士が居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法等の必要なリハビリテーションを行う
居宅療養管理指導：通院が困難な者について、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等が、居宅を訪問して、心身の状況や環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行う
通所介護（デイサービス）：老人デイサービスセンター等に通所させ、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他の必要な日常生活上の世話および機能訓練を行う
通所リハビリテーション（デイケア）：病状が安定期にあり、計画的な医学的管理のもとにおけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた者について、介護老人保健施設、病院または診療所に通所させ、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行う
短期入所生活介護（ショートステイ）：老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所させ、その施設で、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話および機能訓練を行う
短期入所療養介護（ショートステイ）：病状が安定期にあり、短期入所による医療を要すると判断される者を、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に短期間入所させ、その施設で、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話を行う
特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）：特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届けられている高齢者専用賃貸住宅）に入所している要介護者等について、その施設で提供するサービスの内容、担当者、要介護者の健康上および生活上の問題点、解決すべき課題、提供するサービスの目標およびその達成時期、サービスを提供するうえで留意事項を記載したサービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談・助言、その他の日常生活上の世話、機能訓練および療養上の世話を行う
福祉用具貸与：福祉用具（心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具および要介護者等の機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのもの）のうち厚生労働大臣が定めるものを貸与する
特定福祉用具販売：前記の福祉用具のうち、入浴や排泄のための福祉用具、その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の販売を行う

ス、住宅改修、施設サービスがある。

居宅サービスは、居宅（自宅以外にも、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを含む）の要介護者に対して提供されるサービスであり、訪問サービス、通所サービス、短期入所サービスなどがある（表3）。地域密着型サービスは、住み慣れた地域において地域の特性に応じて提供される多様なサービスであり、24時間対応の訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護などがある（表4）。住宅改修は、手すりの取り付けなど、厚

生労働大臣が定める特定の種類の住宅改修費を支給するものである。施設サービスは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設で提供されるサービスである（表5）。

サービスの利用計画（ケアプラン）は自ら作成することもできるが、要支援認定者は地域包括支援センターの介護支援専門員とともに、要介護認定者は居宅介護支援事業所や施設の介護支援専門員とともにケアプランを作成することができる。介護支援専門員は、本人と家族介護者の思いに耳

表4 地域密着型サービスの概要

<p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護：日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的にまたは密接に連携しながら提供する。介護・看護ニーズに24時間対応することで中重度者の在宅生活を支える役割を果たすことが期待される。次のいずれかに該当するもの</p> <p>①定期的な巡回訪問や随時の通報により居宅を訪問し、介護福祉士等が入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うとともに、看護師等が療養上の世話や必要な診療の補助を行う</p> <p>②定期的な巡回訪問や随時の通報により、訪問看護を行う事業所と連携して利用者の居宅を訪問し、介護福祉士等が入浴、排泄、食事等の介護や、その他の日常生活上の世話をを行う</p>
<p>夜間対応型訪問介護：居宅の要介護者に対し、夜間において、定期的な巡回訪問や通報により利用者の居宅を訪問し、介護福祉士等が入浴、排泄、食事等の介護や、その他の日常生活上の世話をを行う</p>
<p>認知症対応型通所介護：認知症の人に対し、特別養護老人ホームまたは老人デイサービスセンターに通所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行う</p>
<p>小規模多機能型居宅介護：その人の心身の状況やその人がおかれている環境等に応じて、その人の選択に基づいて、居宅または事業所で、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行う。利用者は「通い」を中心にして、様態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることができるので、中重度になっても在宅での生活が継続できるようになる。事業所においても、人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行が可能になるように配慮されているため、どのサービスを利用してもなじみの職員によるサービスが受けられることができる。また、グループホーム、小規模の介護専用型特定施設（有料老人ホーム）、小規模介護老人福祉施設、有床診療所（介護療養型医療施設）を併設することによって、居住系のサービスと連続的・一体的なサービス提供も可能となる</p>
<p>認知症対応型共同生活介護（グループホーム）：認知症の人が共同生活を営む住居で、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行う</p>
<p>地域密着型特定施設入居者生活介護：定員29人以下の小規模介護専用型特定施設（入居者が要介護者と配偶者等に限られる有料老人ホーム等）に入所・入居する者に、地域密着型特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話をを行う</p>
<p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護：定員29人以下の小規模の特別養護老人ホームに入所する要介護者に対して、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話をを行う</p>
<p>複合型サービス：居宅サービス9種類（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護）、地域密着型サービス4種類（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護）のなかから2種類以上組み合わせ提供されるサービスのうち、「訪問看護」と「小規模多機能型居宅介護」を組み合わせたサービス（その他これとともに一体的に提供されることがとくに効果的・効率的と考えられるサービスの組合せも含む）、利用者の介護・看護のニーズに対応していくことによって要介護者の在宅生活を支えていくことが期待されている</p>

表5 施設サービスの概要

<p>介護老人福祉施設サービス：介護老人福祉施設（老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム、入所定員30人以上）に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話をを行う</p>
<p>介護老人保健施設サービス：介護老人保健施設（都道府県知事の許可を受けたもの）に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理のもとにおける介護、機能訓練、その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行う</p>
<p>介護療養型医療施設サービス：介護療養型医療施設（療養病床を有する病院または診療所）に入院する要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、その他の世話、機能訓練、その他の医療を行う</p>

を傾け、相互に信頼し、尊重し、助け合いながら、さまざまな課題解決に向けて一緒に歩むパートナーである。そのような意味で、認知症支援コーディネーターとなりうる専門職である。

おわりに

ADの診断後支援で最も重要なことは、診断をした医師が、これから創り出される支援のネットワークのなかで本人も家族も希望をもって暮らしていくことができることを、明確なメッセージとして伝えることであろう。そこをスタート地点として、かかりつけ医が提供するプライマリヘルスケア、地域包括支援センターが調整する生活支援サービス、介護支援専門員とともに計画する介護保険サービスを利用しながら、社会とのつながりを保ち、相互に信頼し、尊重し、助け合う、人と人との関係をつくり維持していくことが、AD診断後の生活ストラテジーの基本になるのではないと思われる。

文 献

- 1) A Collaborative Project of the Family Medicine Community : Health is primary ; Family medicine for America's health. *Ann Fam Med*, **12** [Suppl.] : s1-s12 (2014).
- 2) Alzheimer Scotland : 5 Pillar Model of Post Diagnostic. Available at : http://www.alzscot.org/campaigning/five_pillars (2015年4月3日閲覧)
- 3) 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症サポート医等のあり方と研修体系・教材に関する研究事業」委員会編(委員長:国立長寿医療研究センター鳥羽研二)「かかりつけ医認知症対応力向上研修教材(テキスト・DVD)」.
- 4) 厚生労働省:「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」について. 平成27年1月27日. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html> (2015年4月3日閲覧)
- 5) 厚生労働省:地域包括ケアシステム 5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加. Available at : http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chuiki-houkatsudl/link5.pdf (2015年4月3日閲覧)
- 6) 新田國夫:地域包括ケアとかかりつけ医. *日本医師会雑誌*, **143**: 759-763 (2014).
- 7) 弓倉 整:チームアプローチの中で, かかりつけ医に期待される役割. *Dementia Japan*, **27**: 19-26 (2013).
- 8) The Scottish Government : Scotland's National Dementia Strategy 2013-2016. Available at : <http://www.gov.scot/Topics/Health/Services/Mental-Health/Dementia/DementiaStrategy1316> (2015年4月3日閲覧)

