

認知症と地域包括ケア

国立長寿医療研究センター

遠藤英俊

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数／(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380 万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

新しい認知症の診断基準（DSM-5）

- A** 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。
- B** 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- C** 認知機能の低下はせん妄のときのみには現れるものではない。
- D** 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

健忘型軽度認知障害(MCI)

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

軽度認知障害に関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

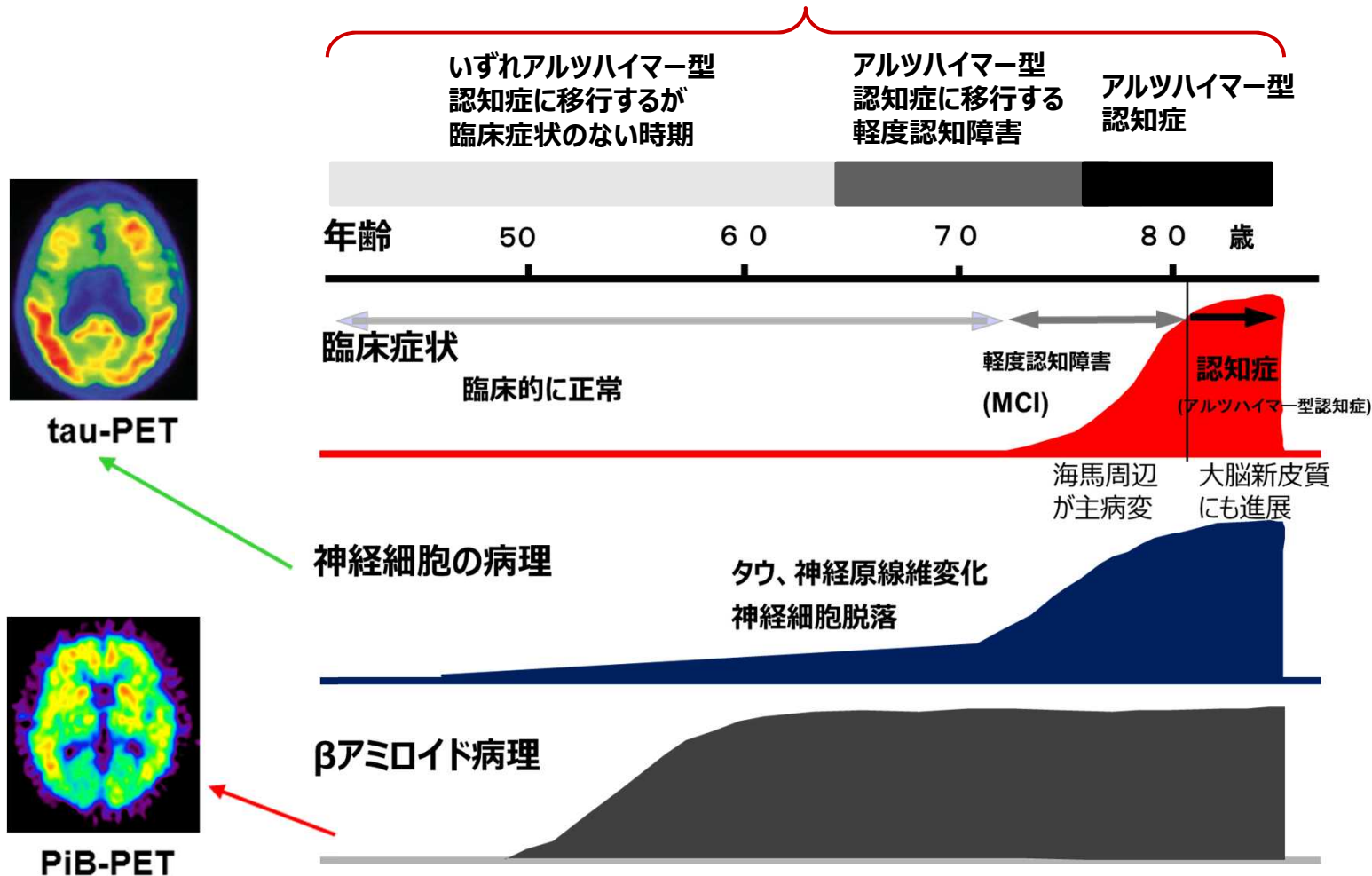
早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

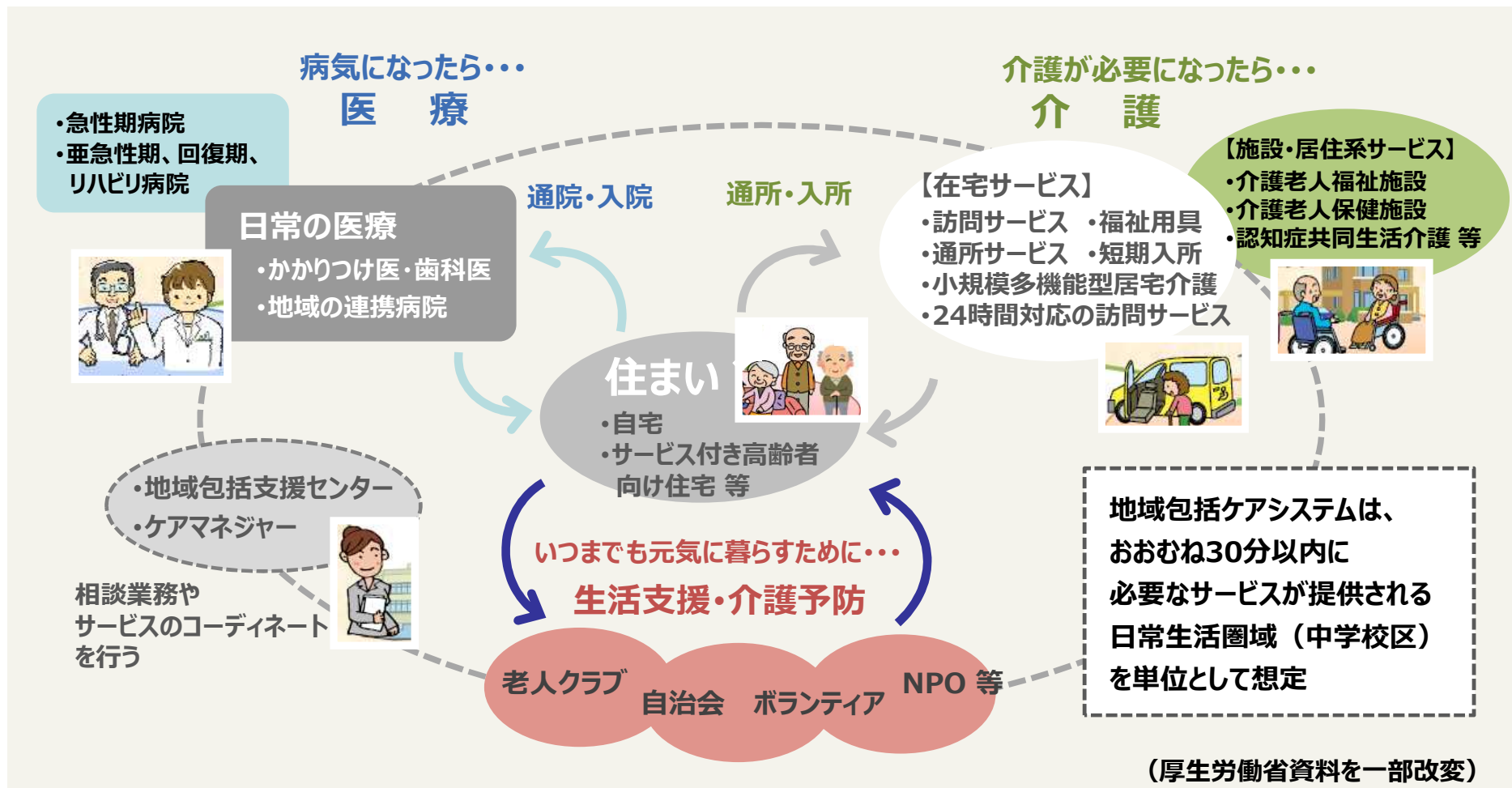
アルツハイマー病が惹起する認知症をアルツハイマー型認知症

これらのすべての時期がアルツハイマー病



地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が包括的に提供される
地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる

