

認知症医療・介護の新しい潮流

—図説シリーズ「認知症」開始に寄せて—

鳥羽 研二[†]

IRYO Vol. 71 No. 1 (34-36) 2017

認知症有病者が軽度を含め462万人と推測され、生活自立度Ⅱ以上の、生活になんらかの助けを要する認知症者数は、介護保険データから平成29年推計373万人であることも公表された。

平成24年度に策定された認知症対策5カ年計画は、平成27年度以降市町村に順次事業を移管し、平成30年からは地域支援事業に移行する。

これらの認知症のケアが評価され、平成26年11月に、認知症レガシーイベントが本邦で開催された。

各国で合意された内容は、以下のとおりである。

- 1) 認知症の人ができるだけ地域で暮らすことは、各国の認知症対策の基本的理念で、当事者が参加した、認知症に理解が深い町づくりが必要(当事者参加, Dementia in place)
- 2) 認知症の対応にはステージに応じた適切な医療、ケア、リハビリが必要
- 3) 予防は1次、2次それぞれに適切な時期に適切な場での対応が必要
- 4) メモリークリニック、初期集中支援チーム、介護予防サロンなど早期診断・早期対応は重要
- 5) ケアについて、ケア従事者への支援が不可欠である(介護負担)
- 6) 行政レベルだけではなく、民間の力(ICT, Robot)も必要

会議開催に当たって、安倍首相からの「私は本日ここで、わが国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政

府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします」というメッセージを受け、塩崎厚労大臣は、新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方として、早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること、認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進することの、3つの基本的な考えを示した。

国立長寿医療研究センターは重要な観点をふまえ、2014年12月に今後の認知症施策について提言を行った。(http://www.ncgg.go.jp/topics/20141219-1.html) 厚労省は関係識者、団体の意見をふまえ、「新オレンジプラン7つの柱」を2015年1月に公表した。

- 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の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

以上の背景をふまえ、先進国と比較して本邦の取り組みの課題を勘案すると、新しい認知症医療の潮

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター [†]医師

著者連絡先：鳥羽研二 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地
(平成28年9月12日受付、平成28年10月14日受理)

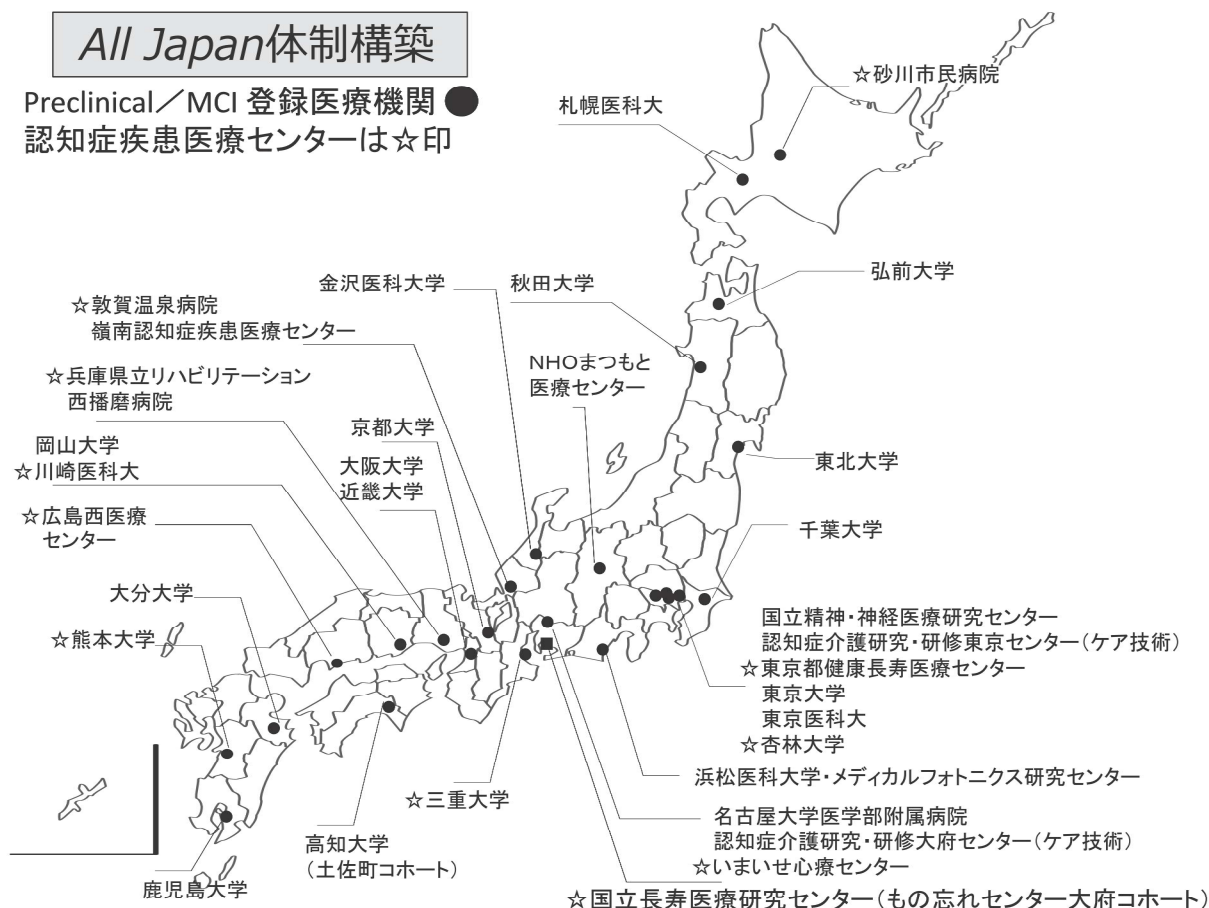
Recent Trend in Dementia Care

Kenji Tobo, National Center for Geriatrics and Gerontology

(Received Sep. 12, 2016, Accepted Oct. 14, 2016)

