

4. 認知症医療・介護連携の枠組み構築のためのモデル事業の創設について

① 循環型の仕組みの構築に向けて

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される循環型の仕組みの構築を目指している。

そのため、本年度の老人保健健康増進等事業において認知症の医療・介護関係の専門家、有識者、認知症の当事者及びご家族などの御協力により医療・介護等の有機的な連携を行う循環型の仕組みの在り方や医療・介護連携のための情報共有ツールのひな形について検討し、以下の成果物を作成しているところである。

- 医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割に関する手引き
- 一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き
- 認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形（記載マニュアル、作成・運用マニュアル案）

今般、上記手引書等の概要をお示しするとともに、作成次第、各自治体、関係機関等に情報提供する予定なのでご留意願いたい。

上記手引書等を参考にさせていただき、行政機関のみならず、認知症の当事者・ご家族及び認知症の支援に係わる医療・介護関係者などが参画し、地域の実情に応じた循環型の仕組みの構築を検討していただくよう、管内の市町村、関係団体に周知願いたい。なお、情報共有ツールについては、既に手帳などを活用されている地域においても、今後お示しするひな形等を踏まえ、既存のツールの運用や項目等を見直す際に参考とされたい。

参考1：医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割に関する手引き（案）

【医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割】

I. 容態に応じた適切な医療提供の牽引役

- ▷ 鑑別診断、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への対応など、認知症の人の容態に応じて適切な医療を自ら提供する。
- ▷ 医療従事者の認知症対応力向上を支援するなど、地域において認知症の人の容態に応じた適切な医療提供体制の確立を推進する。
- ▷ アウトリーチ活動を積極的に行い、予防から治療、リハビリ、在宅復帰支援に至るまで、認知症の人の容態の変化に対応した一体的な支援を提供する。 等

II. 医療・介護等の有機的な連携をかかりつけ医等とともに進めるエンジン役

- ▷ 認知症の医療・介護等に関わる地域の顔の見えるネットワークを構築する。
- ▷ 研修等を通じて適切なケアを提供できる地域の認知症介護の基盤整備を推進する。
- ▷ 認知症の人の視点に立って、多職種連携による意思決定支援の取組を推進する。 等

III. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進役

- ▷ 認知症に関する正しい知識の普及・啓発を推進する。
- ▷ 様々なアウトリーチ活動を通じて、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

【構成】

第1．認知症の専門医療に期待される役割についての基本的考え方

第2．個別の場面で期待される役割

- 1．本人主体の医療・介護等の徹底
- 2．発症予防の推進

- (1) 予防に関する知識の普及・啓発
 - (2) 地域における実践
 3. 早期診断・早期対応の体制整備の推進
 - (1) 早期診断・早期対応に関する知識の普及・啓発
 - (2) 地域における早期診断・早期対応体制の構築
 - (3) 一般病院における院内の早期診断・早期対応体制の構築
 4. B P S D等への適切な対応の推進
 - (1) B P S D等に関する知識の普及・啓発
 - (2) 地域におけるB P S D等に対応する体制の構築
 - (3) 院内におけるB P S D等に対応する体制の構築
 - (4) その他
 5. 身体合併症等への適切な対応の推進
 - (1) 地域における行動・心理症状等に対応する体制の構築
 6. 介護サービスの基盤整備
 - (1) 介護サービス人材の育成
 - (2) 介護サービス体制の構築
 7. 認知症の人の意思決定の支援
 8. 医療・介護等の有機的な連携の推進
 - (1) 有機的な連携体制の構築
 - (2) 有機的な連携のための情報共有の推進
 9. 若年性認知症への対応
 - (1) 若年性認知症についての普及・啓発
 - (2) 若年性認知症に対する対応体制の構築
 10. アウトリーチ活動の推進
 - (1) アウトリーチ活動についての普及・啓発
 - (2) アウトリーチ活動体制の構築
 11. 認知症の専門的知識を有する医療関係者の養成拡充
- 第3. 終わりに

参考2：一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き（案）

【一般医療機関における認知症への対応のポイント】

I. 認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われてはならない

- ▷ 認知症は今や、すべての医療・介護関係者に対応が求められる疾患。
- ▷ 認知症の人を、個々の価値観や想いを持つ主体として尊重し、支援を提供する上で本人の希望が実現できるよう、本人の有する力を最大限活用する。
- ▷ 生活習慣病等への積極的な介入は予防に貢献できる可能性がある。
等

II. 診療科や医療と介護といった垣根を超える連携が必要

- ▷ 診断や治療で認知症の専門医療と相談できる体制を構築する。
- ▷ 医療関係者、家族、地域での介護関係者等と、退院後の地域における生活も考慮した連携体制を構築する。
等

III. すべての症状が認知症の症状とは限らない

- ▷ せん妄の可能性を念頭に置く。
- ▷ 脱水、低栄養、痛み、環境の変化、薬剤の影響など対処可能な要因がせん妄を惹起又は悪化させ、認知症の症状を悪化させることを念頭に置く。
- ▷ スタッフへの普及啓発や、せん妄への対応チームの設置を推進する。

