

## 認知症と地域連携

## 1. 認知症ケアパスについて

Care pathway for dementia in the community

遠藤 英俊

## 要約

平成24年6月18日に厚労省が発表した認知症施策推進5ヵ年計画戦略(オレンジプラン)に基づいて、平成25年度から5ヵ年計画で、新しい取り組みが実施されることとなった。オレンジプランの理念は地域包括ケアに基き、地域行政の役割の明確化、医療と介護の連携、市民、医療関係者の教育研修を目的としている。すなわち認知症ケアパスは適時適切なサービスを提供し、地域で安心して暮らし続けることを目的に作成されようとしている。それは地域資源を見える化し、認知症の人と家族を支援することが重要な課題である。認知症の地域包括ケアを実現するために、地域での資源を整理し、時間軸によって、利用できるサービスを明確化することと、医療と介護の連携を図ることである。

**Key words** オレンジプラン, 地域包括ケア, 認知症ケアパス, 認知症初期集中支援チーム, 地域ケア会議  
(日老医誌 2015; 52: 127-131)

## はじめに

今後の認知症施策の方向性として、平成24年6月18日に厚労省が発表した認知症施策推進5ヵ年計画戦略(オレンジプラン)に基づいて、平成25年度から5ヵ年計画で、新しい取り組みが実施されることとなった。オレンジプランは厚労省の主な7つの認知症に関する政策課題を示したものである。本シンポジウムの目的は認知症施策をとりあげ、今後の対応を議論することである。

オレンジプランの理念は地域包括ケアに基き、地域行政の役割の明確化、医療と介護の連携、市民、医療関係者の教育研修を目的としている。すなわち認知症ケアパスは適時適切なサービスを提供し、地域で安心して暮らし続けることを目的に作成されようとしている。それは地域資源を見える化し、認知症の人と家族を支援することが重要な課題である。認知症対策の方

向性は正しいものと考えられる。

## オレンジプランについて

オレンジプランは主な7つの柱からなっており、表1と図1に概略を示す。まずは地域ケアパスの作成であるが、認知症の地域包括ケアを実現するために、地域での資源を整理し、時間軸によって、利用できるサービスを明確化することと、医療と介護の連携を図ることである。

次に医療面での課題を解決するために、かかりつけ医のためのBPSDを中心とする薬物ガイドラインの作成を行うこと、都道府県単位で病院勤務の医療従事者むけの研修を行うこと、精神病院における認知症の入院期間を短縮することなどがあげられている。次に認知症初期集中支援チームの導入と構築を図ること(別稿)、認知症医療支援診療所の導入と認定を行うこ

表1 オレンジプランの7つの柱

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 地域での生活を支える医療サービスの構築
  - 認知症の薬物治療に関するガイドラインの策定
  - 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
  - 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上
  - 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
3. 早期診断・早期対応
  - 認知症初期集中支援チームの設置
  - 身近型認知症疾患医療センターの整備
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. 若年性認知症の支援
7. 認知症ライフサポートモデルの策定と人材育成

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標—ケアの流れを変える—

- 「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」の実現を目指す。
- 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「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。

