

## 【日本慢性期医療協会】

### 認知症施策推進大綱に対する意見（要旨）

日本慢性期医療協会

会長 武久 洋三

担当 田中 志子

今回の大綱の柱は認知症の「共生と予防」です。「共生」について考えてみると、日本慢性期医療協会は、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型グループホーム、有料老人ホームなどを有している会員は協会の多くを占めています。まさに長年にわたり医療と介護の一体化を実践してきた協会です。軽度の人から最重度の人まで私たちの医療とケアの現場には多くの認知症の人が存在しています。これまでも、本人が有する力を最大限に活かしながら、伴走者として支援して「共生」してきました。さらに、様々な生きづらさを抱えていても、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取組を進めている会員や一歩進んで、認知症の人の就労支援を実験的に始めている会員や、認知症の人と地域の子供たちとの共生社会を見据え、地域の子供たちの力を活用して高齢者との日常的な交流を作り高齢者に役割を持ってもらうということを始めている会員もいます。このように、日本慢性期医療協会が担える役割は数多くあると感じています。次に「予防」ですが、人生の最終段階を含む慢性期医療においても認知症の予防ということは関係がないことでなく、むしろ自らの意思を表現しにくくなった認知症の人の生活をいかに穏やかなものにし、社会の中に共生することを実現できるかが慢性期医療とケアの真骨頂であります。これまでも全国に先駆けて「医療を提供する病棟における」認知症の人への身体拘束廃止を掲げ実践してきました。また認知症の人のその人らしさを追求した生活をも見据えた支援を薬物療法と非薬物療法という医療とケアの二軸からチーム協働で行ってきた歴史があります。その経験を生かし、慢性期医療における認知症予防や介護保険総合データベースやCHASE、BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成・周知のエビデンスを収集し、分析に協力し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示できる活動へ参加をしたり、慢性期医療現場や施設における認知症対応プログラムの開発への参加や患者・入所者の状態に応じた認知症リハビリテーションの開発・体系化、認知症リハビリテーションの事例収集及び効果検証等に参画します。また認知機能低下の抑制に関する機器・サービスの評価指標・手法の策定に資する共同研究の臨床現場となります。

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援では、協会の医療従事者や介護従事者に対し、認知症対応力向上研修を受講できる環境や時間を作ります。さらに、認知症の人の意思決定支援に関するプログラムについては、最も当協会に関わりのある部分であると考えており、特に認知症の人の意思決定支援については、日本が世界の先駆けとして作成していく必要があると考えているので研究協力並びに日本型ACP作成について実践していきたいと考えています。一方でもともと認知症がなかった、あるいは軽度だったにもかかわらず、低栄養や脱水、腎前性腎不全、電解質異常、貧血などにより、認知機能が低下し、せん妄等から認知症のように見えてしまう患者がいます。これらの患者の中には、治療により適正な検査値になるにつれて認知機能低下も改善してくる例が多くあります。最近では低栄養や脱水、フレイルなどが高齢者に悪影響を及ぼし、あたかも認知症のように見える仮性認知症も増えていることを一般の方や臓器別専門医にも広く提示し、警鐘を鳴らし、それらの発現の予防や治療改善に向かってさらに努力していきます。

## 認知症施策推進大綱に対する意見

日本慢性期医療協会  
会長 武久 洋三  
担当 田中 志子

先日厚生労働省から示された認知症施策推進大綱（以下、大綱）によれば、我が国において 2012（平成 24）年で認知症の人の数は約 462 万人、軽度認知障害（MC I : Mild Cognitive Impairment）の人の数は約 400 万人と推計され、合わせると 65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人、またはその予備軍とも言われていました。2018（平成 30）年には認知症の人の数は 500 万人を超え、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症と見込まれています。このように、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。こうした中、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、2015（平成 27）年 1 月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）を経て、2018（平成 30）年 12 月、内閣官房長官を議長、健康・医療戦略担当大臣及び厚生労働大臣を副議長とし、その他 13 大臣を構成員とする「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置されました。その後、有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族をはじめとした様々な関係者からの意見聴取や議論を経て、今般、大綱がとりまとめられましたが、慢性期医療の現場においても認知症の人は数多く滞在しています。そこで今大綱の中で、日本慢性期医療協会が、認知症の人に対してどのような推進ができるかを検討しました。