特集 病院の外来戦略

【事例】病院外来の新機軸

これからの認知症疾患医療センターに 求められていること

栗田 圭一

病 院

第74巻 第10号 別刷
2015年10月1日 発行

医学書院

[事例] 病院外来の新機軸

これからの 認知症疾患医療センターに 求められていること

粟田 圭一

- 認知症疾患医療センターの目的は、鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期対応、専門医療相談、研修などを通して、地域における認知症医療サービス提供体制の構築を図ることにある。
- 基幹型、地域型、診療所型の3類型があり、全国に約300カ所設置されている。新オレンジプランでは平成29(2017)年度末までに約500カ所設置する目標が立てられている。
- 地域の特性に応じた認知症疾患医療センターの拠点機能を確保していくために、都道府県レベルでの事業評価と創意工夫が求められている。

はじめに

認知症とは、「何らかの脳の器質的障害によって、いったん発達した知的機能(認知機能)が、日常生活や社会生活に支障を来す程度にまで持続的に障害された状態」と定義されている。しかし、認知症の臨床像の特徴は、このような定義では表現しきれない“複雑性”にある。すなわち、「脳の器質的障害—認知機能障害—生活障害」は、本人の身体的健康と精神的健康、本人をとりまく社会的環境との間で、相互に重大な影響を及ぼし合いながら、臨床像を複雑化させ、本人や家族介護者のQOLを著しく低下させるリスクをもって

いる。

認知症診療の基本は、質の高い診断とそれに基づく医療サービスの提供であるが、それと同時に、地域包括支援センターなどの関係機関との連携を通して、住まい・生活支援・保健・福祉・介護を含む統合ケアを適切なタイミングで提供し、これによって複雑化の進展を予防し、本人および家族介護者のQOLを高めていくことにある。

2025年に、わが国の認知症高齢者数は約700万人に達し、高齢者の5人に1人、国民の17人に1人が認知症になるものと推計されている¹⁾。認知症は、今や、全ての国民にとって身近な事象である。したがって、医療サービス提供体制の基本形は、かかりつけ医を起点

とするプライマリヘルスケアが自然である。このようなプライマリヘルスケアを支援する専門医療機関として、セカンダリヘルスケアの役割を担うのが認知症疾患医療センターである。

認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは、都道府県・指定都市が国庫補助を受けて設置する専門医療機関である。その目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修を行い、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図る」²⁾ことにある(表1)。現在の設置基準では、基幹型、地域型、診療所型の3類型が設けられ(表2)、平成27(2015)年5月29日現在で全国に302施設(基幹型14、地域型279、診療所型9)が設置されている(図1)。

平成27(2015)年1月27日に政府より公表された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)¹⁾では、7本柱の中の第2の柱である「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中に認知症疾患医療センターの整備計画が示されている。そこには、①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、②個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行い、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、③整備目標数は平成29(2017)年度末までに約500カ所とするが、基幹型、地域型、診療所型の3類型の機能や連携のあり方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする、と記されている。

すなわち、これからの認知症疾患医療センターは、実施計画(実施要綱)(Plan)、事業運営(Do)、活動状況調査(Check)、課題解決に向けた検討(Action)というプロセスを通して、それぞれの地域の特性に応じた拠点機能が確保できるように、創意工夫を重ねていかなければならない。

■表1 認知症疾患医療センターの事業内容

(1) 専門的医療機能	
ア. 鑑別診断とそれに基づく初期対応	(ア) 初期診断、(イ) 鑑別診断、(ウ) 治療方針の選定、(エ) 入院先紹介
イ. 周辺症状と身体合併症への急性期対応	(ア) 周辺症状・身体合併症の初期診断・治療(急性期入院医療を含む)
	(イ) 周辺症状・身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握(基幹型においては、空床の確保による休日・夜間の対応を含む)
ウ. 専門医療相談	(ア) 初診前医療相談
	a. 患者家族などの電話・面談紹介 b. 医療機関などの紹介
	(イ) 情報収集・提供 a. 保健所、福祉事務所などの連絡調整 b. 地域包括支援センターとの連絡調整 c. 認知症初期集中支援チームとの連絡調整
(2) 地域連携拠点機能	
ア. 認知症疾患医療連携協議会の設置および運営	都道府県医師会・指定都市医師会・都市医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者などから組織された協議会の設置および運営
イ. 研修会の開催	地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員などの関係機関、認知症患者の家族や地域住民などを対象とする研修の開催、および他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力など