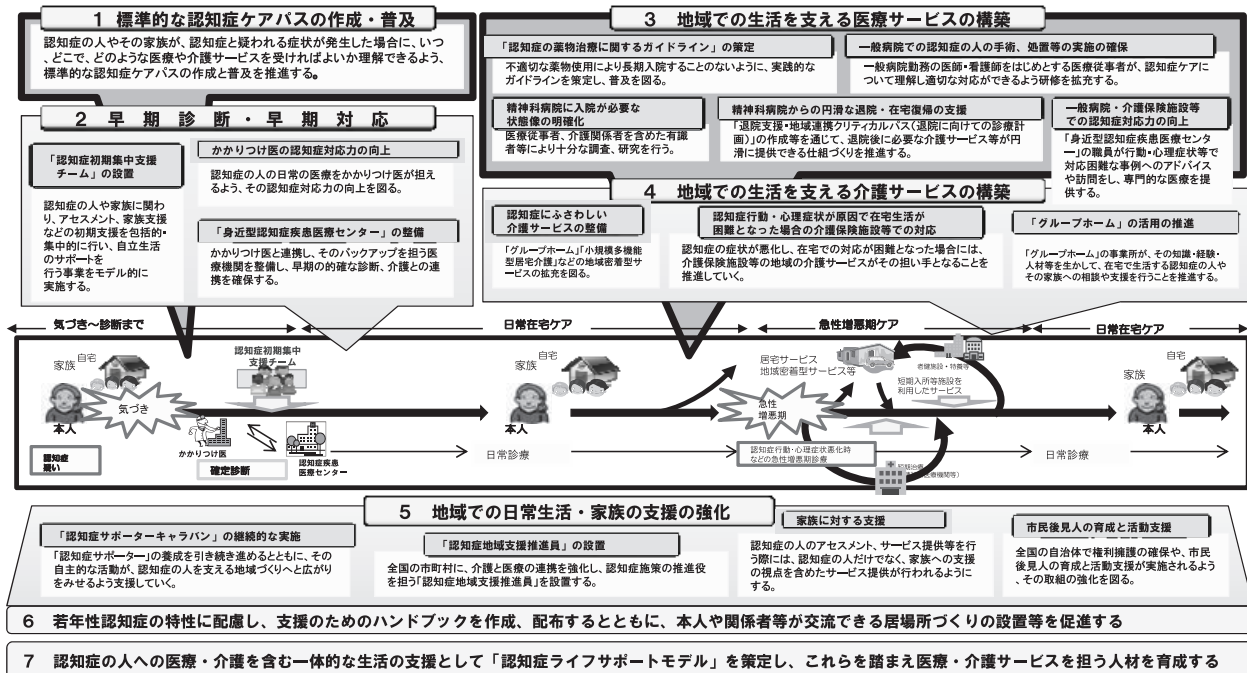


図1 今後の認知症施策の方向性について（厚労省作成）

とがある。認知症医療支援診療所とは認知症の人への早期診断、早期対応及び危機回避支援（認知症ケアに

関する地域の対応力を高めるためのバックアップ）を行い、認知症の人に対する地域包括支援体制として、

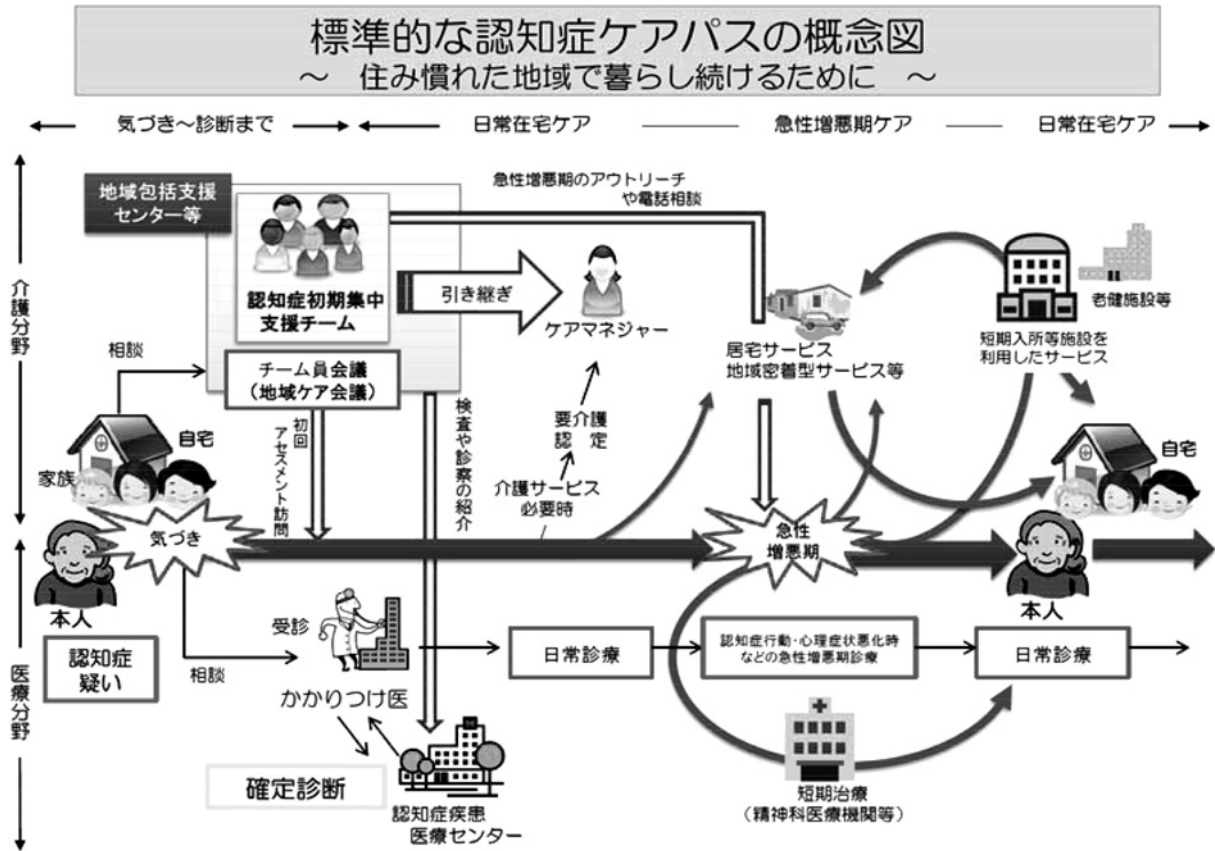


図2 標準的な認知症ケアパスの概念図 (厚労省作成)

かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センターと有機的に機能した認知症医療体制づくりを目指すための診療所である。

また若年性認知症対策としてはコールセンターの運営とハンドブックの作成が行われている。また地域ケア会議の強化も盛り込まれており、困難事例を中心に、地域ごとに医療と行政と介護の連携により問題を解決するチームを日本中で行われるようにすることが必要である。最後に認知症カフェの導入である。認知症の人と家族が気軽に相談し、集いあえる場所提供を目的にNPOや行政などが運営する(別稿)。

### 地域包括ケア

平成23年の介護保険の改正において、「地域包括ケア」が目標理念として国の施策として設定された。介

護保険サービスは現在なくてはならないサービスとして定着しており、地域包括ケアの推進の中身としては、医療との連携強化として、24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化をめざすこと、特養などの介護拠点を整備し、介護サービスの充実強化を行うこと、見守り、配食、買い物などの24時間対応の在宅サービスを強化すること、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