今回の大綱の柱は認知症の「共生と予防」です。はじめに認知症の人との「共生」について考えてみると、日本慢性期医療協会は、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型グループホーム、有料老人ホームなどを有している会員は協会の多くを占めています。さらに慢性期の医療を提供する病院群のみならず、少ないながらも介護老人保健施設、介護老人福祉施設、有料老人ホームなどが会員として存在します。まさに長年にわたり医療と介護の一体化を実践してきた協会であります。軽度の人から最重度の人まで私たちの医療とケアの現場には多くの認知症の人が存在しています。これまでも、認知症の人を個性や思い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援して「共生」してきました。さらに、大綱に

示されたように認知症の人も含め、様々な生きづらさを抱えていても、一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取組を進めている会員もいます。一步進んで、すでに認知症の人の就労支援を実験的に始めている会員や、認知症の人と地域の子供たちとの共生社会を見据えて、地域の子供たちの力を活用して高齢者との日常的な交流を作り高齢者に役割を持ってもらうということを進めている会員も多くいます。地域においても、高齢者や認知症の人を支援する先進的な住民活動を長年陰になって支えている会員も多いことから、今回の大綱には日本慢性期医療協会が担える役割は数多くあると感じています。

次に「予防」についてまとめたいと思います。大綱が示す「予防」というのは、認知症にならないことではなく、認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を穏やかにすることです。つまり、人生の最終段階を含む慢性期医療においても認知症の予防ということは関係がないことでなく、むしろ自らの意思を表現しにくくなった認知症の人の生活をいかに穏やかなものにし、社会の中に共生することを実現できるかが慢性期医療とケアの真骨頂であります。

これまで日本慢性期医療協会では、全国に先駆けて「医療を提供する病棟における」認知症の人への身体拘束廃止を掲げ実践してきました。また認知症の人のその人らしさを追求した生活をも見据えた支援を薬物療法と非薬物療法という医療とケアの二軸からチーム協働で行ってきた歴史があります。これは私たちの最も得意とすることです。したがって今般示された大綱はまさに日本慢性期医療協会のこれまでの歴史と経験を利活用できる項目が数多く並んでいると考えます。次に日本慢性期医療協会が、積極的に推進に参加できることについて大綱内の施策の項目にそって箇条書きでまとめます。

#### 1. 普及啓発・本人発信支援について

- 企業・職域型の認知症サポーター養成についての実践は、既に多くの会員が実行しているため、これらをさらに拡充する
- 社会教育施設での講座の受講等を通じた地域社会への参画モデルも既設されているので、情報を発信し普及に協力する
- 会員病院のホールや待合室、病院の祭りなどを使って小・中・高校生認知症サポーターの創作作品等を周知する
- 医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における意思決定支援に関するプログラムの導入については、最も当協会に関わりのある部分であると考えており、特に認知症の人の意思決定支援については、日本が世界の先駆けとして作成していく必要があると考えているので研究協力並びに日本型 ACP 作成について実践していきたい
- また、市町村における「認知症ケアパス」については、慢性期医療の現場もケアパスの一部である。各自治体と協働してケアパスの作成と質の向上に努める

## 2.予防について

- 糖尿病や高血圧といった慢性疾患の患者は慢性期医療を行う病院の外来にも多数通院しており、なおかつすでに日本慢性期医療協会員の病院や施設にも介護予防に資する通いの場が存在することからこれらの外来患者を含む地域の患者の通いの場への参加率を高める活動への参加と協力
- 日本慢性期医療協会ではすでに地域へのリハビリテーションを提供していることから成人の週1回以上のスポーツ実施率を高める活動への参加と協力
- 医師、看護師、管理栄養士、理学療法士などのリハビリテーションセラピストなどの多職種を多数配する慢性期医療の現場からの学び（社会教育施設での講座の受講等）の提供
- すでに学び（社会教育施設での講座の受講等）を地域社会へ実践している当協会の参画モデルの提示
- 認知症予防に関する取組は、重度になった方に対しても必要である。日本慢性期医療協会員の中における好事例の提供
- 認知症の人が入院をしたり、入所をしたら予防がおしまいということではないので認知症予防に関する取組の実践に向けたガイドラインの中には、慢性期医療の現場における認知症の人の「予防」というものも非常に重要となる。そのためガイドライン作成に参画する
- 慢性期医療における認知症予防に関するエビデンスを収集し、認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成への参画
- 介護保険総合データベースやCHASEは、まさに日本慢性期医療協会が主体となって収集するデータ群であると思われるのでデータを収集し、分析に協力し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示できる活動への参加
- 認知機能低下の抑制に関する機器・サービスの評価指標・手法の策定に資する共同研究の臨床現場となること

