

第7回認知症医療介護推進会議(平成30年8月1日)

日本慢性期医療協会のアクションプラン

日本慢性期医療協会
会長 武久洋三

[はじめに]

認知症は、早期診断・早期治療により、その進行を遅らせることが可能である。そこで日本慢性期医療協会では、初期段階で認知症患者が受診可能な「認知症科」の設置提言を行ってきた。

また救急搬送される患者をはじめ、入院患者で認知症があれば、より医療・介護の手間がかかることは様々な資料を見ても明らかであり、どの病床種別においても認知症患者に係る時間、費用共に負担がかかることは示されている。

また認知症患者の多くは高齢のため身体合併症を伴っているが、認知症治療病棟をはじめとする精神病床では、精神科以外の内科系の医師の配置が少なく、十分な治療が十分に行われていない。脳の器質的変化を伴うアルツハイマー型認知症や脳血管型認知症のような不可逆的な認知症と違って、低栄養や脱水状態の高齢患者が一時的に認知症状を発症する場合は正に内科医による治療を行うべきである。

一方で将来的に精神病床は削減される予定であり、今後、認知症患者が700万人にも及ぶとされる近未来において、認知症患者の受け皿の確保は喫緊の課題である。

当会では、認知症700万人時代へのアクションプランとして、

1. アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning:ACP)の推進
2. 認知症に適した医療介護横断的なケア環境の整備
3. 認知医療院の整備

の3つを提言する。

認知症 700 万人時代への対応

1. アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) の推進

[背景]

超高齢化に伴う高齢・慢性期患者の増加、認知症の増加、そして多死社会への突入に際し、終末期の在り方を広く議論しなければならない時期にきている。自宅で亡くなる時代から病院で看取る時代に移り、そこに施設も加わった。自宅に戻す動きもあるものの、いずれにしても今後、亡くなる場所の多様化が予想される。そのような中で、「どこで」「どのように」最期を迎えるかということは、本人や家族の QOL に大きく関わるものと考えられる。

[本人・介護者の意思を明確にするために]

一方、認知症の方の場合、疾患の進行に伴い意思疎通が困難になる可能性がある。核家族化や単身世帯の増加、老老介護などの問題を踏まえると、ある程度早い時期から、本人および主たる介護者がどのような最期を望んでいるのかを明確にしておく必要がある。そのために、ACP が必要となる。

[本人・介護者の意思に沿った最期を迎えるために]

亡くなる場所が多様化した際に、本人・介護者の意思に沿った最期を迎えるためには ACP が共有される仕組みが構築されなければならない。ACP を取り決めた施設だけでなく、転院先、入所先、在宅など、本人の状態に応じて療養環境が様々に変わり得ることを踏まえ、ACP が施設にとどまるのではなく、本人と一緒に動き、その時々を支える関係者に共有されなければならない。

[アクションプラン]

1. ACP の必要性を医療介護関係者だけでなく、広く一般市民に啓発する
2. 医療介護施設で説教的に ACP を実施すると共に、それらが施設横断的に共有できる仕組みを構築する

2. 認知症に適した医療介護横断的なケア環境の整備

[現状]