護を支援すること、さらに一人暮らし、高齢夫婦のみの世帯の増加をふまえ、様々な生活支援サービスを推進し、高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている。しかし民間のケア付き高齢者住宅の中身の点検は必須であろう。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。また認知症の徘徊見守りサービスはインフォーマルケアをふくむ重要な地域のネットワークの構築を必要としている。

今後の課題としては、財政の安定的運用であり、介護サービスの見直しや要介護認定の見直しが必要である。特に在宅タイムステディに基づく、データの見直しは今後必要となる。さらに障害者の認定は大きな課題として存在する。またがん末期の認定も様々な課題が存在する。課題を整理することが真の意味での改良につながることはいうまでもない。

## 認知症のケアパスについて

認知症のケアパスは「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」と定義されている。すなわち地域における認知症連携パスのことである。まず最初に介護保険事業計画に反映させるために、地域資源の調査が最初に必要となる。次に地域資源のマップを作成し、認知症のステージごとに時間軸にあわせて、多職種の医療介護連携を構築することである。完成すれば後は介護保険事業計画に盛り込むことになっている。すなわち横軸は時間であり、縦軸には医療と介護の専門職と、行政、ボランティアの機能が明示されている。しかしながら本来のパスは個人のものであり、市町村全体の概略を作成後に、個別のパスを作成する必要がある。個々のプランは、認知症の本人や家族のために介護支援専門員が作成するべきであろう。

