

安芸区地域保健対策協議会 専門医療機関との連携

認知症疾患医療センターの役割

平成28年9月24日

医療法人せのがわ 瀬野川病院
広島市東部 認知症疾患医療センター
副院長・センター長 古庄 立弥

厚生労働省の考え方

地域包括ケア構想とオレンジプラン

厚生労働省資料より引用



Senogawa Medical Corporation

医療法人せのがわ

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

資料1

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ (新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、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な環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定

社会の中で＝可能な限り在宅で

- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七
つ
の
柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

1



I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

- 新・認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらうことに重点を置く
- 新・認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

現行プラン:2017(平成29)年度末 600万人 ⇒ 新プラン:800万人

③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- 学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
- 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
- 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

Ⅱ 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】

- 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供
発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階
- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最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

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- 新 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- 認知症疾患医療センター等の整備
- 認知症初期集中支援チームの設置

センター設置の根拠

【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)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最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
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 新 看護職員の認知症対応力向上 ・ 認知症リハビリテーションの推進

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の充実

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の充実
- 新 新任の介護職員の育成

疾患医療センターが全てを担うわけではない
適時適切な対応をおこなうことが重要
継続的に本人の状態を評価することが必要である

⑥ 人生の最終段階のケア

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 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)の積極的活用
- ・ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進
- 新 ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 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

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)
新プラン:

医療機関間、介護施設、地域との連携が重要

IV 認知症の人の介護者への支援

① 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】(目標新設)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

5

他県の先進例を見る限り、初期＝軽度認知症ではない
中等度以上の進行例や受診困難例が対象になりやすい
軽度認知症の人への強制介入は人権的にデリケートな案件
「困難事例に適切な初期対応をおこなう」チームと解釈される

広島市での位置づけ

ホームページより引用

- 指定医療機関
 - 西部：草津病院、東部：瀬野川病院
- 業務内容
 1. 専門医療相談
 - 患者・家族等の電話または面談による医療相談
 - 専門医療にかかる情報提供や医療機関等の紹介
 2. 専門医療の提供
 - 鑑別診断とそれに基づく初期対応
 - 身体合併症や行動・心理症状への急性期治療（入院先の紹介含む）
 3. 保健医療・介護関係機関との連携及び研修会の開催等

疾患センターの区分

• 基幹型

- 大学病院や総合病院
- 急性増悪や身体合併症に対応
- 鑑別診断（MRIやSPECTを用いた、より精密な）
- 専門職員（医師、PSW、心理士、看護師）の配置

基幹型の病院は
広島には存在しない

• 地域(拠点)型

- 精神科病院
- 鑑別診断、急性増悪への対応
- 専門職員の配置

当院はこの枠組み内

• 診療所型

瀬野川病院(当院)の概要

2015年7月現在

• 基本理念

いつでも どこでも だれでも
扉をたたき全ての人に
あたたかい医療の手をさしのべる
明るく、あたたかい病院づくり



- 病床数: 325床
 - 救急病棟 112床
 - 一般病棟 213床
- 平均外来患者数: 約220人/日
- 新規入院患者数: 約900人/年

入院患者の動向

・入院中患者の年齢層

各年12月31日時点

| 年 | 平成22年 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 |
|--------------|-------|-------|--------------|--------------|--------------|
| 期間 | | | | | |
| 19歳以下 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| 20歳～39歳 | 77 | 67 | 63 | 73 | 64 |
| 40歳～64歳 | 179 | 192 | 185 | 169 | 162 |
| 65歳～74歳 | 47 | 46 | 47 | 51 | 70 |
| 75歳以上 | 18 | 16 | 20 | 25 | 24 |
| 65歳以上 | 65 | 62 | 67 | 76 | 94 |
| 割合 | 20.1% | 19.1% | 21.0% | 23.7% | 29.2% |
| 総計 | 323 | 324 | 319 | 321 | 322 |

徐々に高齢化している

・新規入院者の主診断

| | 平成22年 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| F0(器質) | 2.2 | 3.9 | 3.8 | 4.2 | 3.7 |
| F1(薬物・AL) | 35.3 | 38 | 33.2 | 34.7 | 34.9 |
| F2(統合失調) | 39.8 | 36.6 | 40.3 | 36.4 | 36.4 |
| F3(気分障害) | 12.4 | 11.7 | 11.5 | 11.2 | 13.3 |
| F6(人格障害) | 4.7 | 3.4 | 4.9 | 5 | 4.7 |
| その他 | 5.6 | 6.4 | 6.3 | 8.5 | 7 |

(%)

当センターの方針

— 当院の得意な手法で運営する —

救急と情報が得意な病院の疾患医療センターである

• 医療

- 従来どおり救急医療の一部として認知症に対応
- 新たに早期診断、治療介入として「鑑別診断」

• 普及・啓発活動

- 担当地域のニーズを優先
- 定例会、講師派遣

当院よりも診断機器や治療技術の優れた病院が近隣に存在する

• 相談業務

- トリアージ機能（在住地域、病状に合わせた相談）
- 当院が最適な患者を積極的に受け入れる

情報センターとしての業務が中心となる

• 院外・多職種・他職種との連携

- 地域包括、保健師との連携が重要
- 近隣他院とも連携を深める必要がある

精神科医療の特徴

精神科の法的特徴

(精神保健福祉法)

