

今後の 認知症施策の 方向性

山口晴保

群馬大学大学院保健学研究科

2012年6月18日に「今後の認知症施策の方向性について」という報告書が厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームから公表されました。今回は、これを取り上げます。藤田一枝厚生労働大臣政務官を主査(チーフ)とし、医政局、社会・援護局、老健局、保険局の4局長らを副査とする省内横断的なプロジェクトチームで、過去10年間の認知症施策を再検証し、今後めざすべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討しました。

精神科病院への 長期・社会的入院をなくす

基本目標について、『「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とするものである。』と定めました(『』内は原文のまま)。

まず、「施設から在宅へ」という大きな舵取りが

一点、そして「精神科病院等への長期の社会的入院をなくす」という姿勢を明確にしています。さらに、これまでの流れを「不適切な」と厳しい表現で指摘しました。この辺にプロジェクトチームの強い意気込みが感じられます。

一般病院の医療は医政局、精神科病院は社会・援護局、介護保険を担当して認知症対策部門があるのは老健局、医療保険が保険局という“縦割り行政”のなかで、省内横断的なプロジェクトチームで認知症施策を議論したのは素晴らしいことです。しかし、専門家・実践者などへのヒアリングを中心に議論がまとめられたようで、実績を基盤とした施策の方向性ではなく、理想論のような方向性ではないかと思われます。これがきちんと実現できるのかという点に危惧を感じるとともに、実現する方向になれば良いと感じます。

具体的には、以下の7つの視点からの取り組みが示されました。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

看護師や作業療法士などで構成される 「認知症初期集中支援チーム」を設置

「不適切なケアの流れ」から「新たなケアの流れ」に向けて、BPSDへの事後対応や、早期からの支援でBPSDを防ぐことに重点が置かれます。このために「認知症初期集中支援チーム」を置くことが目玉になっています。

地域包括支援センター等に看護師や作業療法士などから構成されるチームを置き、家庭訪問を行って医療・ケアのアドバイスをを行う新制度です。イギリスで成功した制度を日本にも持ち込もうと

やまくち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣』（ともに協同医書出版）。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。



しているようですが、イギリスでは家庭医制度が整っていて、認知症患者はメモリークリニックで集中して診るといように制度も国民の考え方も違います。日本で成功するには、日本流の実施方法を見いだすことや、地域包括支援センターと地域医療機関との連携強化、地域包括の予算やスタッフ増員などが必要であろうと思われます。

かかりつけ医との連携機能などを含む「身近型認知症疾患医療センター」を開設

このほか、「身近型認知症疾患医療センター」の整備も目玉としてあげられます。6月現在、171カ所に設置された基幹型・地域型センターに対して、かかりつけ医との連携や往診、訪問指導などの機能を取り込んだ身近型センターを全国に300カ所設置するとしています。センターに配置することになっている臨床心理士や精神保健福祉士などの人員基準を緩めて、同時に運営費の国費補助を減額して、これまで以上に地域に密着したセンターを増やそうという計画のようです。現在までに指定されているセンターは精神科病院が多く、センターが患者の囲い込みに利用されているという弊害も指摘されていますが、認知症グループホームと身近な関係のセンターが増えることは好ましいと思います。

グループホームとの連携例

筆者が週1回診療している認知症疾患医療センターと認知症グループホームとの連携がうまくいったケースを紹介します。

数年前から幻覚があり精神障害と診断されて抗精神病薬などを服用されていた方で、精神科病院の老健からこのグループホームに移ってきました。常に歩き回り、目を離すと出て行ってしまう、他の入居者の部屋に入り込んで物色する、夜は2時間と寝ないで起き出す、「知り合いが居た」とい

う幻覚・妄想、相手を罵倒するような言葉を発して会話が成立しないなど、この状態でよく介護しているなどと思わず感心するほどの重度のBPSDでした。

まずは2種類の抗精神病薬を徐々に中止しました。このうちの1つのドグマチールは、かかりつけ医が気軽に出す傾向にありますが、パーキンソン症状などを引き起こします。このため、アーテンというパーキンソン症状を防ぐ薬剤も使われていました。この薬剤はアセチルコリンを減らして認知機能を悪化させたり、せん妄を引き起こしたりします。もちろん、アーテンも中止しました。

そして、①抑肝散1包(夕)、②デジレル25mg錠の半錠で1カ月後にはBPSDが減少し、さらに③メマリーを徐々に増量して10mgまで、という治療で、2カ月後には徘徊・幻覚妄想などのBPSDは消失し、コミュニケーションができるようになりました。職員に対して「ありがとう」など言葉をたくさん発するようになり、そのグループホームで一番の優等生になったと報告を受けました。

このケースは、初診時にレビー小体型認知症を疑いましたが、振り返ってみると、抗精神病薬の副作用であるアカシジア(症状)だった可能性が高いと思われます。じっとしていられなくなり常時徘徊するような状態になると、その治療として抗精神病薬が使われますが、この薬剤そのものがこのようなアカシジアを引き起こすこともあるのです。数週間の時間をかけて抗精神病薬を中止するだけで良くなるケースがあるのです(ただし、いきなり中止してはいけません)。

☆

BPSDを悪化させないケアが第一ですが、BPSDが悪化したときに相談できる認知症に明るい医師が身近に必要です。身近型認知症疾患医療センターが整備されて、認知症グループホームとの連携が強化されることを願っています。

なお、冒頭のプロジェクト報告書は厚生労働省のホームページからダウンロードできます。