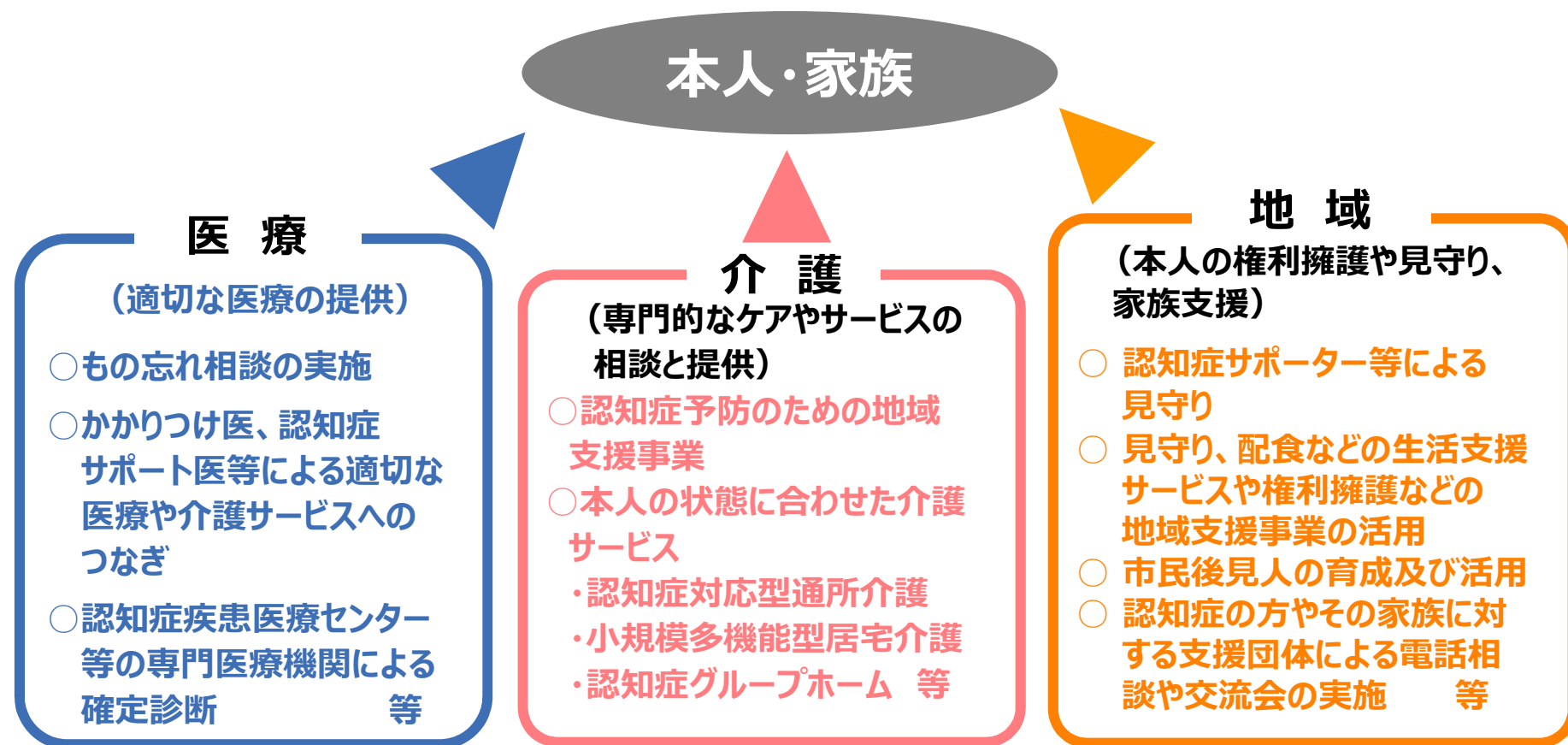


(厚生労働省資料を一部改変)