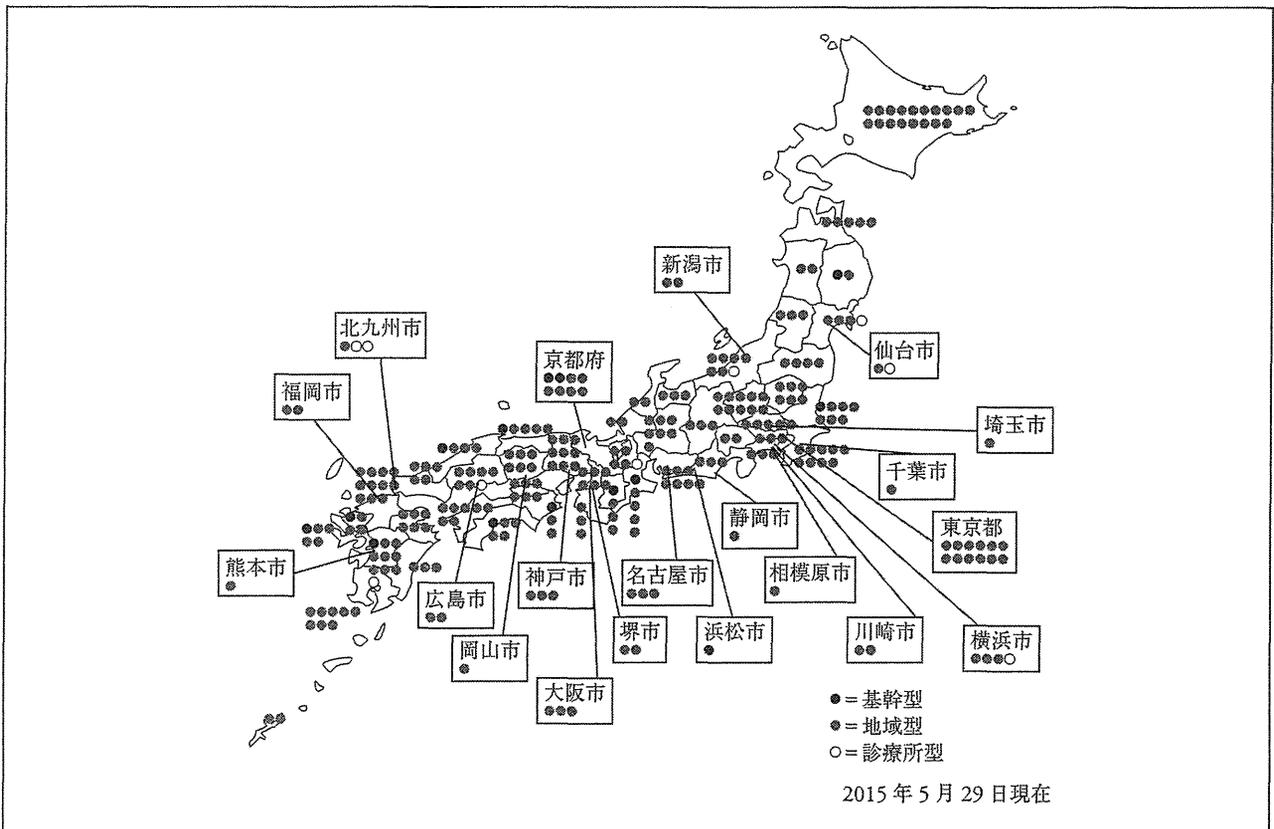
出所：文献2より

認知症疾患医療センターの活動状況調査

平成24(2012)年度に、全国の認知症疾患医療センター172施設(基幹型8、地域型164)を対象に活動状況調査を実施した(回収率68.8%)³⁾。その結果、全センターの97%に専門医、93%に常勤専従の精神保健福祉士または保健師が配置され、97%に医療相談室が設置され、年間に平均1,035件の相談(電話・面接・訪問など)に対応し、318人の鑑別診断を行っていることがわかった(そのうち認知症関連疾患は266人)。また、院外からの紹介件数は平均160人、院外への逆紹介件数は平均91人で、センターの73%がかかりつけ医を対象とする研修会、67%が地域包括支援センター職員等を対象とする研修会を実施し、83%が地域スタッフ

■表2 認知症疾患医療センターの類型と設置基準

類型	基幹型	地域型	診療所型
医療施設の形態	一般病院	一般病院・精神科病院	診療所
専門医療機関としての要件	相談体制 医療相談室を配置	医療相談室を配置	医療相談ができる体制の確保
	人員体制 専門医(専任1名以上), 臨床心理技術者(専任1名以上), 精神保健福祉士または保健師等(2名以上, 1名は常勤専従).	専門医(専任1名以上), 臨床心理技術者(専任1名以上), 精神保健福祉士または保健師等(2名以上, 1名は常勤専従).	専門医(専任1名以上), 看護師・保健師・精神保健福祉士・臨床心理技術者等が1名以上
	検査体制 自施設で血液検査, 尿一般検査, 心電図検査, 神経心理検査, CT, MRI (SPECTは連携施設でも可)	自施設で血液検査, 尿一般検査, 心電図検査, 神経心理検査, CT (MRI, SPECTは連携施設でも可)	自施設で血液検査, 尿一般検査, 心電図検査, 神経心理検査, (CT, MRI, SPECTは連携施設でも可)
	周辺症状・身体合併症に対する急性期入院治療 対応できる一般病床と精神病床を有する	対応できる一般病床, 精神病床のいずれかを有する(いずれかがない場合は連携体制を構築)	対応できる医療機関と連携体制を構築
身体合併症に対する救急医療機関としての要件	2次または3次救急医療施設の指定/リエゾンチームなどによる精神的ケースワーク・院内研修会/休日・夜間の空床確保	なし	なし
地域連携推進機関としての要件	認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員などを対象とする研修	認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員などを対象とする研修(基幹型と連携して機能が確保されていれば可)	認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員などを対象とする研修(基幹型・地域型と連携して機能が確保されていれば可)



■図1 全国の認知症疾患医療センターの設置状況

とケース会議を開催していた。さらに、32%は救急医療機関(救急告示病院, 救命救急センター, 高度救命救急センターのいずれか)の指定を受け、33%は夜間・休日に空床を確保し、44%は医療相談室のチームで救急受診患者を支援していることが明らかになった。

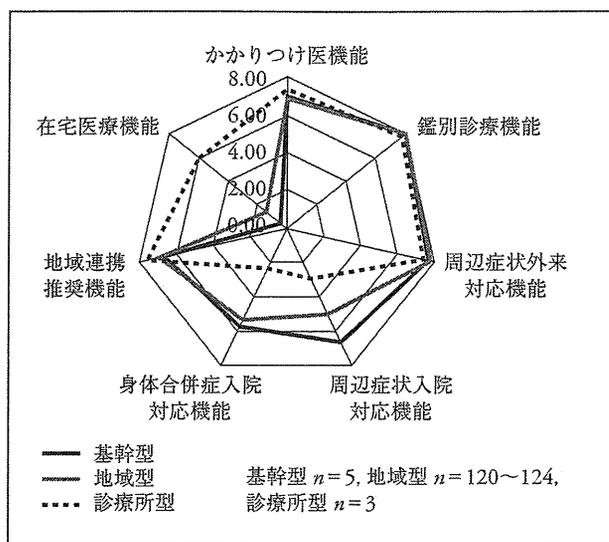
しかし、現在直面している課題についての意見(自由記述)では、20施設から、担当圏域の面積や人口規模が大きすぎるために、十分な機能が果たせない、連携が難しい、外来の予約待機日数が長期化するなどの回答が得られている。

一般病院, 精神科病院, 診療所の比較

より身近な場で、質の高い診断と診断後支援の提供が可能となるように、平成26(2014)年度に「診療所型」認知症疾患医療センターが創設された。同年に、全国の認知症疾患医療センター286施設(基幹型13, 地域型268, 診療所型5)を対象に再び質問紙調査を行ったところ、135施設(基幹型5, 地域型127, 診療所型3)から有効回答が得られた。基幹型と診療所型のサンプル数が少ないために類型別比較を行うには限界があるが、筆者らが作成した「認知症のための医療サービス調査票」⁴⁾を用いて機能を比較したところ、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携推進機能については、3類型でいずれも高い機能を発揮しており、在宅医療機能については、診療所型で高い機能を発揮していることが明らかになった(図2)⁵⁾。

一方、病院種別(一般病院58, 精神科病院74)で比較したところ、一般病院の53%が救急告示病院、21%が救命救急センター、12%が高度救命救急センターの指定を受けているのに対し、精神科病院では7%, 0%, 0%であり、夜間・休日の空床確保は一般病院65%/精神科病院62%、認知症の周辺症状の急性期入院治療を自施設で対応しているのは一般病院49%/精神科病院99%、重篤な身体合併症の急性期入院治療を自施設で対応しているのは一般病院87%/精神科病院11%であった⁶⁾。