認知症ケアパスを概説する。認知症の早期発見、早期対応の重要性はいうまでもないが、当初認知症と認識されなかったり、受診を拒否したりするケースがある。そこで家族や民生委員、近所の人が認知症ではないかと疑った時に相談できるところが認知症初期集中支援チームとなる。チーム員は研修をうけた者であり、相談を受けた場合にはアウトリーチを行う。すなわち訪問し、アセスメントを行う。その結果をもとに認知症サポート医を含むチーム員会議で検討し、適切なアドバイスを行う。診断治療が必要な場合には医療機関を紹介し、介護サービスの利用が必要であれば要介護認定につなげ、介護支援専門員に繋げることとする。その後、医療や介護を利用し、もしBPSDが悪化すれば、再度地域の専門医や認知症疾患医療センターへの受診や入院をできるようにアクセスするシステムを構築する。可能なかぎり在宅で療養し、最期には介護

施設の利用も検討する。そうした長期にわたって、地域で安心して暮らせる体制の指針づくりが認知症ケアパスであり、ポイントは行政の指導のもとに医師会や介護福祉が連携して、顔がみえる関係を構築することである。

「認知症ケアパス」は、地域全体（マクロ）としての「ケアパス」と、個々の高齢者（ミクロ）の「ケアパス」の2種類がある。気づきシートと社会資源シートで取り上げるのは「地域全体（マクロ）としての認知症ケアパス」であり、個々人の認知症の人のケアパスとは若干異なる。しかし、個々人のケアパスは、地域のケアパスの上に成り立っている。個々人のケアパスが積みあがることで、地域全体のケアパスが成り立っていることから、両者は非常に近いもので、関連するものと言える。個々の認知症の人のケアパスは、その人の生活歴やニーズ、家族の状況、経済状況等、様々な要素を踏まえ、検討していくものである。むしろ地域のケアマネジャーや医師、看護師、介護職といった専門家や、民生委員、認知症地域支援推進員等から情報を得るなどして、地域の実情をできるだけ把握するようにする必要がある。

## 考察

認知症ケアパスとは、利用者側が地域での認知症に関する医療・介護サービスの利用を見える化し、その利用を混乱なくスムーズにするものであり、多職種の連携が欠かせない。今後地域によってサービス格差が大きくなる可能性があるが、スムーズな連携により認知症の支援を地域で完結することが重要である。さらに最近では新オレンジプランを作成し、認知症施策を国家戦略として位置付け、さらに強化される動きがある。

## 文献

- 1) 京都市認知症ケアを考えるつどい実行委員会：認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア，クリエイツかもがわ，京都，2012.
- 2) 遠藤英俊：痴呆のクリニカルパス，日総研，東京，2004.

## 理解を深める問題

## 問題 1

オレンジプランについて、誤っているものはどれか、1つ選べ。

- a 認知症サポーター等の人材育成がふくまれている。
- b 一般病院における認知症パスが実施される。
- c 初期集中支援チームが普及される。
- d かかりつけ医向けの BPSD ガイドラインの作成がふくまれている。
- e 医療従事者むけ研修が実施される。

## 問題 2

地域包括ケアについて、誤っているものはどれか、1つ選べ。

- a 地域包括ケアでは、ボランティアの活用もふくまれる。
- b 医療と介護の連携が一つの柱である。
- c 疾患や認知症予防もふくまれる。
- d サービス付き高齢者住宅の整備がふくまれる。
- e 施設ケアが中心である。

## 問題 3

認知症ケアパスについて、誤っているものはどれか、1つ選べ。

- a 地域の適時適切な医療とケアの提供を目指している。
- b 専門医へ紹介することもある。
- c 介護保険の利用をすすめることもある。
- d 初期集中支援チームは含まれない。
- e 重度の認知症でも認知症ケアパスの対象となる。