

認知症基本法施行を受けた取組と課題

2024年9月9日 認知症医療介護推進会議(公益社団法人 全日本病院協会)

1 認知症に係る当協会の取組

1-1. 研修事業

病院看護師のための
認知症対応力向上研修会

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るための取組みや、多職種チームによる介入を評価する項目である「認知症ケア加算2・3」に対応した研修。また、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」に該当する内容としても実施。

開始年 : 2016年
開催回数 : 14回
合計修了者数 : 4587名

全日本病院協会
総合医育成プログラム

(公社)全日本病院協会が(一社)日本プライマリ・ケア連合学会及び筑波大学との協力のもと提供する、「医療運営」「診療実践」「ノンテクニカルスキル」の3分野から成る全34単位構成のプログラム。「診療実践」のプログラムとして「認知症」の講座を実施。

開始年 : 2018年
合計受講者数 : 340名
認定者数 : 106名

病院職員のための
認知症研修会(ユマニチュード入門研修)／病院管理者のためのユマニチュード研修

【概要】

○ 2013年度より、認知症の方へのケアメソッドである「ユマニチュード」を学ぶ研修会。ユマニチュードの基本的な考え方と初歩的な実践を学ぶ2日間のプログラム。
○ 2020年度より、病院の管理者を主な受講対象とした研修会を開催。「ユマニチュードの哲学」を中心に基本的な考え方を学ぶとともに、具体的な病院等への実践事例について学ぶ。

<ユマニチュード入門>
開催回数:12回
修了者数:1100名
<管理者研修>
開催回数:4回
受講者数:282名

病院医療ソーシャル
ワーカーと多職種
で取組む入退院支
援研修会

ソーシャルワーカーを含む多職種参加による、入退院支援のあり方について通じてともに考えるワークショップ形式の研修会。「浮かび上がらせ支援」という概念を中心に、臨床倫理やマーケティング等、様々な視点から地域における支援のあり方、役割について検討する。

開始年 : 2013年
開催回数 : 11回
合計修了者数 : 887名

1 認知症に係る当協会の取組

1-2.調査研究・提言等

認知症施策推進基本計画の策定に向けて(意見書)

2024年5月の内閣官房「認知症施策推進関係者会議」において、全日本病院協会として「認知症施策推進基本計画の策定に向けて(意見書)」を提示した。
主に「認知症の方の尊厳の保持」に関して「1. 市民に対する情報不足」「2. 医療・介護現場で働く人の情報不足」「3. 仕組みの問題」の3点について指摘し、ACPやADの取り扱いや、ALP(Advanced Life Planning)の概念等について言及した。

認知症の医療提供体制に関する調査研究

令和5年度老人保健健康増進等事業として「認知症の医療提供体制に関する調査研究」を受託し、認知症疾患医療センターの実態調査を実施した。

【事業の目的】

都道府県等や認知症疾患医療センターを対象に調査し、認知症疾患医療センターの課題を把握し、求められる機能を再確認する。さらに、認知症疾患医療センターのそれぞれの地域の実情に応じた効果的な運用と質のあり方、必要な対応について検討する。

【実施期間】

2023年6月8日(木)～2024年3月31日(日)

【調査実施概要】

- ・事業検討委員会を設置し、調査内容、調査対象、実施方法、分析・考察方針等を検討。
- ・都道府県・政令指定都市、認知症疾患医療センターを対象にアンケート、インタビュー調査の実施。

【主な調査結果】

- ・「二次医療圏域ごとの設置あり」は、都道府県で84.8%、指定都市で94.7%。全国単位で見れば、センターの量的な整備は一定の進捗があった。
- ・一方、センターへのアクセスが困難なため目的を十分に達成できていない地域もある。センターと関係者の連携を深めることが必要で、関係機関が連携して認知症患者の支援体制の質を高めることが求められる。
- ・実際、都道府県・指定都市による施策の役割も量的整備から質の向上への支援と変化してきていることがうかがわれ、今後都道府県・指定都市においては、実態的な機能を踏まえた評価と働きかけが必要となる。