以上の結果を総合すると、①認知症の診断、周辺症状外来対応、地域連携は、すべての認知症疾患医療センターの共通機能であるが、②精神科病院は周辺症状



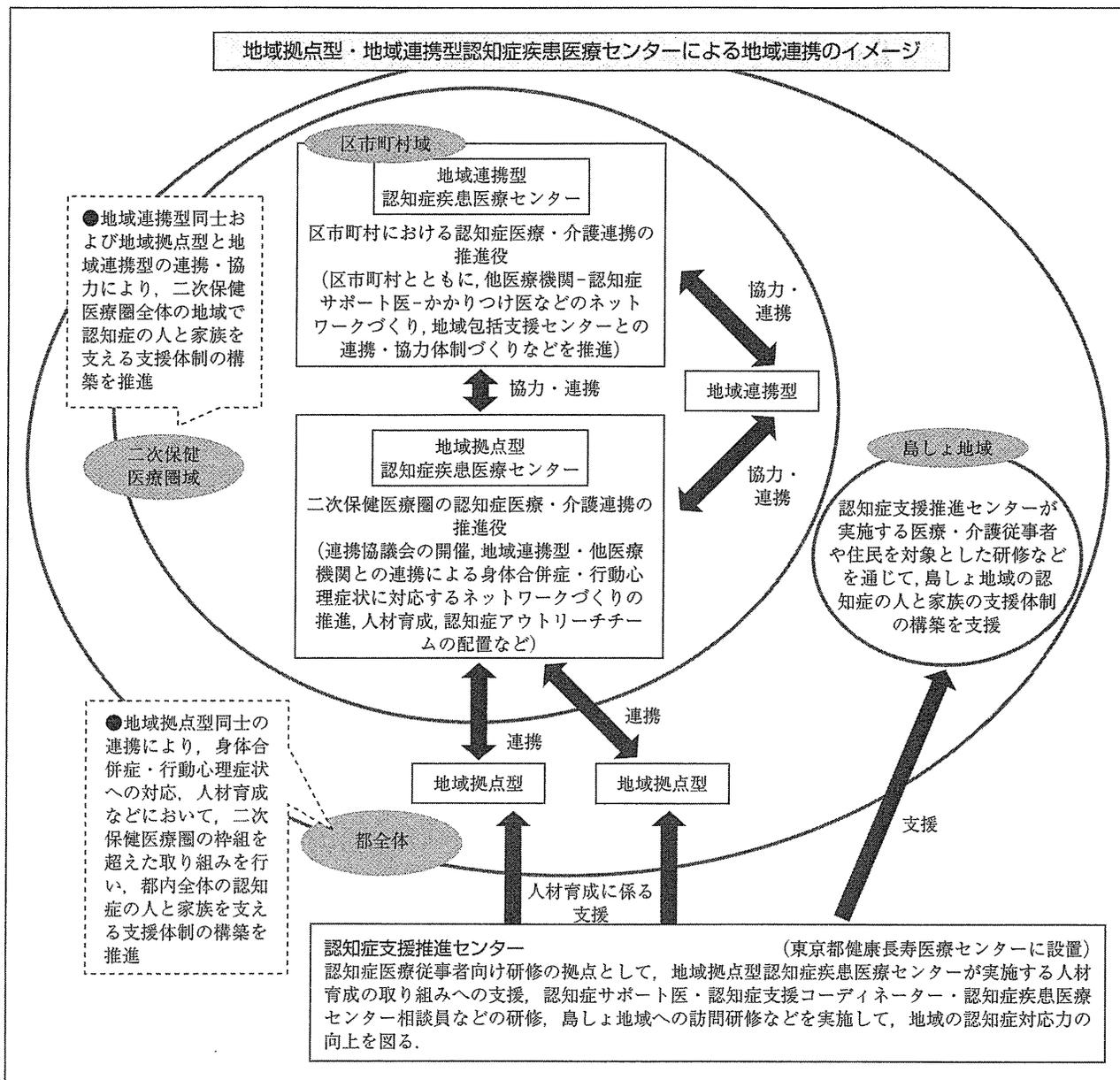
■図2 基幹型, 地域型, 診療所型の機能の比較

の急性期入院治療、③一般病院は重篤な身体合併症の急性期入院治療、④診療所は在宅医療、についてそれぞれ高い機能を発揮していることが示唆された。

地域の特性に応じた機能分担と連携のあり方—東京都の例

高齢者人口も高齢単独世帯の割合も都道府県で最も高い東京都では、平成24(2012)年度に、二次医療圏域単位に計12カ所の認知症疾患医療センターを設置した。しかし、一つの認知症疾患医療センターが管轄する圏域の人口規模が大きすぎるという課題は繰り返し指摘された。

そこで、平成27(2015)年度からは、区市町村単位にセンターを設置することとし、従来の二次医療圏域単位に設置するセンターを「地域拠点型」、新たに区市町村単位に設置するセンターを「地域連携型」と呼ぶことにした。区市町村単位の「地域連携型」は、①専門医療機関としての機能、②地域連携推進機関としての機能を担い、「地域拠点型」はこれに加えて、③認知症疾患医療介護連携協議会の開催、④二次医療圏における身体合併症と行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) に対応するネットワークづくり、⑤かかりつけ医、一般病院の医療従事者、地域包括支援センター職員などの研修、⑥区市町村の認知症支援コーディネーターと連携した認知症



■図3 東京都の地域連携型認知症疾患医療センター、地域拠点型認知症疾患医療センター、認知症支援推進センターの連携体制のイメージ

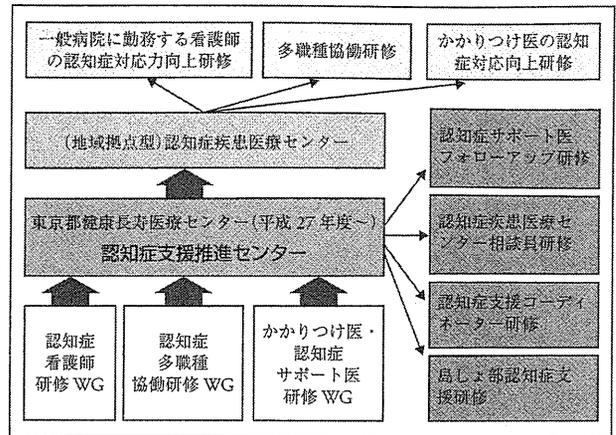
アウトリーチチーム事業を担うこととした。このようにして区市町村単位の「地域連携型」センターと二次医療圏単位の「地域拠点型」センターが相互に連携しながら圏域の認知症支援体制の構築を進めると同時に、東京都全域の認知症疾患医療センターと島しょ部の認知症支援体制づくりを支援するために、「認知症支援推進センター」を都に1カ所設置した(図3)。

ここで言う認知症アウトリーチチームとは、「地域拠点型」認知症疾患医療センターに標準装備され、区

市町村に配置された認知症支援コーディネーターと連携して、地域の中で認知症のアセスメントを行い、診断へのアクセスを促進し、診断後支援を調整する役割を担う地域拠点型初期支援チームである。図式的には、新オレンジプランにおいて、平成30(2018)年度までに区市町村単位で事業化されることになっている認知症初期集中支援推進事業を後方支援する事業となっている。2013年8月～2015年3月の期間に、認知症支援コーディネーターは4,044人の相談に応需している