認知症の人への支援体制

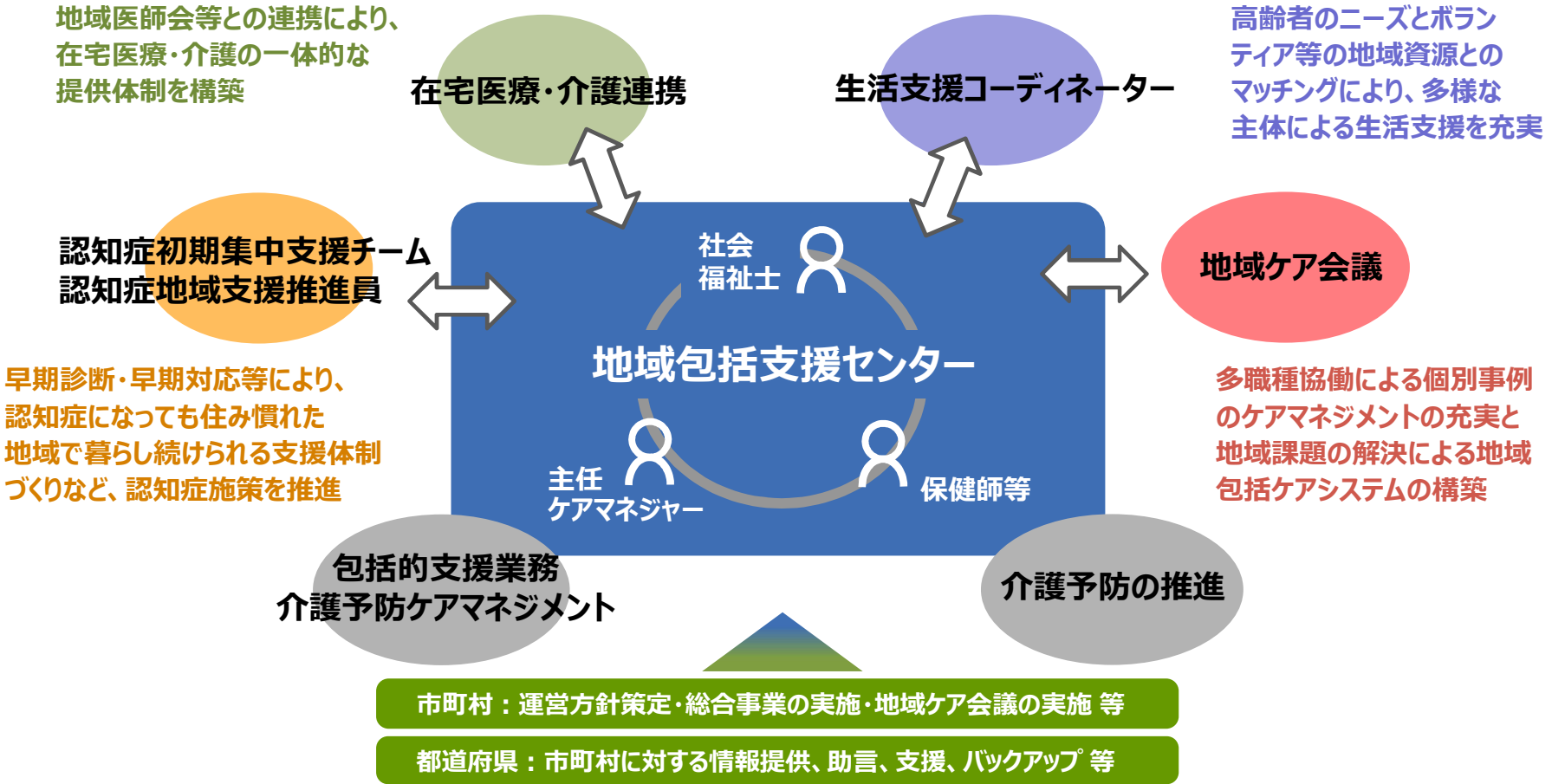
～医療・介護・地域の連携～

認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたって展開されている



市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。

地域包括支援センター



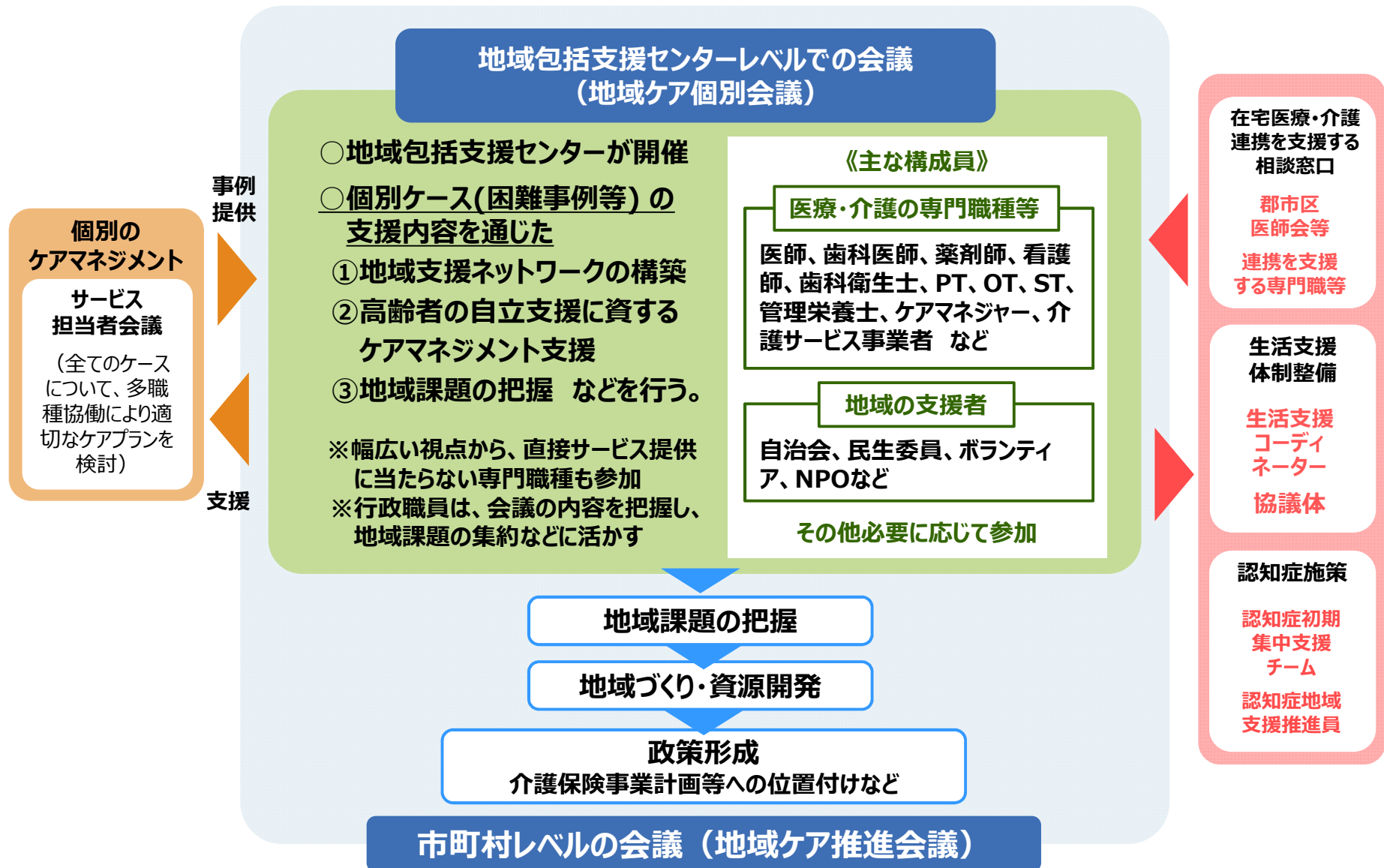
地域包括支援センターの機能強化に向けて

業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営

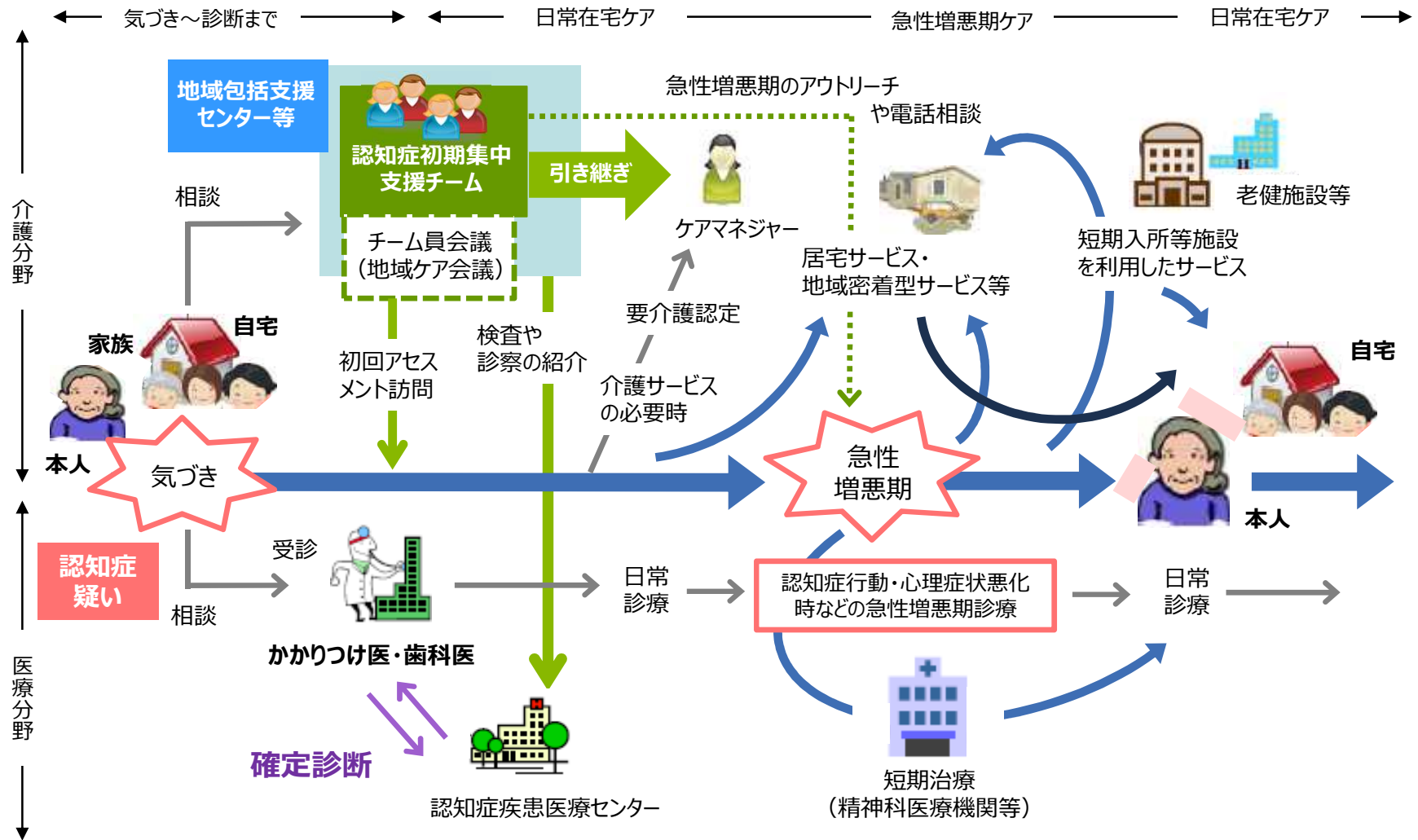
運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

地域ケア会議



認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ



認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できる

認知症サポート医の機能・役割

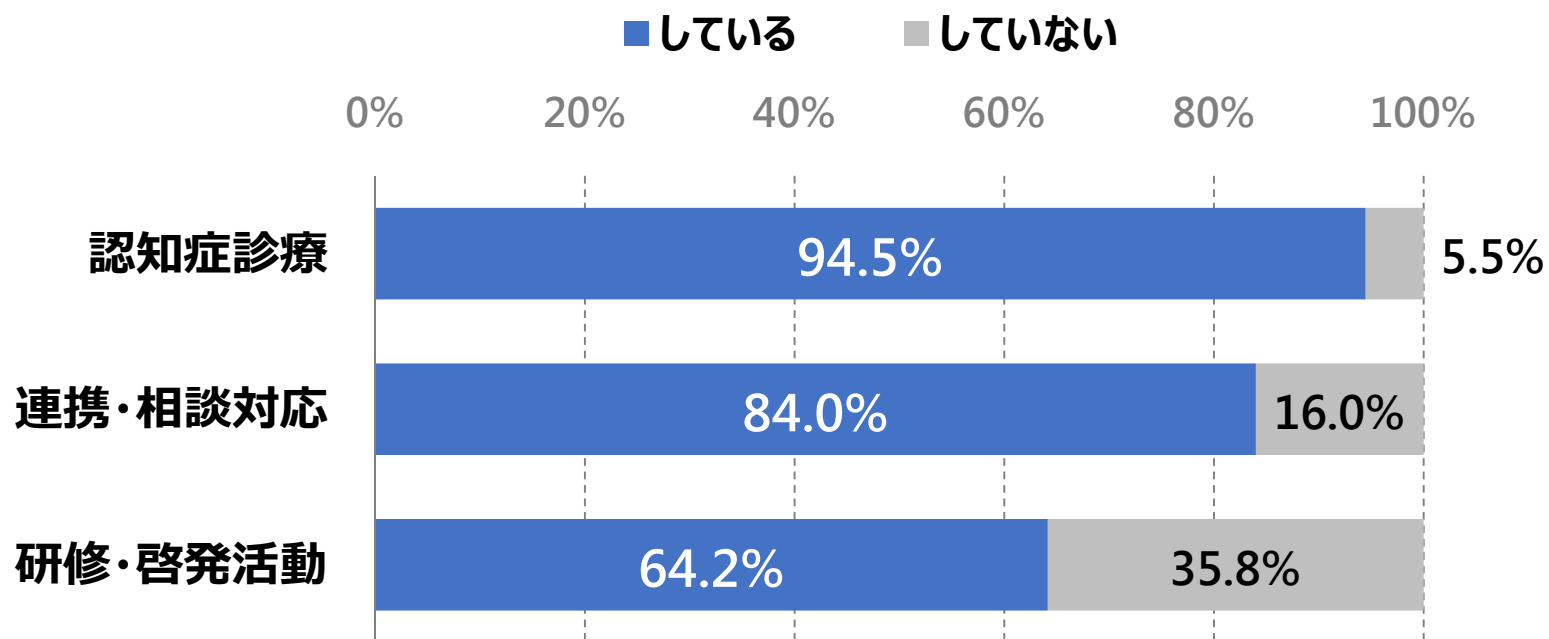


- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医や介護専門職** に対するサポート
- 2) 地域包括支援センターを中心とした**多職種の連携作り**
- 3) **かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師**や住民等への啓発