All Japan体制構築

Preclinical/MCI 登録医療機関 ●
認知症疾患医療センターは☆印



流は以下の点になっていくだろう。

1. 認知症患者本人が参加する町づくり

認知症を2,000人以上診察してきた。当事者目線を意識し、家族教室で本人参加も行ってきた。しかし、当事者目線と当事者の発言は重みも、内容も同一ではない。おかれた状態を想像するのと、現実の困難の相違は、「事実は小説より奇なり」で、想像を超えた医療介護が求められる。

本邦のケアは評価されているが、インクルージョン(参画)が不足しているというのが本邦の課題。

本人が行政や医療、福祉機関だけでなく、商店、交通など町づくりに発言していく機会を設けることが、認知症で穏やかにくらす町づくり、認知症に理解が深い都市(Dementia Friendly City)の合意に合致する。

2. 住民参加で、地域の認知症医療とケアの実情を行政と医師会が把握する仕組みづくり

地域ケアパスを市区町村で策定し、住民の理解、

安心を得なければならない。医療福祉機関はそれぞれの「持ち場」であるが、他の施設や機関へ移ったらどうなるか、本人に最適な場所はどこかという「持ち場を超えた発想」が当事者や家族には切実な問題であるにもかかわらず、連携の二文字の中には十分なシステムやノウハウが持ち込まれてこなかった。

ケアパスの作成の指針には、地域での認知症諸段階における、医療ケアサービスの資源マップの作成を27年度に完成させ、30年度までに不足の資源を補強する計画をたてなければならない。地域包括ケア会議の中で、身体介護と認知症介護の二本柱として位置づけることが重要である。

さらに本邦発の「認知症サポーター」は800万人を超えた。認知症に一定の理解をもつための講習を受けるだけでオレンジリングが手に入り、街のどこかで認知症の方の困りごとを手助けする試みだ。

英国、カナダ、米国にもDementia Friendとして広がっている。より能動的な活動を行えるような試みが英国ではChampionとして始まっている。本邦でも同様な試みがスタートしている。

3. 早期診断機関の生活相談機能

診断だけでは、病状の変化や生活の不安解消に不十分である。場合によっては「病名の告知と処方」だけに終わっている場合もいまだ少なくない。

進行に応じたケア方法、ケアを補助する介護保険の仕組み、医療機関の役割分担を説明して、「どのような時期で、どのような症状でも大丈夫ですよ」という説明と情報提供を行うべきである。医療機関のPSW,MSWは必要に応じて、経過中の生活機能を、ケアパスに乗った連携医療介護機関の相談者と連携するものとし、情報提供についての新しい介護保険での算定を策定する必要がある。

4. ケア従事者の介護負担感を評価

認知症ケア従事者の介護負担感は、周辺症状(BPSD)にもっとも影響を受けるが、介護が長引くにつれ同じ状態でも、介護負担感は漸増し、負担感増大にともなう、うつ、虐待などが課題となっている。

初期集中支援チームによるBPSD改善と介護負担軽減が示された。他にも、全老健の介護予防サロン、自治体の認知症カフェ、当センターや老年科の物忘れ家族教室など多様なサービス形態のなかで、早期支援の啓発、情報提供によって、介護者のモチベーションを高める試みが活発に行われている。

5. ICT, ロボット, 交通テクノロジーを結集した認知症対策

2025年介護者の不足は100万人とも推計され、認知症に関する会話、傾聴ロボット、見守りのスマートハウス、家事援助機器、移動介助機器、注意力低下を補う交通機器など、テクノロジーの開発協力は喫緊の課題である。

徘徊など、介護のみでは解決しない問題には、情報通信技術 (ICT) や交通テクノロジーも参画した町づくりが求められる。

6. ネットワーク, コホートを生かした認知症治療研究

ハイリスクアプローチだけでなく、ポピュレーションアプローチを行うために、国際研究の受け皿としても、新薬の治験の受け皿としても、医療機関のネットワークや住民コホート研究はこれまで以上に重要となっていくだろう。

昨年からオレンジプラットフォームという世界で類を見ない、健常者、軽度認知障害 (MCI)、認知症まで縦断的に登録観察する全国コホートが開始された¹⁾。

国立長寿医療研究センターが中心機関となり、健常者地域コホート、MCIの医療機関コホートを担当し、国立精神・神経医療研究センターがインターネットを利用した万単位の登録制度 (IROOP) を立ち上げた。今後の治験、臨床研究への活用が期待されている。

謝辞：本論文は日本医療研究開発機構 (AMED) 研究費 (16jk0310002h001) と平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の成果である。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) Saji N, Sakurai T, Suzuki K et al. ORANGE's challenge : developing wide-ranging dementia research in Japan. Lancet Neurol 2016 ; 15 : 661-2.