が、このうちの252人に対して認知症アウトリーチチームが支援を行っている。

「地域拠点型」認知症疾患医療センターは、さらに、一般病院に勤務する看護師の認知症対応力向上研修、多職種協働研修、かかりつけ医の認知症対応力向上研修を行っており、「認知症支援推進センター」は、ワーキンググループを設置して個々の研修カリキュラムとテキストを作成するとともに、講師養成研修を行っている。また、認知症サポート医フォローアップ研修、認知症疾患医療センター相談員研修、認知症支援コーディネーター研修を行うとともに、鳥しょ部の認知症支援体制づくりを支援している(図4)。



■図4 東京都における認知症支援のための人材育成体制

おわりに

平成27(2015)年度に、老人保健健康増進等事業において、「各都道府県・指定都市の状況に応じて認知症の医療体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化が適切であるか」を討議するための国レベルの委員会が設置された。一方、認知症

疾患医療センター運営事業実施要綱には、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置するとともに、認知症疾患医療センターの事業評価を行うことが、都道府県の責務として定められている。地域の特性に応じた認知症疾患医療センターの拠点機能を確保していくためには、都道府県レベルで事業評価を行い、PDCAサイクルを稼働させ、創意工夫を重ねていかなければならない。

文献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室：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(平成27年1月27日)。2015
- 2) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱。平成26年7月9日付老初0709号第3号「認知症施策など総合支援事業の実施について」。
- 3) 栗田主一：認知症診療の枠組み。精神神経学雑誌116:378-387, 2014
- 4) 栗田主一：診療所医師の機能—認知症地域医療支援事業の意義について—。老年医学51:35-38, 2013
- 5) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム員の質の確保等に向けた調査研究事業。平成26年度老人保健健康増進等事業(研究代表者栗田主一)。pp71-119。
- 6) 栗田主一：精神科病院に新規に入院する認知症高齢者の実態調査。平成26年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査：入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」(研究代表者前田潔) pp6-11。

シナプス

精神科特別部会のコーナー

目指せ！日本のアドミラルナース

－石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介－



石川県立高松病院 院長 北村 立



カット：山崎俊生

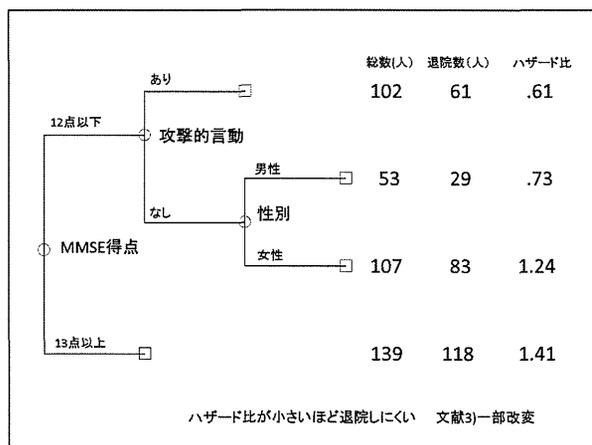
1. 認知症訪問看護を始めたきっかけ

石川県立高松病院（以下、当院）は平成20年より高齢者専用の精神科急性期治療病棟（以下、急性期病棟）を運用し、認知症の早期退院に尽力している^{1),2)}。しかし26年にグループホームや特別養護老人ホームが在宅として認められるまでは、在宅への移行40%という施設基準をクリアするのに四苦八苦していた。同じ頃、認知症の新規入院患者402名の認知機能、精神機能、日常生活能力、社会的な背景などを分析したところ図1を得た³⁾。詳細は省くが、高度の認知機能障害、攻撃的言動、男性の三つは自宅や施設への退院を阻害する因子であることが判明した。特に男性の認知症患者は早い段階での医学的介入が必要と思われ

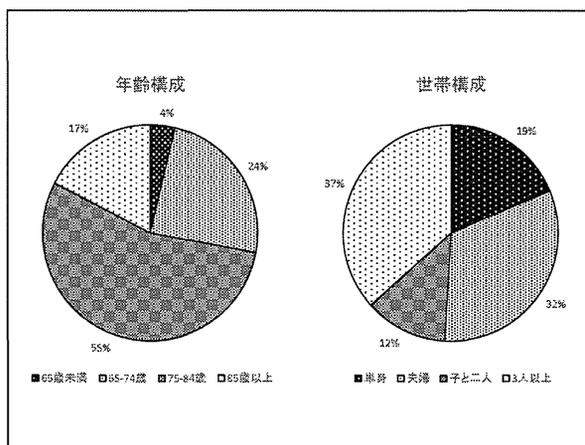
た。当院の事情で言うなら、急性期病棟の施設基準をクリアするためには、認知症の進行した男性を入院させない努力が必要ということである。ところで認知症女性の介護者は半数が子供世代だが、男性の場合は半数が妻である⁴⁾。彼女らに話を聴くと、自分は多少辛くても介護したいが子供らに気兼ねしているということが多。早期から介護する妻を支援し、子供や介護担当者との間に立ち、在宅介護の体制を整えておけば、一旦入院しても再び家で看ることができ、あるいは施設への移行もスムーズになるはずである。家族も病院も介護関係者も皆 happy な Win-Win の関係が築ける。このような考えから当院の認知症訪問看護は始まった。

2. 認知症訪問看護の実績と効果

従来の精神科訪問看護とは別に、専属の職員を配置して認知症訪問看護を開始したのが平成21年である。担当者を徐々に増やし、平成27年4月からは5人がその任にあっている。平成23年から25年までの3年間の登録者194人のうち複数回訪問看護を行った161人の年齢と世帯構成を図2に示す。平均年齢は78.0歳、半数以上が単身世帯あるいは高齢世帯であった。訪問看護の対象を大雑把にまとめると図3のような項目があげられる。介護家族がいるケースでは、通所サービスを拒む場合や、隣人等とのトラブルの調整が必要な場合が多い。また初診時に入院が必要と思われるケースでも可能な限り即入院とはせず、初期薬物



(図1) 自宅や施設への退院に関する樹木モデル (CART分析)



(図2) 訪問看護対象者の年齢と世帯 (n=161)

治療を行うと同時に数日以内に訪問看護を行い、患者宅でケアマネージャー等とケア会議を行うようにしている。本人、家族の希望や地域の資源を把握した上で関係者全員が退院後の生活をイメージしておくのである。この入院前の一週間こそ当院の入院期間が短く自宅への退院率が高い理由であり、それだけで入院を回避できるケースも相当数ある。