地域における「連携の推進役」を期待されている

認知症サポート医の活動状況

[n=957] H17~23までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート



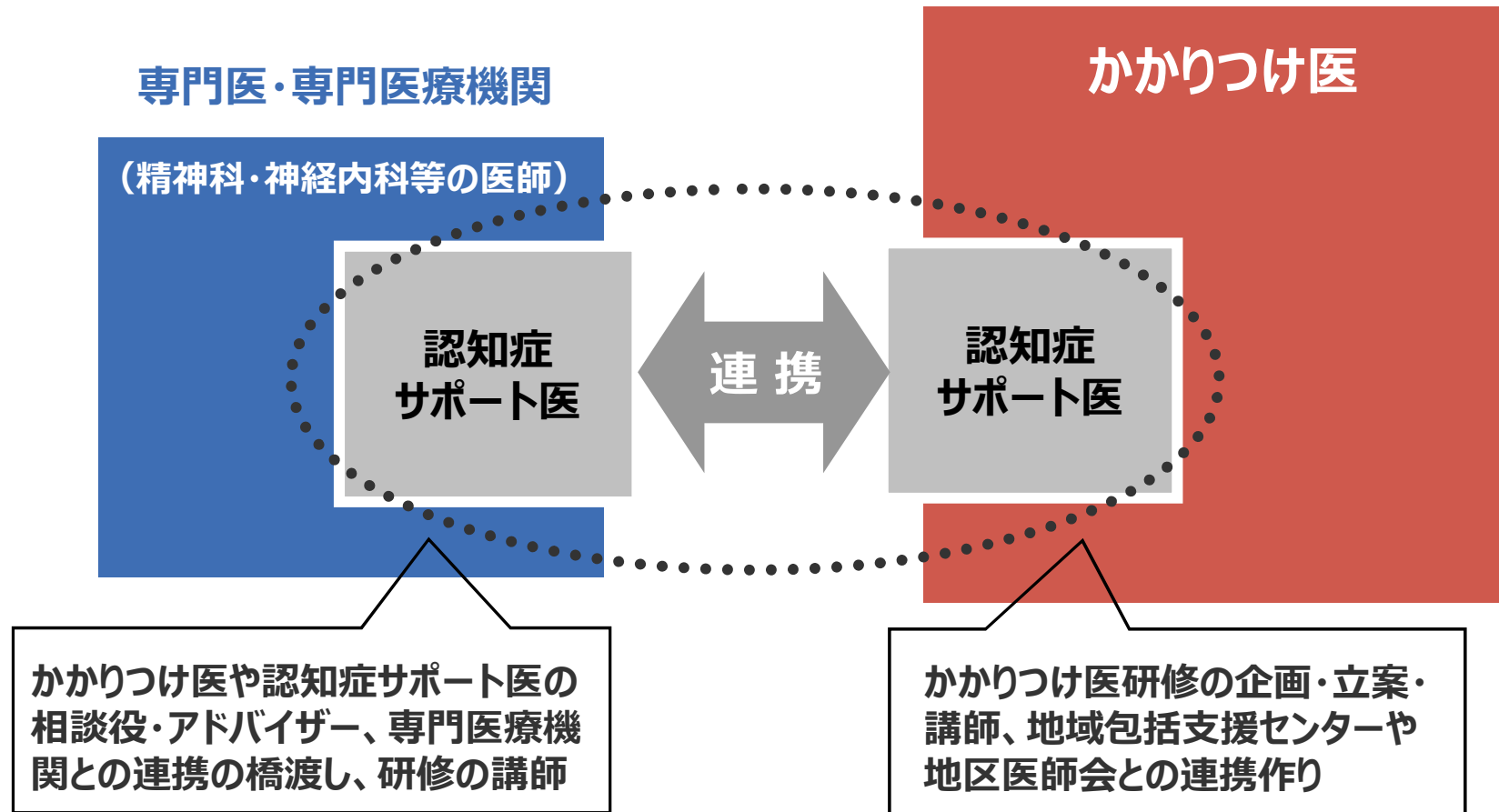
認知症診療 : 「診断」、「早期発見」、「治療」などに対応

連携・相談対応 : 「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」との連携や相談への対応

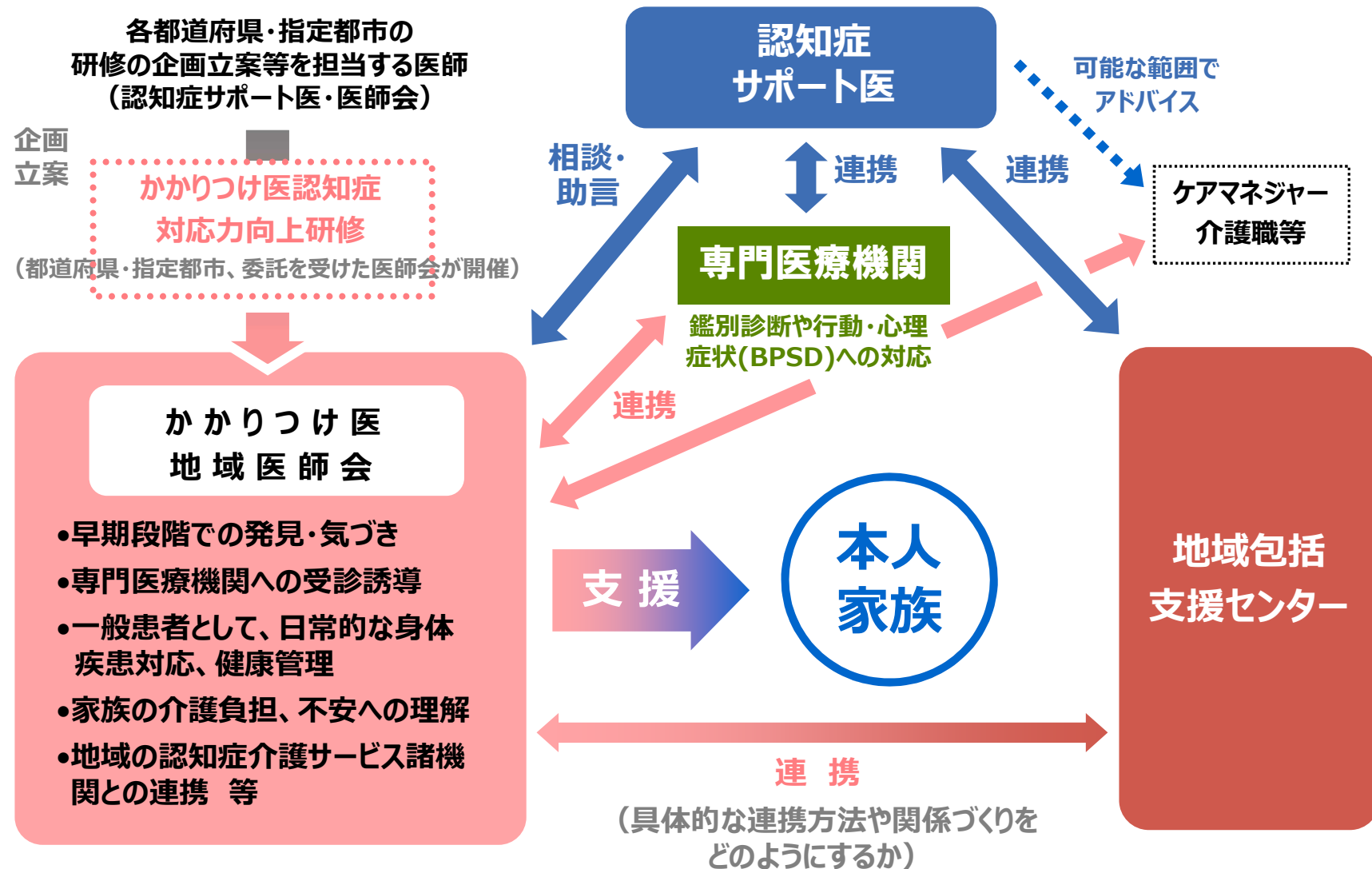
研修・啓発活動 : 「かかりつけ医や多職種研修」、「住民セミナー」への協力

【出典：平成24年度老人保健健康増進等事業における調査】

地域における認知症サポート医の 役割分担と連携の構築



早期からの認知症高齢者支援体制



「連携すること」のかかりつけ医にとっての意味

● 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者では介護支援専門員を含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

● 服薬の確認ができる

- * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる

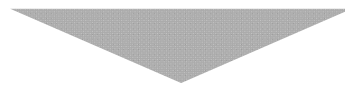
● 主治医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる

● 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる

● BPSDに関連する要因についての情報が得られる

地域連携体制構築の方法①

- 医師会主導型
- 医療機関主導型
- 行政主導型
- 地域包括支援センター主導型



その地域にあった連携システムを構築する
生活圏内での医療、介護、福祉、地域住民の理解、
行政の協力が不可欠である

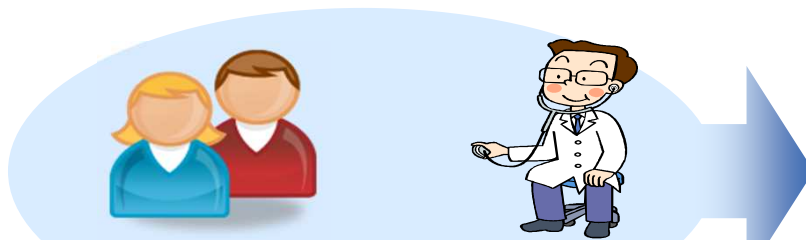
地域連携体制構築の方法②

- **まずは地域包括支援センターとの連携を始める**
- **地域の認知症に関する資源を把握**
- **認知症専門医はどこにいるのか、受診方法や紹介方法も含めて把握**
- **行動・心理症状(BPSD)悪化時に対応できる病院はあるか**
- **身体合併症に対応できる病院はあるか**
- **介護保険サービス事業所や家族支援の資源についても把握**

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師 (嘱託)

● 配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

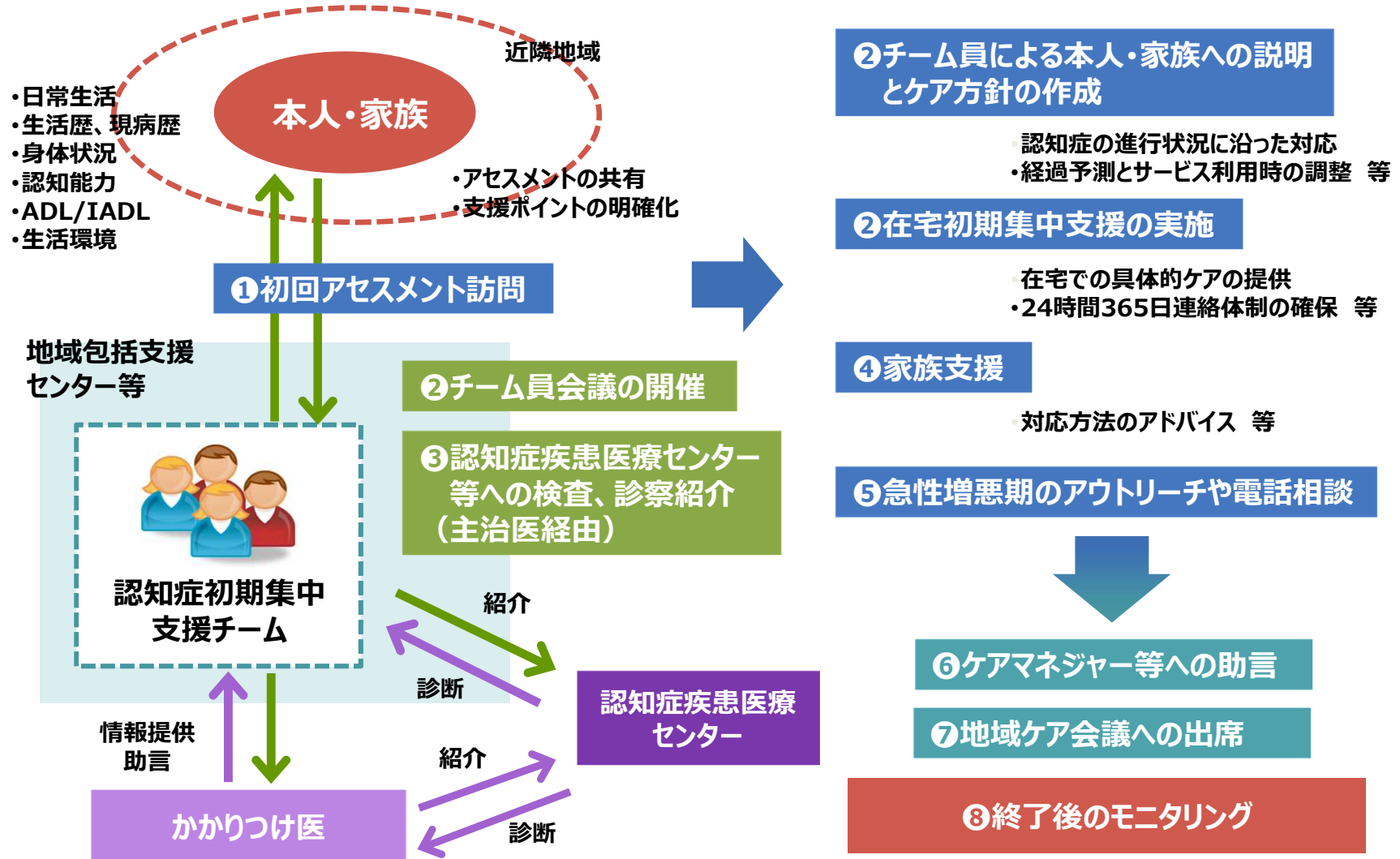
【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