## 3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援について

- 医療従事者や介護従事者に対する認知症対応力向上研修では、自らが主体となって広く地域に研修を提供すると同時に、日本慢性期医療協会員の病院や施設で働く職員に対して受講できる環境や時間を作る
- BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成・周知については、慢性期医療の現場でも課題となっていることであり、臨床研究の現場として参画しデータ収集や分析への協力を行う
- 慢性期医療現場や施設における認知症対応プログラムの開発への参加や患者・入所者の状態に応じた認知症リハビリテーションの開発・体系化

- 認知症リハビリテーションの事例収集及び効果検証等については、まさにこれまでの日本慢性期医療協会の経験や実績を生かして活動に参画できる
- 医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における、意思決定支援に関するプログラムについては、前述したように最も当協会に関わりのある部分であると考えており、特に認知症の人の意思決定支援については、日本が世界の先駆けとして作成していく必要があると考えているので研究協力並びに日本型ACP作成について実践していきたい。つまり意思表示が出来なくなった状態の認知症の人に対する意思決定支援の方法や、出来るだけ早期に認知症の人の意思決定をサポートする体制づくりなどについてもこれまでの実績や経験を十分に反映できると考えている。
- 当協会員に対して仕事と介護を両立しやすい環境整備に取り組む事業主として介護休業等を取得しやすくすることを支援し、日本全体の介護離職の防止を推進する
- 会員の市町村における会員と自治体との認知症カフェの普及（2020年度末）への協働
- BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの慢性期部門の開発、効果検証への参画

#### 4.認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援について

- 日本慢性期医療協会の会員の中には通所サービスを手掛ける多くの会員がいることから、それらの車や人などのインフラを活用しての自動運転移動サービスの実現
- 高齢者向け住宅において、安心・安全に出来る慢性期医療とケアの提供
- 慢性期における本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）作り
- 既に日本慢性期医療協会の会員が実施している市町村の圏域を越えても対応できる見守りネットワークの手法の共有、情報発信

#### 5.研究開発・産業促進・国際展開について

- 研究については臨床現場として積極的にデータ収集を行い、認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化に寄与する

このように、今大綱はまさに日本慢性期医療協会のこれまでの歴史と経験を利活用できる項目が数多く並んでいると考えます。実際に私たちの現場には軽度から最重度まで多くの認知症の人が存在し、また高齢者の治療やケアにあたるのが主であることから認知症の予備軍の方も多数おられます。これまでこういった認知症の予備軍の方や認知症の方に真摯に向き合い、医療の現場での認知症の人に対する身体拘束を廃止する努力を重ねてきました。さらに、慢性期医療の現場は、看取りの場でもあります。認知症の人や家族と多くの話し合いを重ね、その人らしい人生の最終段階を迎えることを支援してきたことも私たち日本慢性期医療協会の実績のあるところ です。一方でもともと認知症がなかった、あ

るいは軽度だったにもかかわらず、低栄養や脱水、腎前性腎不全、電解質異常、貧血などにより、認知機能が低下し、せん妄等から認知症のように見えてしまう患者がいます。これらの患者の中には、治療により適正な検査値になるにつれて認知機能低下も改善してくる例が多くあります。私たちは医療者であり、病院で仕事をしていますから、患者を何とかして治してあげたいという熱い思いで治療に携わっています。癌などの悪性腫瘍はともかく、こうした感染症や低栄養・脱水などの症状を持って入院してくる 2 次的な認知機能低下を安易に終末期とあきらめないで、いかに適切な治療とケアを行い、日常生活に戻すかが慢性期医療の本髄です。慢性期医療と言いながらも病院とは、治療する場です。決して看取りの場だけではありません。私たちは治らないと言われる認知症に対して、うつのように、最近では低栄養や脱水、フレイルなどが高齢者に悪影響を及ぼし、あたかも認知症のように見える仮性認知症も増えていることを一般の方や臓器別専門医にも広く提示し、警鐘を鳴らし、それらの発現の予防や治療改善に向かってさらに努力していきます。

これからは、さらに関係多方面と協力し大綱の実践に向けて会員一同、協力してまいり所存でございます。