- 非自発的入院(指定医診察⇒精神病床入院)
 - 措置入院
 - 保健所や警察へ通報⇒指定医2名の診察⇒行政措置で入院
 - 医療保護入院
 - 家族などの同意による入院
 - 自分が病気であることを理解しない(病識がない)など入院治療の必要性が高い場合
 - 本人・家族の同意がなくても診察・入院治療が可能なのは行政措置での入院に限られる
- 任意入院
 - 本人の同意能力があり入院に同意する場合
 - 「拒否なければ任意入院」⇒「同意なければ法的入院」

自立支援医療 通院公費負担制度

- 精神通院医療は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒、その他の精神疾患(てんかんを含む。)を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療に係る自立支援医療費の支給を行うものです。

出典: 自立支援医療(精神通院医療)の概要 | 厚生労働省

- 簡単に言えば、「精神疾患での継続的な精神科通院では公的な医療費補助の制度がある」ということ
- 自立支援医療は通院のみならず、精神科デイケア、訪問看護にも適用される
- 所得に応じた上限額設定のある1割負担
- 広島市の場合は、1割の部分を市が負担
- 介護保険との併用可能で、デイケアは自己負担が介護保険よりも軽い

精神科への受診や紹介について

- よくあるトラブル

- 受診や紹介を患者・家族が知らされていない

- 身体科：患者「主治医からは知らされていなかったけど、まあいいか」という反応が多い
 - 精神科：患者「主治医からは何も聞いていない。私が精神的に変だと言うのか！！」という反応が多い
 - 患者の認識・同意能力がない場合でも家族の反応は上記のようになることがある

- 救急の場でも本人・家族の受診同意が重要
 - 同意がなければ、直接の治療的介入が困難

精神症状で対応に困ったとき

1. 家族を呼ぶ

- 本人の精神的不調については、本人・家族への説明が第一に必要
- 配偶者・血縁の近い家族への説明がよい

2. 精神科医に相談

- 本人の受診・治療への道筋をつける
- 状況によっては警察への通報を勧めることもある

3. 保健所・警察に通報

- 措置入院を含めた法的対応が可能かもしれない
- 無理に医療や介護で対処しようとするしないこと

いわゆる「認知症」

最後に少しだけ基礎知識のおさらいをします



Senogawa Medical Corporation

医療法人せのがわ

定義の曖昧さが誤解をまねく？

- 全ての「認知症」がアルツハイマー型というわけではない
 - アルツハイマー型（AD）は全体の5割と推計されており、安易な診断は誤診をまねく
 - AD以外の型の認知症にAD治療薬を使用することでBPSD悪化など事態が悪化することもある
- 「認知症」は早期発見・早期治療で改善する??
 - 軽度認知機能低下（MCI）への薬物療法は賛否両論
 - ドネペジルvsビタミンではビタミンが勝るという報告も
 - AD型MCIが4年以内に認知症発症するのは約5割
 - 年に12%の発症率
 - 逆に約5割は発症しないということ



認知機能低下 加齢と認知症の差は何か？

- 加齢によるもの

- 全体的にバランスよく能力低下
 - 日常生活に支障を来たさない

- 認知症疾患によるもの

- ある能力がアンバランスに低下する
 - 日常生活に支障を来たす
 - AD : 記憶、視空間認知
 - DLB : 幻視、錯視、自律神経、歩行
 - FTD : 行動のまとまり、衝動制御、他者配慮
 - GBD : ADとFTDの中間的な能力低下
 - VaD : 血管領域による能力低下



認知症の診断 原因の検索が重要

- 問診
 - 全体の経過や特徴的エピソードの有無など
- 身体診察
 - 身体疾患の兆候の有無、神経症状の有無など
- 認知機能検査
 - 長谷川式、時計描画、前頭葉機能検査など
- 血液検査
 - 一般的検査（肝腎機能、血液一般、血糖など）
 - 甲状腺ホルモン、鉄分、ビタミンB群、ミネラル
- 画像検査
 - 頭部CT、MRI
 - 脳血流検査、心筋シンチグラフィ、ドパミントランスポーター画像、アミロイドPET（先進医療）

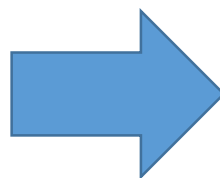
治療薬の効果って？

- 添付文書の適応と効能効果

- アルツハイマー型認知症の症状進行抑制効果がある

- 臨床現場での効果

- 覚醒度の上昇
- 意欲の改善
- 記憶の改善



感情表現、意思表示、
自発性や周囲への関心
が向上する



薬物療法の注意点

- 治験レベルの根拠があるのはAD型とDLB型のみ
- 「認知症には治療薬がある」は誤った表現
 - AD・DLB 2つの型を併せて全体の60-70%の患者数
 - 有効率を80%と仮定しても、「全体の5割程度にしか効かない」
 - 効きそうな人に処方する、無効・悪化時には中止する が安全
- 「とりあえず認知症の薬」は最も危険な判断
 - 典型的ADにのみ処方する方が安全では？
 - DLBの場合は副作用が出やすく、より繊細な注意が必要
 - FTDの場合は賦活作用で問題行動が増加するリスクがある
 - 軽度認知機能低下の場合は、経過観察が安全
- 私の勧める薬物療法（認知症に限りませんが…）
 - 可能な限り薬物療法をしない
 - 効果と副作用を症状レベルで熟知することが重要

ご清聴いただき
ありがとうございました