認知症初期集中支援の流れ

0 地域への啓発活動 チームの存在の周知



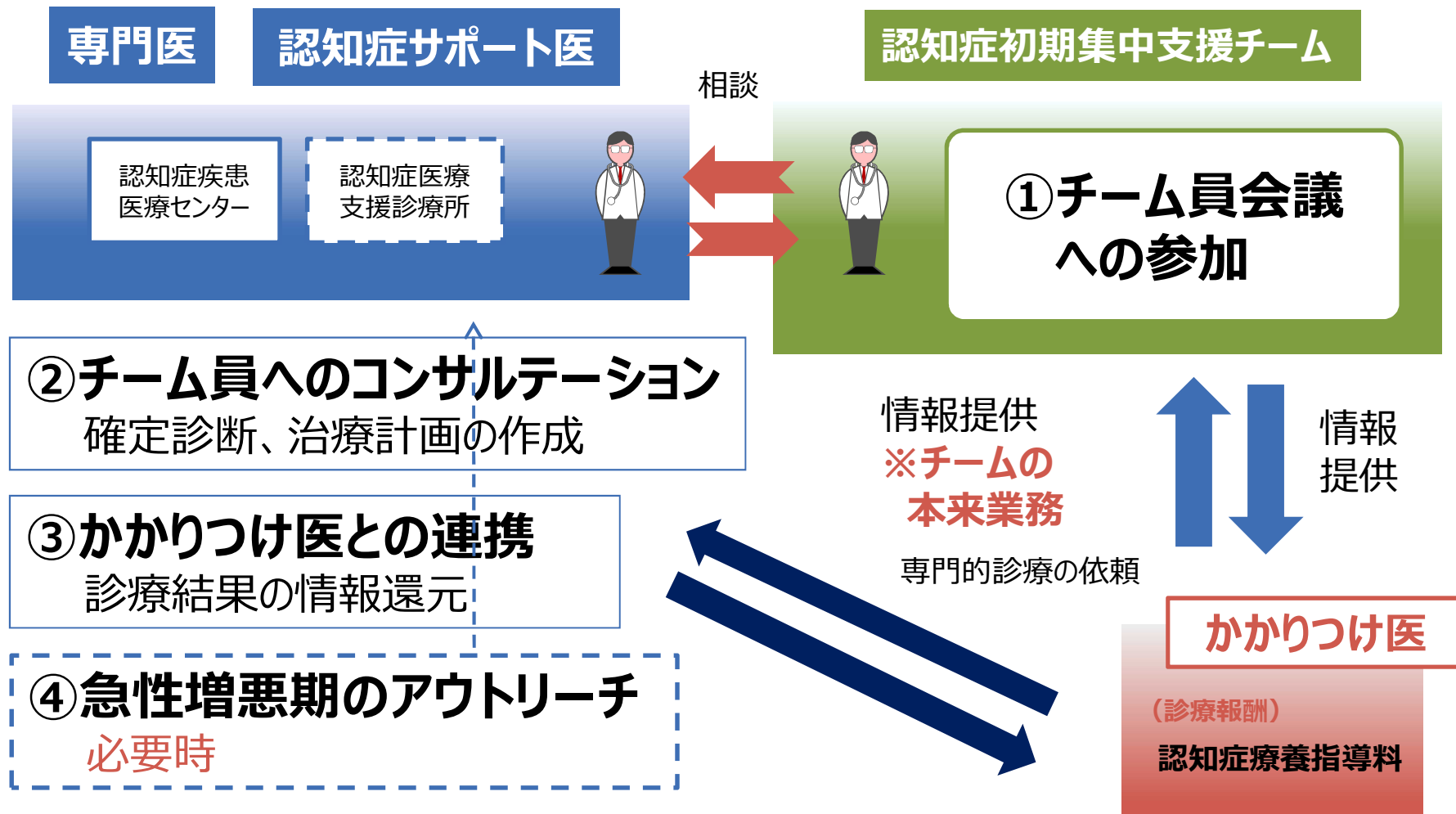
チーム員医師の要件（当初からの要件緩和）

日本老年精神医学会
若しくは日本認知症学会の
定める専門医 又は認知症
疾患の鑑別診断等の専門
医療を主たる業務とした5年
以上の臨床経験を有する
医師のいずれかに該当し、
かつ 認知症サポート医で
ある医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には
当分の間、以下の医師も認めることとする。

- 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医、又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、**今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの**
- **認知症サポート医であって**、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る）

認知症初期集中支援チームへの医師の関与



かかりつけ医との連絡票

クリニック
先生 御侍史

市認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。
市 認知症初期集中支援チームでサポート医をしております
と申します。

先日チーム員から貴院 通院中の _____ さん
歳

_____ 年ごろから貴院通院開始
について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

現在の問題点

- ・
- ・
- ・
- ・

今後またいろいろご相談することがあるかと思えます。
今後ものにとぞよろしくお願ひ申し上げます。

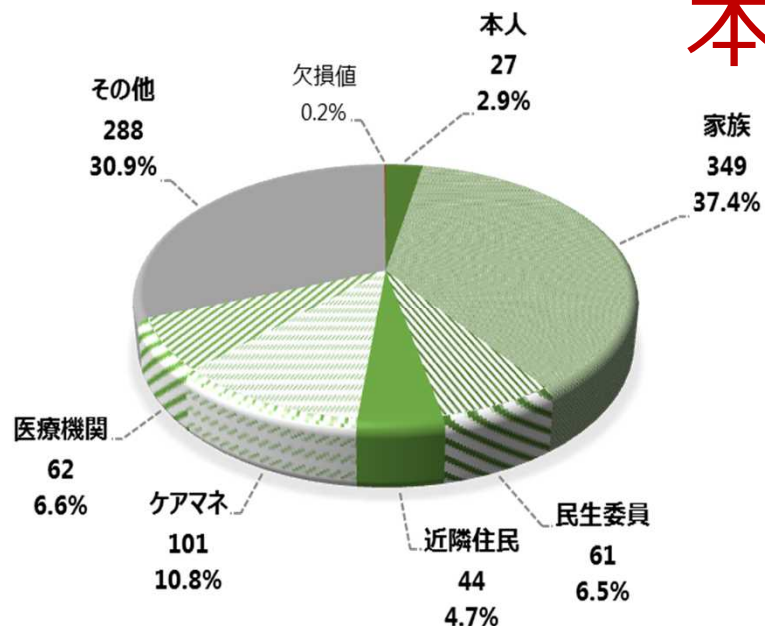
DASC-21による認知症アセスメント

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）
Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System・21items

		1点	2点	3点	4点	評価項目	
A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ	記憶機能	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		
4	今日が何月何日かわからないときがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		場所
6	道に迷って帰ってこれなくなることがあります	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		道順
7	電気やガスや水道が止まってしまったとき、自分で適切に対処できますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	問題解決判断	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		社会的判断
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	家庭外のIADL	買物
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		交通機関
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		金銭管理
13	電話をかけることができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	家庭内のIADL	電話
14	自分で食事の準備はできますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		食事の準備
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		服薬管理
16	入浴は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する	身体的ADL①	入浴
17	着替えは一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		着替
18	トイレは一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		排泄
19	身だしなみを整えることはできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する	身体的ADL②	整容
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		食事
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		移動