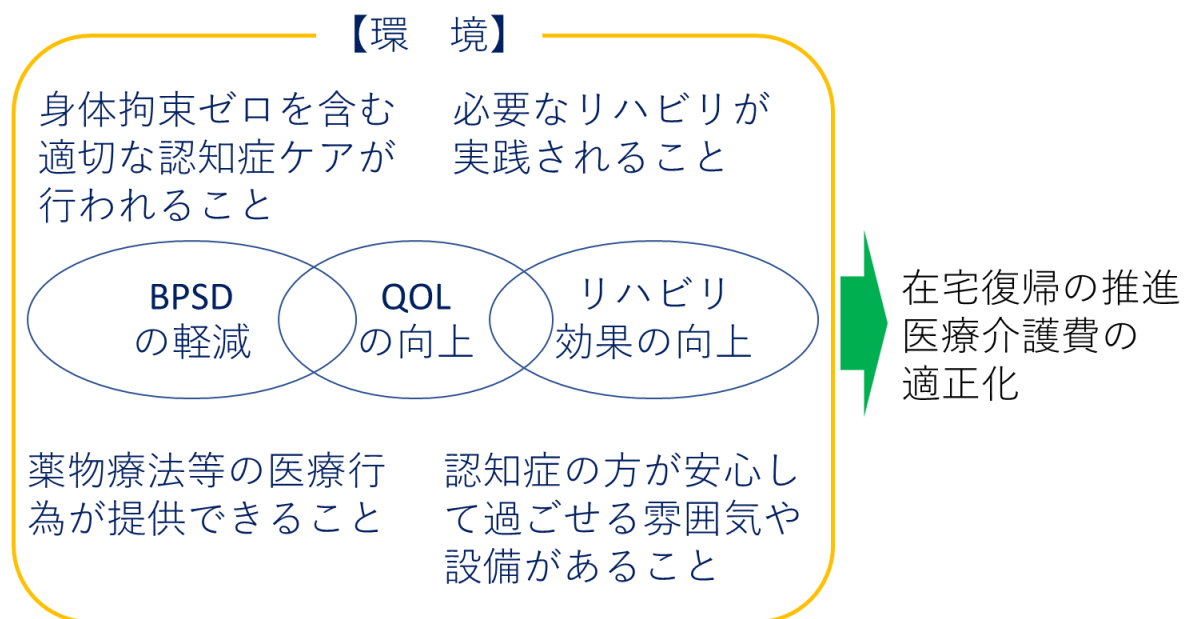
多くの医療機関で認知症を有する患者が増えており、多くの医療機関で身体拘束が行われている。しかし、身体拘束はBPSDの早期軽減に必ずしも適切な手段とは言えない。特に、長期の身体拘束は廃用や寝たきり状態を作り出し、在宅復帰困難事例を増やし、慢性期病床や介護施設の飽和による医療介護費用の増加を招くものである。

そのため、入院料もしくは介護施設区分において、これらの機能を明確にする必要があると考える。

[改善させるために]

認知症を有する患者に対し、適切な医療介護を提供し、BPSDの軽減を図ると共に、身体機能の向上や本人のQoLの維持・向上を図りつつ、在宅療養につなげていく仕組みを確立していく。

[イメージ]



[アクションプラン]

1. 認知症に対する理解と実践の推進：多職種を対象とした認知症ケア研修の継続的实施
2. 身体拘束ゼロでの適切な認知症ケアの方法に関する啓発活動：ケアモデルとしての認知症看護介護の推進

3. 認知医療院の整備

[背景]

認知症患者が 2025 年には 700 万人を突破し、65 歳以上高齢者の 5 人に 1 人が認知症になると言われている。では、認知症を発症したらいったいどこに入院すべきか。精神科医は、「認知症は精神科が診るべきだ」と提案するだろう。しかし高齢の認知症患者は認知症だけでなく、多くの身体合併症を伴っている。その場合、精神科医だけではなかなか治せない。従って、精神科医と総合診療医（内科医）が共診で治療すべきである。できるだけ身体疾患と精神症状の両方の治療を行い、よくして在宅に復帰させ、日常生活に戻れるようにしなければならない。

この度の同時改定において新設された介護医療院は、「医療」「介護」「住まい」の機能を併せ持つ新たな介護保険施設であり、5～10 年の間に今とは異なる機能となる可能性が大きく、今のところ各自、自由な発想の基に運営できるのではないだろうか。

そして将来的に削減される運命にある精神病床を、認知症患者を中心に受け入れる「認知医療院」とし、身体合併症の治療を終えた認知症患者を主に受け入れ、精神科医と総合診療医（内科医）が近くにいる病院内施設の中で認知症患者に対する適切なケアを実施すべきではないか。

[アクションプラン]

1. 認知医療院の整備