2 認知症基本法施行を受けての課題

- 今後ますます人手不足が深刻化
- 認知症対応の注力ポイントは、上流に関与し、下流での発現を可能な限り抑える事

若年性	高齢者	
	中等度	重度
D 正しい診断・社会的理解、勤務環境の整備・確保	ADL保持 ドクターショッピング A	ADL保持 日常生活が破綻 B
	出来ることができなくなる不安 寂しい	問題となるのは、排泄・食事
	BPSD悪化	
	頻回な家族への電話、呼び出し、徘徊	C
	治療・ケアへの抵抗	
	ADL低下 自宅内施設	ADL低下 老衰の診断・ACP D
	治療が有効な疾患	

A

関係者が疲弊、関係者の生活に負の影響を及ぼしやすい。対象者が多い。
→関係者が意識せず、暴言・暴力・ネグレクトを起こしやすい。誰の身にも起きうる。

ケア抵抗を起こしやすくする原因は、関係者の認知症の方の世界への理解・対応力不足。

- ↓↓
- ①家族・関係者・専門職・救急隊すべてで、対応力向上のための勉強する場が必要（福岡市などの取り組み参考）
 - ②日中デイ・ショートサービスなどの整備
 - ③ケアマネのマネジメント力（CM処遇改善し、マネージャー機能確保）

B

動けるが日常生活が破綻。室内排泄など、生活環境が悪化。
→居宅ケア、施設入所などで対応。整備。

C

医療関係者の知識。せん妄とBPSDの違い対処理解。

D

正しい知識と診断。レビー、正常圧水頭症など。治療で改善。

ADL低下事例部分は、上記「A」「B」「C」「D」とACP（認知症にかぎらない）の充実で、カバーできる可能性が大きい。

2 認知症基本法施行を受けての課題

就労人口減少・高齢社会において、
認知症施策に関しても、やるべきことの絞り込みが肝要となる

①認知症に関する国民の理解の増進

- 「認知機能が低下した方に見えている世界がどういうものであるか」を知る場の提供と、認識の広がりから生じる反応とを関連づけていくことが重要。
- 暴言や問題行動といわれるものの中には、認知症の家族と毎日向き合っている中で、どうにもならない状況の中で発せられるものも多く、「普通の家族」が多いことを共通認識とする。
- 内容は、国民向けと医療機関・介護施設機関職員向け、いずれも同じ内容であるべき。
広くそうした認識を共有する場を提供する必要。
[Ex.福岡市などにおけるユマニチュード推進の取組み 等]
- 医療機関においては、せん妄とBPSDの違いをしっかりと判断し、対処できるようにすることが不可欠。
- 認知症関連研修会への参加や、認知症支援推進員に対する補助等、理解促す活動への支援が必要
(認知症＝介護系⇒各市区町村自治体にゆだねられていて系統的な財政支援が必要)

②認知症のかたの尊厳の保持

- 当事者のできることを奪わず、その人らしい生活を保持することが肝要。
- 尊厳を保持する場の整理(デイ等通所系、カフェなど、居宅)と充実が求められる。
認知症カフェなどの活動は、一部の市民のボランティアに依存しており、十分な支援と、活動の継承が必要。

2 認知症基本法施行を受けての課題

③認知症患者 対応コーディネートする人へのインセンティブ強化

- 地域におけるケアマネジャー、地域包括支援センターの機能強化が重要。ここが十分に機能することで、余分な入院や、地域医療体制のバランスが崩れることに伴う、認知症患者へのネガティブなイメージの進展を防ぐことが可能となる。
- 機能強化に伴っては、インセンティブ強化が必要。
- DX推進も重要であり、特にケアマネジャーの書類作成支援はDXで時間短縮が可能で、現場でのケアマネジメントにより多くの時間を割くことが可能となる。早急な支援が必要。

④ケアラー支援

- 認知症患者のケアのために、家族の時間が犠牲にならないよう、デイ、ショート、カフェ、施設、居宅ヘルパー等の充実が必要。
- 他業種との取り合いになるため、人員の確保にあたってはインセンティブ強化が不可欠。

⑤移動手段のための交通手段の確保

- 認知症の方に限らず、高齢者・障がい者施策においてもとても重要で、必要不可欠。
- 現場目線で見た場合、現在運用されているサービス間の連携が不十分であり、効率的な運用が課題と感じている。

⑥認知症健診

- 初期の認知症の診断をしても、医師の投薬機会を生み出しているのみで、十分な成果が得られないことを危惧する。
- 積極的な介護申請への協力などへ政策誘導したほうが効果的ではないか。

⑦初期集中支援

- 責任医療機関によって形がさまざまであると思われるが、困難事例対応に関する初期集中支援が多いように思われる。