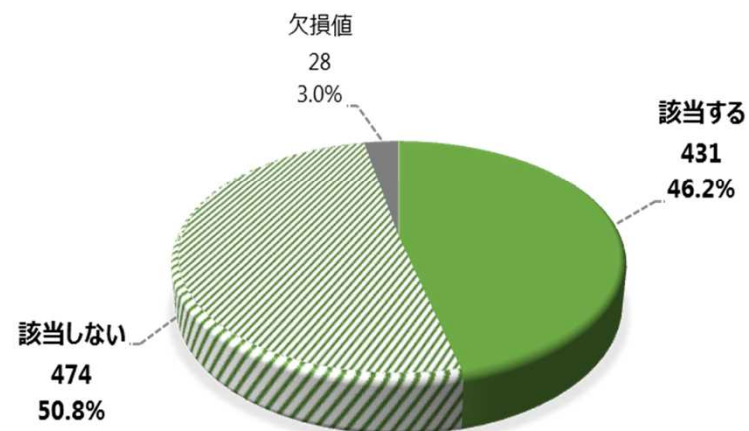
対象者概要② 平成27年度

④把握ルート N=933



本人家族が40%

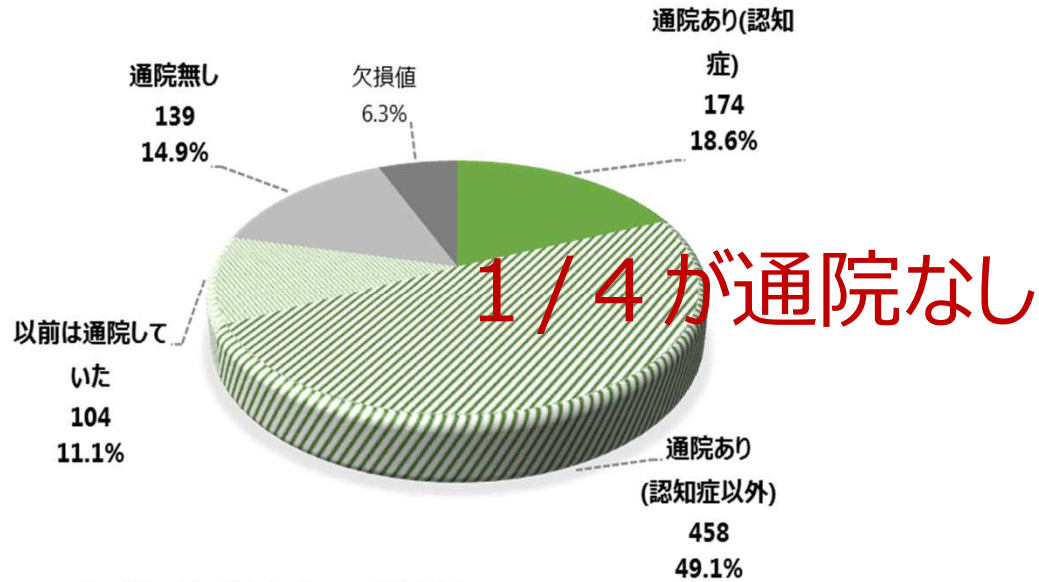
⑤困難事例取扱 N=933



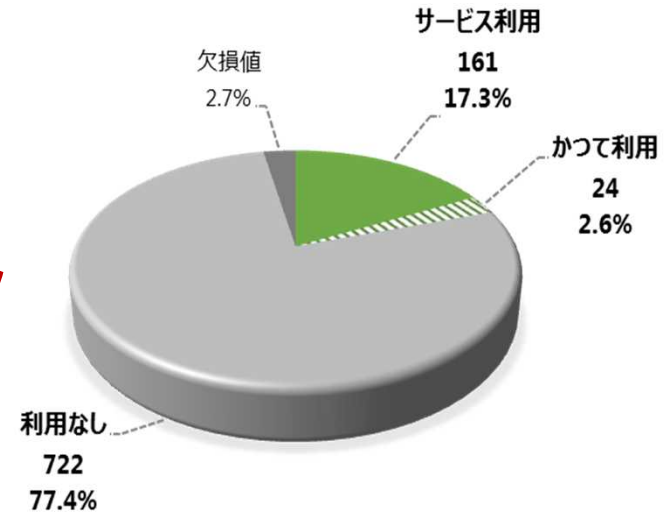
48%が困難事例

介入時の状況 平成27年度

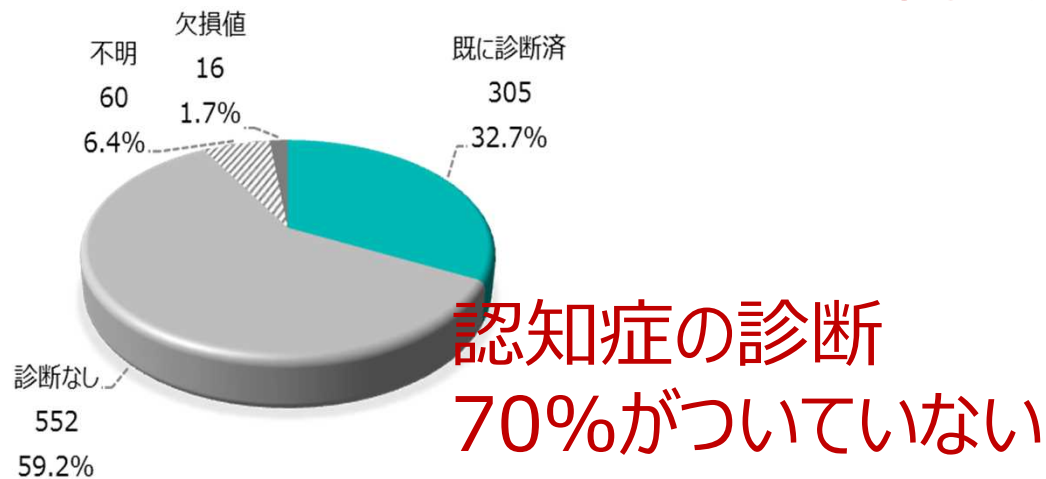
① i 医療の受診状況 N=933



② 介護サービスの利用状況 N=933

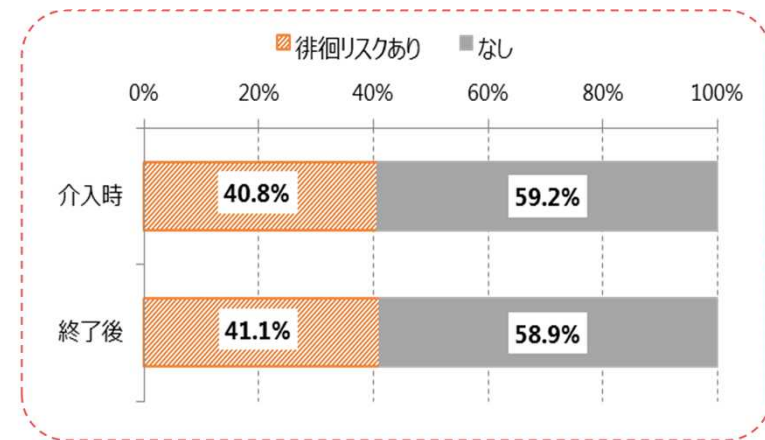
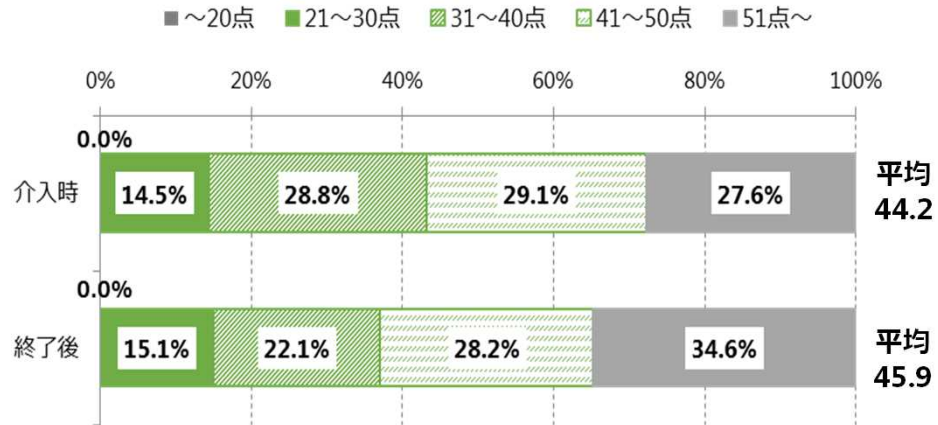