さらに、実際生活の場へ出向くと多くの情報が得られるのは言うまでもない。例えばレビー小体型認知症で幻視が華々しいケースでは、家の壁紙や照明、調度品などに問題があるご家庭が多い。階段の状況や隣家との距離、道路の交通量などは認知症の在宅生活を考えるのに重要なポイントである。また単身者では冷蔵庫や薬箱、ゴミ袋などをさりげなく観察することで、生活機能の一旦を把握できる。当院では単身者など患者さんの生活機能の評価が必要な場合は作業療法士も同行訪問することになっている。

訪問看護を開始した当初は、と

にかく介護者の愚痴を聞いてあげること、そして何でも相談できる信頼関係を築くことを主眼に置いていた。訪問時ばかりでなく電話で介護者と頻回に連絡をとることで、病院の敷居を下げることができる。そして認知症の問題を協議するばかりではなく、たまには雑談をすることで介護家族とリラックスした人間関係を持つことができる。そのうち現役時代の様子など診察場面では聴取できない患者さんの人となりや家族の患者さんへの本当の思いを知ることができる。こうした経験を積み重ねる中でわかったことが二つある。一つは、介護する家族は頑張りたい気持ちはあるけれど何を頑張ればよいかわかっていないことである。認知症の人を真剣に説得して誤りを正そうとする。これだけ若に認知症に関する情報が溢れていても、である。だから我々は家族教育や家族指導を丁寧に行い、介護家族に余裕を持ってもらわなければいけない。二つ目は、患者さんである認知症の人は我々が考える以上に家庭内で孤立していること

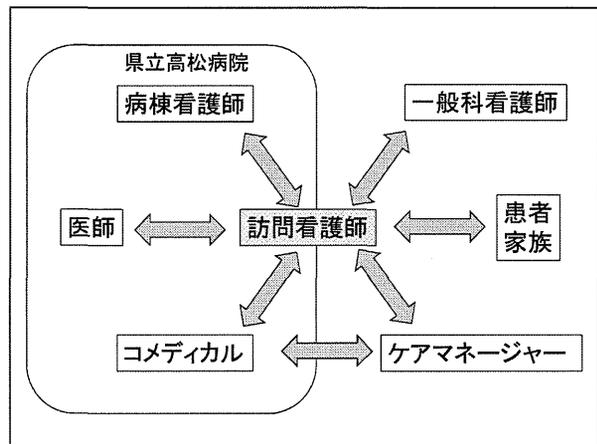
である。同じことばかり言うので、家族には「またか」「さっきも言った」と相手にされず、だんだん団欒にも加われなくなる。だから家族ばかりでなく認知症の人の話も聴いてあげなければならない。しかし限られた診察時間内で認知症の人やそのご家族と十分に語らうことはできない。よって訪問看護時にゆっくり喋ってもらい、診察時はそのエッセンスを頂戴するということになる。訪問を行っている人で、私の診察を嫌がる人はいない。事前学習しているので本人が嫌がること、恥ずかしいことを言ったり尋ねたりする必要がないからである。そのような意味では、訪問看護の最大の効果は治療継続率かもしれない。

3. 副次的な効果もある

ところで医療面以外にもこの取り組みのメリットは大きかった。県直営病院で病床数も減らさずに新しい部署の職員数を増やせたことを不思議に思われた方もいようが、実は認知症訪問看護師はすべて再任用職員である。他県の事情

1. 単身世帯
2. 高齢世帯
3. 本人の不安が強い
4. 家族の不安が強い
5. 家族介護者の教育が必要
6. 隣人等との調整が必要
7. ケアマネージャー等との調整が必要
8. 通所サービスを拒む
9. 緊急の介入が必要

(図3) 認知症訪問看護の対象



(図4) 訪問看護師を HUB とした連携

は知らないが、石川県は60歳定年を延長しない代わりに、本人が希望すれば最長5年の再任用が認められる。精神科看護師を40年近く経験したベテランをより安い賃金で再雇用できるのだから、経営的にはおいしい話である。介護家族も自分たちと歳の近いベテラン看護師が来るので馴染み易いし安心感がある。訪問看護師自身も病棟の管理業務や記録などで疲弊していたところから開放され、自分のペースで仕事ができる上に、地域のいろいろな人と顔見知りになる、患者さんやご家族から直接感謝されるなど、新鮮な楽しさがある。モチベーションが上がる。初代訪問看護師Sさんの「40年も看護師をやっていて、こんな楽しいことはない」という言葉が今でも耳に残っているが、看護師やコメディカル職員に夢と希望を与えることは医師の重要な役割だと考えている。

4. 日本のアドミラルナースを目指して

当院の訪問看護師には図4のような地域連携のHUBとしての機能もある。通常地域連携室は事務連絡的要素が強い。我々は、家族やケアマネージャーからの情報は直接医師には入らず、訪問看護師、あるいは外来看護師が情報を整理し振り分けることにしている。担当患者の外来受診時には訪問看護師も同席する。退院直後の患者の場合、病棟での情報が外来に伝わりにくいという傾向があるが、入院中から訪問看護師が病棟へ出向くことでこれも解決した。



(写真) 石川県立高松病院のアドミラルナースたち

これからは初期集中支援チームとの連携や一般病院における認知症チームとの連携も視野にいれ、準備を進めている。

イギリスでは認知症国家戦略のなかでアドミラルナースの病院での採用を奨励した。アドミラルナースとは、「コミュニティにおいて他の職種と協働し、認知症の人や家族の生活の質の改善を図り、特にコミュニケーションや対人関係の維持に努める」訪問看護師のことで、民間団体(Dementia UK)が寄付金で養成している。何故アドミラル(提督)なのかは定かでないが、現在約100人がこの資格を持っているらしい。当院の訪問看護チームもまさしくこれと同じような働きをしており、アドミラルナースがNHKで紹介された時は驚いたものである。文化も環境も全く違う女王様の国と北陸の片田舎で、同じようなシステムが自然に生まれたのだとすれば、これはきっと時代の要請、超高齢社会における医療の一手法として真実に違いない。我々は本場のアドミラルナースに負けないよう仕事の質を高め、国政に取り入れられる

ような活躍をしたいものである。最後になるが、訪問看護は年々齢を重ねる精神障害者の地域生活支援にも有力な方法である。石川県では平成27年度より地域ごとの精神科病院と訪問看護ステーションとの連携を強化する目的で、精神障害者地域療養支援事業を開始することにした。南加賀、石川中央、能登中部、能登北部の4地域ごとに連絡会や研修会を開催し、集合研修や実地研修は当院が請け負う。ACTのような派手さはないが、石川県らしい堅実な取り組みだと考えている。

文献

- 1) 北村 立、倉田孝一：高齢者専用の精神科急性期ユニットの必要性について—認知症病棟から精神科急性期治療病棟への転用を試みて— 全国自治体病院協議会雑誌, 48(10):86-90, 2009
- 2) 北村 立、北村真希、澁谷良子、倉田孝一：精神科病院における認知症医療のあり方—石川県立高松病院における認知症入院患者の残存率と報酬面からの

-
- 考察 日本老年精神医学雑誌,
21(1) : 82-90, 2010
- 3) Kitamura, T. Kitamura, M.
Hino, S. Kurata, K. : Predictors
of Time to Discharge in
Patients Hospitalized for
Behavioral and Psychological
Symptoms of Dementia.
Dement Geriatr Cogn Disord
Extra 3 : 86-95, 2013.
- 4) Kitamura, T. Kitamura, M.
Hino, S. Tanaka, N. Kurata, K. :
Gender Differences in Clinical
Manifestations and Outcomes
Among Hospitalized Patients
With Behavioral and Psycho-
logical Symptoms of Dementia.
J Clin Psychiatry, 73 (12) :
1548-1554, 2012.