① ii 認知症の診断 N=933

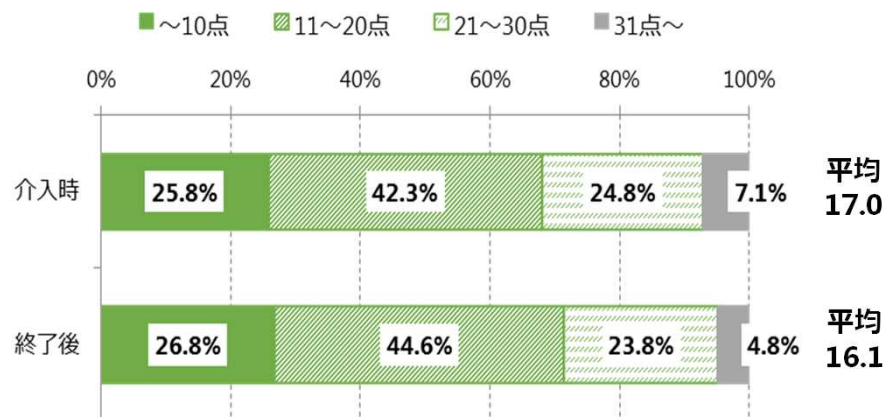


アセスメントの状況 平成27年度

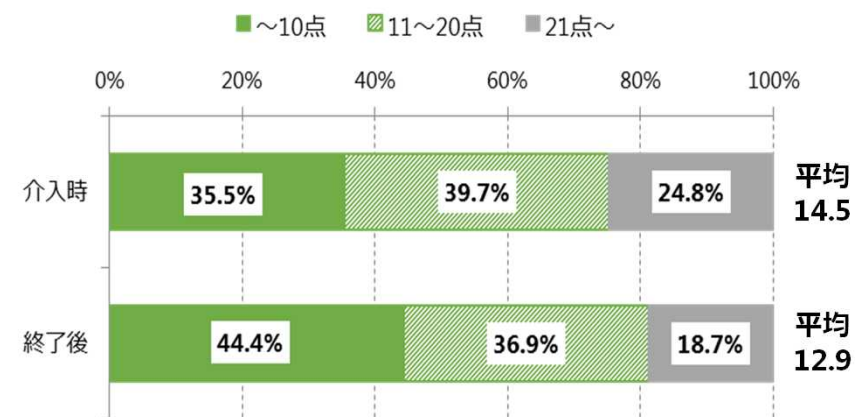
① DASC 介入時・終了後の実施者 N=358



② DBD13 同 N=298

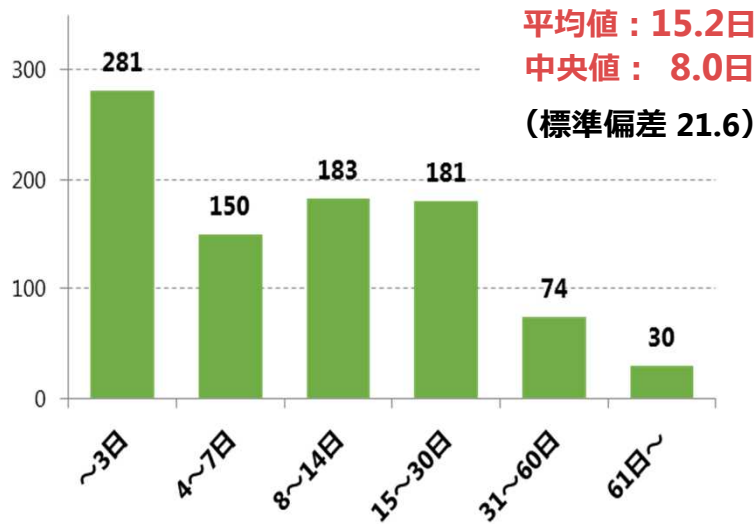


③ Zarit8 同 N=214



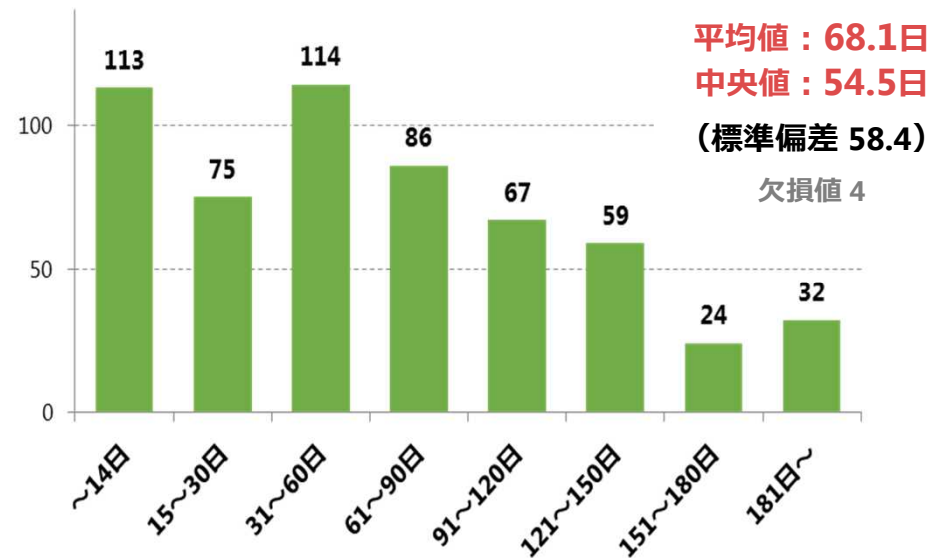
支援期間 平成27年度

①「把握」～「初回訪問」 N=899



②「初回訪問(支援開始)」～「引継」 N=574*

*介入時、医療・介護未利用者で、いずれかに引継

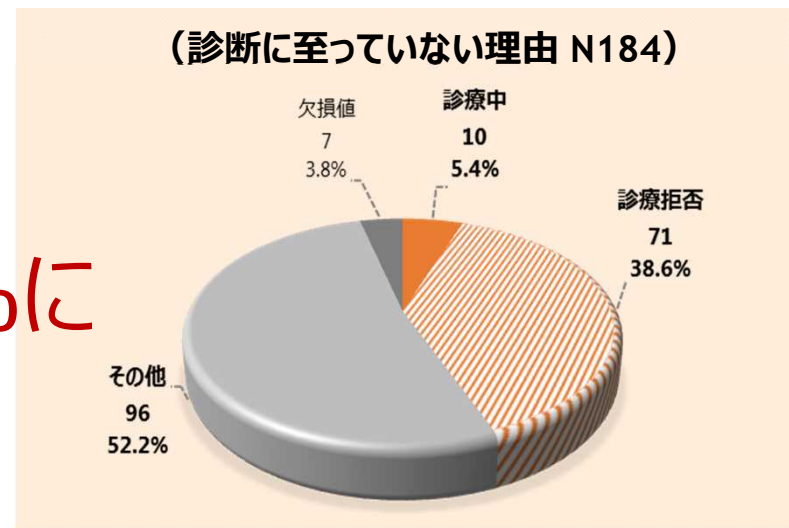
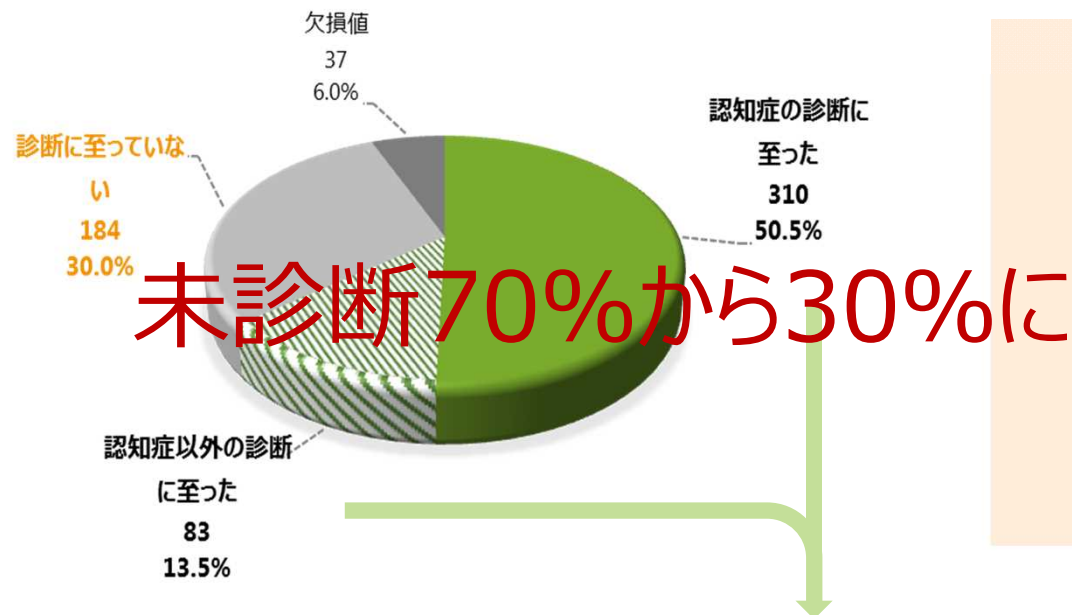


③医療・介護につながるまでの日数 (介入時各未利用者、「把握」～「各引継」まで日数)

	未利用者	引継あり	日数	
医療につながるまでの日数	701	436 (62.2%)	75.3	(N420)
介護につながるまでの日数	746	608 (81.5%)	94.5	(N594)

引継(終了)時の状況 ～診断～平成27年度

① i 診断の導入 介入時「診断なし」、「不明」 N=612

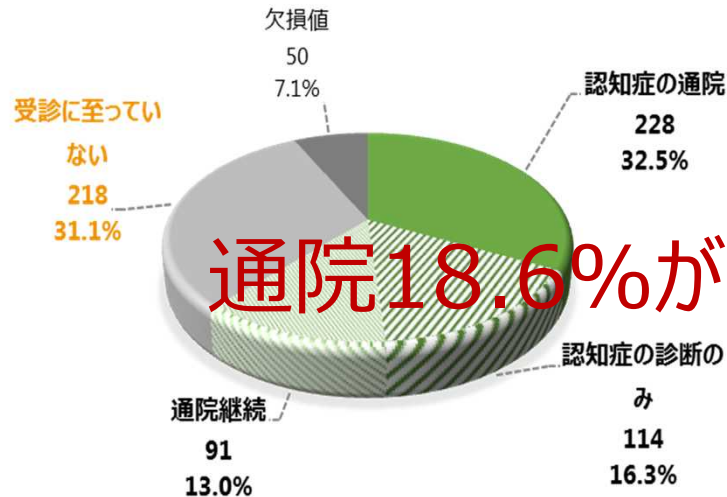


① ii 認知症の診断 診断導入 64.2% (N393 : 診断に至った310+83)

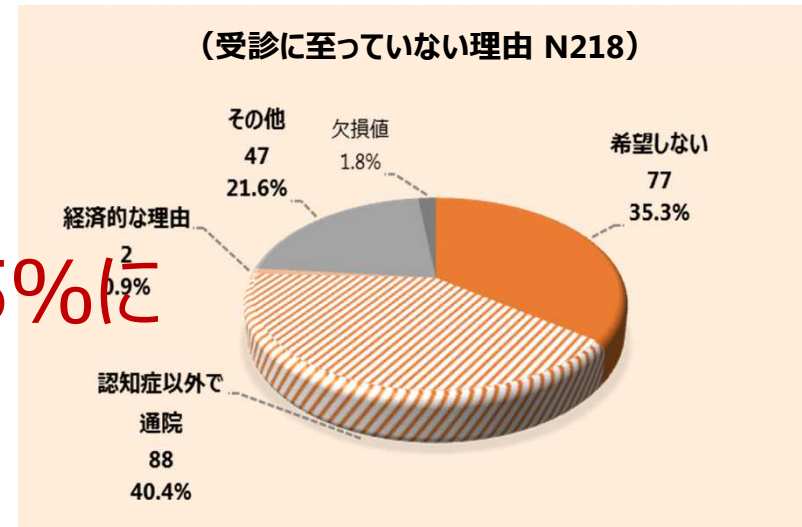
アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	その他の認知症	その他				欠損値
196	15	17	12	10	24	87				32
49.9%	3.8%	4.4%	3.1%	2.5%	6.1%	MCI 18	うつ 10	他精神疾患 38	正常 21	

引継(終了)時の状況 ～医療・介護導入～平成27年度

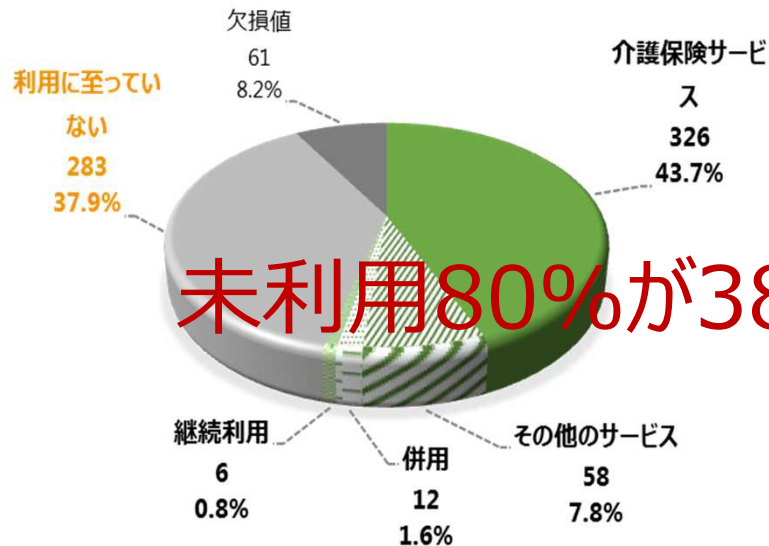
② 医療の導入 介入時「認知症以外通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」 N=701



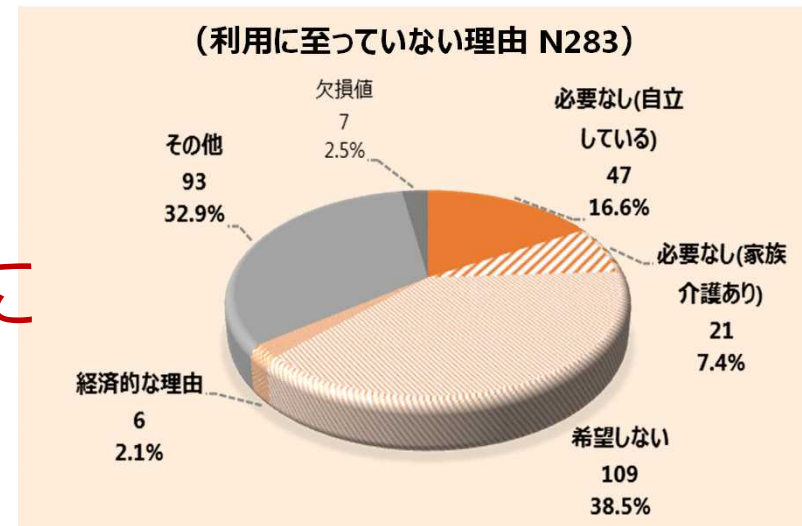
通院18.6%が32.5%に



② 介護サービスの導入 介入時「以前は利用」、「利用なし」 N=746

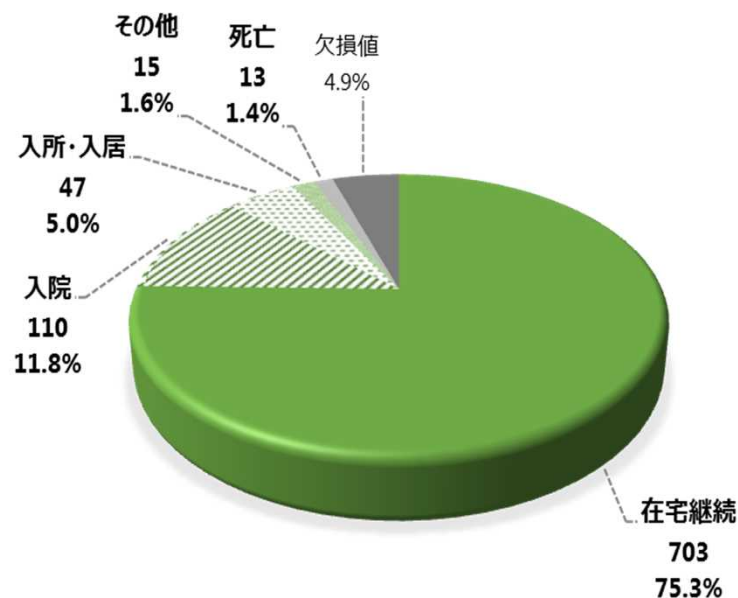


未利用80%が38%に



終了時の状況 平成27年度

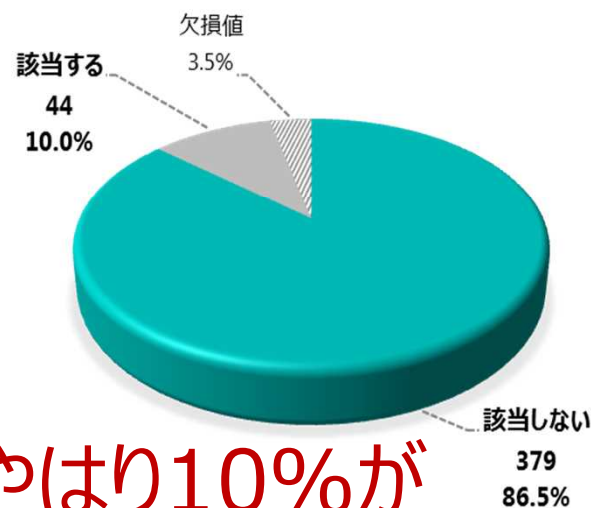
① 転帰 N=933



79%が在宅継続
入院が7.6%から12.4%
入所・入居も2.9%から5.3%
に増加

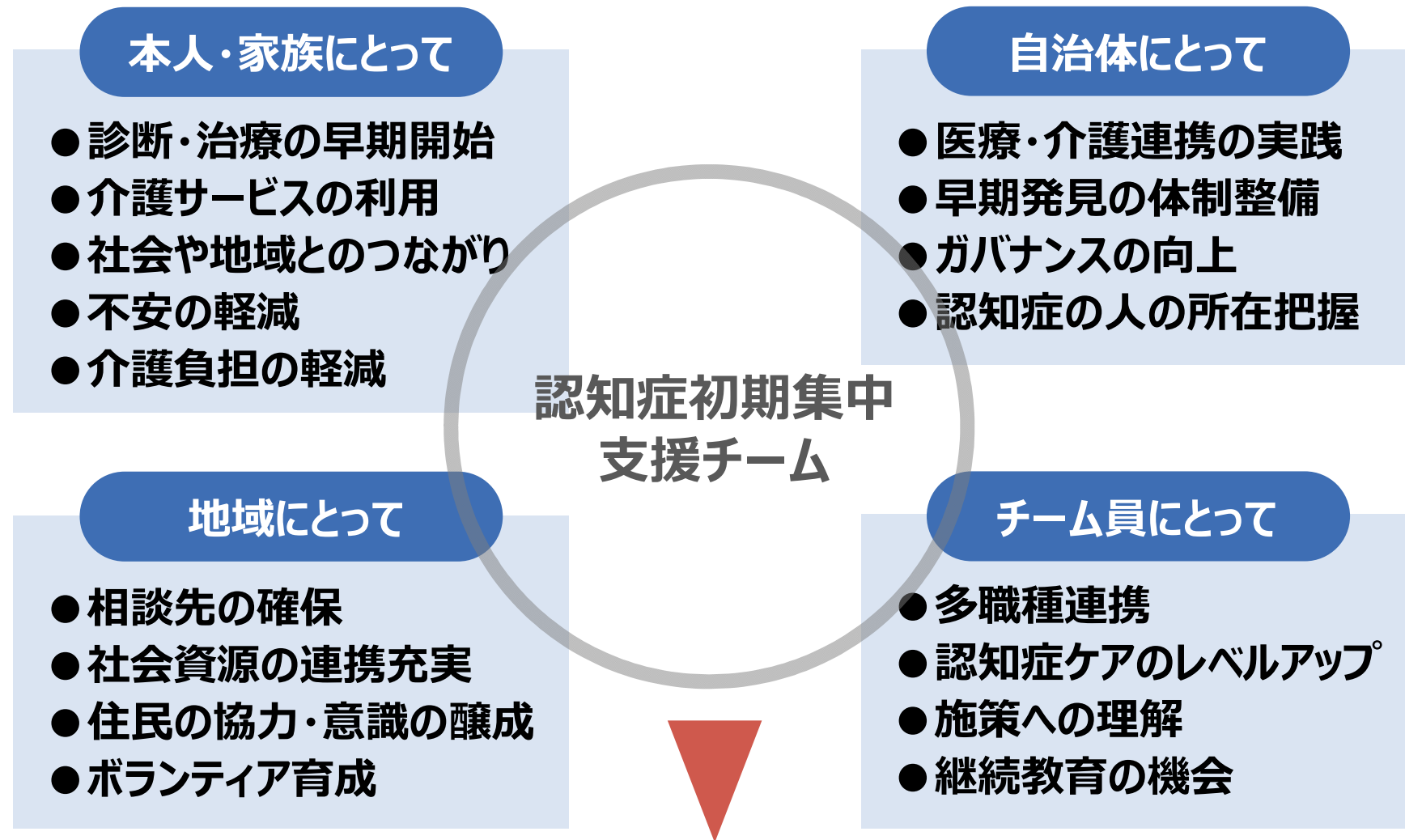
② 不適切事例 モニタリング後に、何らかの理由により、継続支援が出来ていない事例

終了者のうち、モニタリング実施者 N=438



やはり10%が
継続できていない

認知症初期集中支援の利点（効果）



地域による能動的な認知症対応の契機

数値目標一覧

項目	新プラン策定時	進捗状況(H28年度末)	(現)目標	目標案(H32年度末)
認知症サポーター養成	545万人 (H26.9末)	880万人	800万人 (H29年度末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力 向上研修	38,053人 (H25年度末)	5.3万人	6万人 (H29年度末)	7.5万人
認知症サポート医養成研修	3,257人 (H25年度末)	0.6万人	5千人 (H29年度末)	1万人
歯科医師認知症対応力 向上研修	—	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
薬剤師認知症対応力 向上研修	—	0.8万人	H28年度より 研修開始	4万人
認知症疾患医療センター	289カ所 (H26年度末)	375カ所	500カ所 (H29年度末)	500カ所 ※2次医療圏域に少なくとも 1センター以上設置
認知症初期集中支援チーム 設置市町村	41カ所 (H26年度末)	703カ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	3,843人 (H25年度末)	9.3万人	8.7万人 (H29年度末)	22万人
看護職員認知症対応力 向上研修	—	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1,814人 (H25年度末)	2.2千人	2.2千人 (H29年度末)	2.8千人
認知症介護実践リーダー研 修	2.9万人 (H25年度末)	3.8万人	4万人 (H29年度末)	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (H25年度末)	24.4万人	24万人 (H29年度末)	30万人
認知症地域支援推進員の 設置市町村	217カ所 (H26年度末)	1.2千カ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
若年性認知症に関する事業 の 実施都道府県	21カ所 (H25年度)	42カ所	全都道府県 (平成29年度末)	コーディネーターの資質 向上 好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置	—	H25年度から 国の財政支援実施	—	全市町村