8

医療機関(病院)①

精神科病院における 認知症高齢者に対する作業療法

塩田繁人
Shigehito Shiota

杉本優輝
Yuki Sugimoto

稲口葉子
Yoko Inaguchi

北村 立
Tatsuru Kitamura

村井千賀
Chiga Murai

作業療法ジャーナル別刷

VOL.49 NO.7 2015

三輪書店発行

8

医療機関(病院)①

精神科病院における 認知症高齢者に対する作業療法

塩田繁人*1
Shigehito Shiota

杉本優輝*1
Yuki Sugimoto

稲口葉子*1
Yoko Inaguchi

北村 立*2
Tatsuru Kitamura

村井千賀*3
Chiga Murai

はじめに

石川県立高松病院(以下、当院)は400床の単科精神科病院であり、そのうち精神科急性期病棟(以下、急性期病棟)を含めた150床を高齢者専門として運用しており、認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)を中心に老年精神疾患に対する治療・リハを提供している。当院では、認知症の人を、国際生活機能分類¹⁾(以下、ICF)に基づき、「認知症を持ちながら生活している人(図1)」としてとらえて、包括的にアセスメント・支援することを心がけている²⁾。また、作業療法を展開するポイントとして、以下の3点の視点³⁾を大切にしている。①人を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」としてとらえる視点、②入院前の生活から退院後の生活まで、一貫した対象者の生活を理解し支援するという視点、③作業の継続性という個人の活動から、地域の社会資源の活用までを幅広くとらえる視点である。当院では、これまでに入院患者に対する作業療法プログラムの有効性や、自宅退院を達成するには歩行能力の維持が重要なこと、生活行為向上マネジメントの活用が再入院率を低下させる可能性があることを報告してきた⁴⁻⁶⁾。今回、当院の急性期病

棟で実践している作業療法について、事例を交えつつ紹介する。

当院の作業療法の紹介—生活行為向上 マネジメントの活用

1. 認知症の生活障害の考え方

当院は、日本作業療法士協会が厚生労働省から委託を受けて実施していた老人保健健康増進等事業に2008年(平成20年)より参画しており、研究事業の中で開発・効果検証された生活行為向上マネジメント³⁾が、認知症の生活障害を考えるうえでのベースとなっている。

認知症高齢者が精神科病院に入院する要因の72%が、BPSDによって家族や介護施設で対応が困難となったこととされている⁷⁾。われわれはBPSDの要因を、図2に示すように、認知機能の低下といった一側面のみでとらえるのではなく、脱水・便秘・薬物の副作用といった健康状態の悪化、加齢性の筋力低下や痛みといった心身機能の低下、作業遂行能力の低下や役割の喪失といった活動制限と参加制約、家族や支援者の態度・家電製品の変更といった環境の変化、元々の生活習慣や生活歴といった個人因子から包括的にアセスメ

*1 石川県立高松病院、作業療法士 〒929-1293 石川県かほく市内高松や36。*2 同、病院長、医師。*3 厚生労働省老健局老人保健課、課長補佐、作業療法士

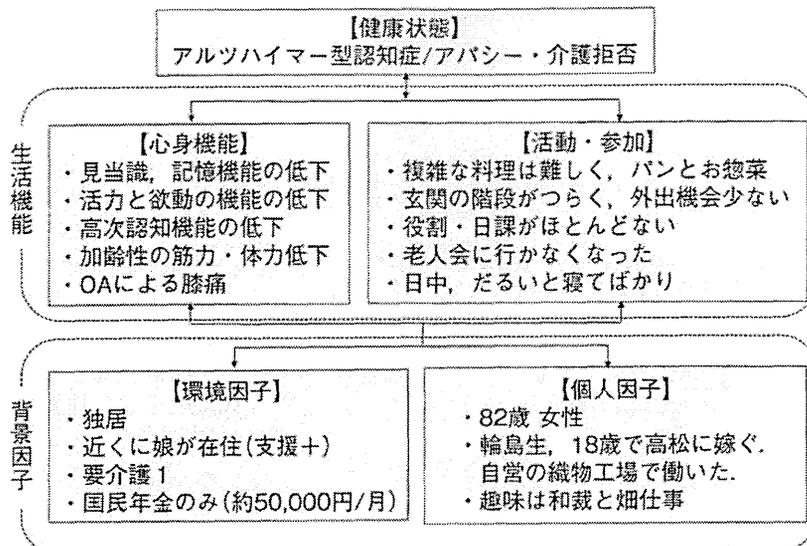


図1 ICFに基づいた認知症の人のとらえ方の一例(文献1を基に架空事例で筆者作成)

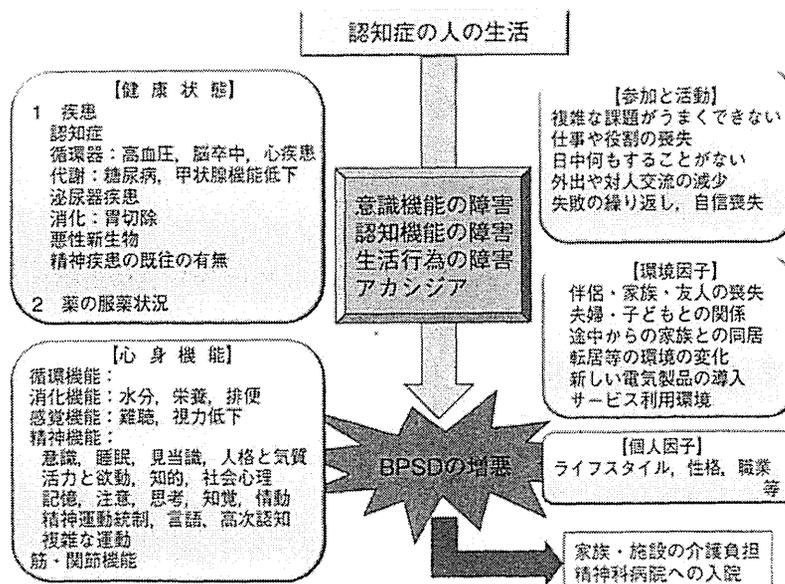


図2 BPSDの要因の考え方(文献8より一部修正して引用)

ントしている⁹⁾。BPSDの要因は、大抵の場合の一つだけでなく、さまざまな要因が複雑に重なっているため、家族・介護支援専門員からの詳細な聞き取りや多職種による情報共有が重要である。入院前の認知症高齢者は、さまざまなストレスに曝されており、自己否定感が強く、自己や他者への攻撃性が高まっている状態になっていることが多い。そのため、入院中にOTが達成すべき課題としては、①生きがい・役割の再構築による自己有効感の回復、②「活動と参加」に焦点を

当てた評価と支援、③本人・家族に対する支援体制の構築の3点である。一方、入院中に課題が達成できることは少ないので、退院後の支援体制の構築も重要であり、Procoveryの視点⁹⁾(希望をもって前に進むという造語)を大切にしている。

2. 作業療法の流れとプログラム・支援内容

当院の急性期病棟での作業療法の流れを図3に示す。入院時(初日)、急性期、亜急性期、退院準備期に分けており、それぞれの時期に応じた支



図 3 急性期病棟における作業療法プログラム・支援内容の流れ

援内容を以下に説明する。

1) 入院時 (初日)

「家族との面談」を行い、ADL・IADLの能力・実行状況の聞き取りを行うと同時に、生活歴や職歴といった本人の人となりや住環境、介護負担感や自宅退院への希望等を評価する。聞き取りを行いながら介護の苦勞をねぎらい、リハ計画を伝え、入院中の課題を明確にすることで在宅介護への動機づけを図る。本人への支援としては、入院時から身体機能と移動・運搬能力を見立てて歩行車や車いすを適合し、「しているADL」を維持することで、廃用症候群の予防を図っている。特に認知機能が低下している方の場合、転倒リスクが高いからと車いすに座らされたままになる場合があるため、看護師と協働して日中はなるべく病棟内を自由に動いてもらっている。これ自体が、睡眠・覚醒リズムの改善にとっても重要である。病棟内での運動プログラムは毎日セミオープングループで行っており、入院初日の落ち着かない状態であっても自発的に参加する方も多い。

2) 急性期：入院～1週目

本人に対して認知機能や身体機能、ADL、作業遂行能力といった包括的評価(表)を行う。入院後1週以内に評価を行い、生活行為向上マネジメ

表 当院の包括的評価

項目	評価バッテリー
認知機能	Mini-Mental State Examination (MMSE) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
身体機能	握力、片足立ち、10m 歩行時間
ADL	Barthel Index
IADL	Frenchay Activities Index (FAI) ¹⁰⁾
BPSD	NPI-NH ¹¹⁾
興味・関心	興味・関心チェックリスト ³⁾
家族の介護負担感	日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZBI 8) ¹²⁾
本人の QOL	EQ-5D 日本語版 ¹³⁾

ントシートを作成する。抑うつ症状で拒否的な場合や激しい興奮・せん妄状態の患者を除いて、約8割の患者で評価からプランニングまで実行できる。評価が困難な場合は、状態の改善に合わせてタイミングを見計らう。興味・関心チェックシートを用いた生活行為の聞き取りと心身機能の評価を参考に、本人が遂行可能で興味のある作業を選択・導入する。本人がしたい作業を表出することが困難な場合は、生活歴・元気なころの役割を参考に推察したり、絵カード評価法¹⁴⁾を用いる等の工夫をしている。

薬物療法が積極的に行われ、精神症状が変化し

第2章 時期(重症度)別にみる認知症の作業療法の実例

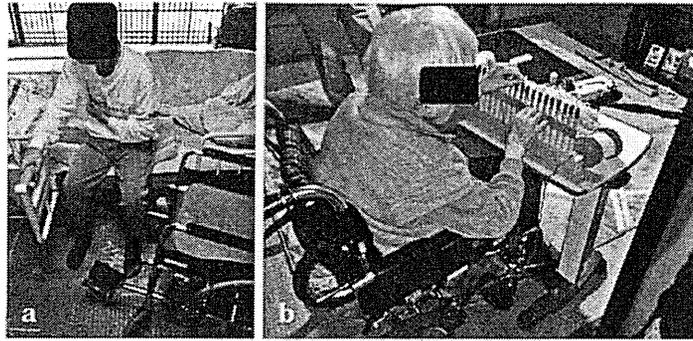


図 4 退院前訪問の様子

a: 車いす・ベッド間の移乗, b: 本人の好きな編み物ができる環境の設定

やすい時期でもあるので、作業療法場面でも、注意機能や作業能力の変化をモニタリングし、主治医に変化を報告する。アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症等の病型によらず、活力が高く多動な患者や睡眠・覚醒リズム障害のある患者は早期から作業に導入しており、プログラム終了後は穏やかになっていることが多い。しかし、うつ病や認知症にうつを合併した患者に関しては、失敗体験が症状の悪化を招き、閉じこもりといった作業の副作用の危険性もある。われわれも、作業の導入時期を早まったため本人が自室にひきこもり、入院が長期化したという苦い経験がある。意欲の回復状況をなるべく客観的に評価するため Vitality Index¹⁵⁾を用い、10 点中 6 点以上まで回復したタイミングで簡単な作業種目から導入することとしている。

3) 亜急性期：2 週目～1 カ月

院内多職種チームによるゴール設定が検討・共有される時期である。多職種チームカンファレンスでは、OT の視点から、生活機能の評価と予後予測、退院後に必要な支援内容、起こり得るリスクと対応方法等を提案する。

精神症状が安定した時期を見計らい、家事練習、屋外歩行や買い物等の IADL の評価を追加する。この時期に、ある程度のストレスを与えておくことで、退院後に起こり得るリスクの把握にもつながり、チームの治療方針を再検討する材料になると考えている。われわれは、IADL 評価の場面に写真に撮り、家族や介護支援専門員に介助のポイントを説明する際に用いている。単身生活者や主

婦の役割がある場合は、必ず料理評価を行うようにしている。記憶機能の低下に加えて、高次認知機能の低下や注意の配分の低下により、メニューや材料を想起できない、食材の管理が困難、鍋を焦がす、味付けが濃い（薄い）といった問題が確認されることが多い。しかし、手続き記憶により残存する下ごしらえや洗い物等は認知症が進行していても可能な場合が多く、自宅やデイサービスで継続するように働きかけている。この時期の家族に対するアプローチとしては、本人の回復具合を報告し、退院後の生活設計について少しずつ話し合っておくことが大切であると考えている。

4) 退院準備期：1～3 カ月

具体的に退院先が決まり、退院後の生活に向けたサービス調整や情報の引き継ぎが行われる時期である。認知機能の低下が軽度な患者については、本人と一緒に退院後の生活設計を考えることを心がけている。記憶機能の障害があったとしても、情動に働きかけることや、一緒に体験することで記憶の保持が可能なこともある。単身生活を希望している患者でも、料理を通じて在宅生活への不安を聴取していき、宅配弁当や訪問介護の必要性について話し合う過程で、グループホームへの入所を受け入れた事例を経験したこともある。

退院後も本人が生活行為を継続できる環境を整えるため、退院前訪問やケア会議を手段として活用している。退院前訪問（図 4）は、本人・家族・介護支援専門員と自宅に同行し、現場で本人のできる能力を共有し、退院後の支援内容を検討する。自宅内でも作業を継続できるように、作業スペー