【構成】

第1. 本手引きの位置づけ

第2. 一般病院における認知症の現状

1. 一般医療機関における認知症の特徴

- (1) 認知症及びせん妄の頻度
- (2) 認知症による身体機能の低下
- (3) 一般医療機関における認知症の人の医療面における特徴
- (4) 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛

2. 認知症による一般医療機関における治療や管理面への影響

(1) 治療面への影響

(2) 管理面への影響

第3. 一般医療機関において求められる認知症対応の方向性

1. 本人主体の医療・介護等の徹底
2. 管理者による積極的な体制整備の推進
3. 認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応

第4. 一般医療機関に求められる認知症対応における役割

第5. 一般医療機関において求められる体制整備の指針

1. 対応体制の構築

(1) 認知症の人の治療や退院支援に関する管理体制、マニュアル、対応チームの設置等、院内での対応体制を明確にする。

(2) 療養支援や退院支援の質の担保を図るために、認知症の人の療養生活や退院調整に関して、本人や家族へ具体的に説明できるような資料を整備しておくことが望ましい。

(3) 認知症に対応するためのコンサルテーション体制を確保する。

(4) 院内の情報を集約・共有・検討し、現場での認知症対応の改善に活かす体制を組織する。認知症が身体疾患の治療を行う際に種々のリスクとなることを認識し、体制の組織に当たっては、医療安全や退院調整の部門、栄養、リハビリテーション、薬剤管理部門、認知症の専門診療科等が参画するのが望ましい。

(5) せん妄の予防・早期対応のための院内レベルでの体制を整備する。

(6) 対象となる人の認知機能の状態や必要な支援内容についてスタッフが情報を共有する方法を定める。

2. 認知症に関する基本的な教育研修

(1) 認知症の病態についての教育。

(2) 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーションの技術についての教育。

(3) せん妄やB P S Dの予防・対応についての教育。

(4) 認知機能障害のある患者の身体症状の評価と対応についての教育。

(5) 家族が体験することの理解についての教育。

3. 具体的な対応方針

(1) 病棟・外来でのアセスメントを実施する。

(2) 入院の早期から認知機能障害に配慮した適切な退院支援を行う。

(3) 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う。

(4) 認知機能障害に配慮をした環境調整やB P S Dへの対応

(5) 認知症の人やその家族に対して社会的支援を提供する。

第6. 終わりに

【参考】・認知症アセスメントシート

・せん妄アセスメントシート

参考3：認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形（案）



認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指してご本

人・ご家族・有識者との議論をもとにツールのひな形を作成。

【情報項目】

- 1) 使い方（内容の目録と記入に当たっての注意）
- 2) 同意書
- 3) わたし自身①：ご本人の基本情報
- 4) わたし自身②：ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- 5) わたしの医療・介護①：医療機関
- 6) わたしの医療・介護②：支援に関わる者・機関のリスト
- 7) わたしの医療・介護③：病名と医療機関
- 8) わたしの医療・介護④：処方内容と処方の目的
- 9) わたしの医療・介護⑤：血圧、体重
- 10) わたしの医療・介護⑥：利用しているサービス状況
- 11) わたしの認知症の状況①：認知機能検査（MMSE 又は HDS-R）。
- 12) わたしの認知症の状況②：日常生活活動の変化
- 13) わたしの認知症の状況③：最近気になっていること、困っていること
- 14) わたしのこれからのこと①②：今後の医療・介護への希望
- 15) 通信欄

【参考：情報共有ツール記載マニュアル案】

情報共有ツールを活用する認知症のご本人、ご家族、関係機関の方に向けた記載にあたってのマニュアル案を作成。

※構成

1. ツールについて
2. 使い方について
3. うまく使うための工夫など
4. 各ページの記載方法、記載上の注意
5. 関係者の方々へ

【参考：情報共有ツール作成・運用マニュアル案】

地域の実情に合った情報共有ツールを作成し活用できるよう、情報共有ツールのひな形の作成過程で明らかになった知見を元に「作成・運用マニュアル案」を作成。

※構成

1. はじめに
2. 情報共有ツールがもたらす利点
3. 情報共有ツールの作成・運用にかかる課題
4. 情報共有ツールの作成にあたって
5. 情報共有ツールの運用にあたって
6. おわりに

② 認知症医療・介護連携の枠組み構築のためのモデル事業について

市町村の地域ケア会議に、認知症の鑑別診断や認知症の行動・心理症状（BPSD）対応を行う専門医療機関や身体合併症への対応を行う医療機関が必要に応じ参画し、個別事例から浮かび上がる認知症に関する地域課題の検討・解決を行うことが望ましいが、これら認知症に関わる医療機関が参画できる体制は必ずしも十分に整っていない状況にある。

このため、都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で認知症に関わる医療機関と圏域内の市町村の地域包括支援センター等が集まる場を設け、前述の手引書を参考の上、地域における情報共有ツール等、認知症医療と介護の連携の在り方を議論することを通じて連携の枠組みを構築し、市町村の地域ケア会議で適切に認知症医療・介護連携がなされるよう促進するためのモデル事業を平成28年度から実施することとしている。各都道府県におかれては、管内市町村や関係団体等との連携のもと本事業の積極的な活用をお願いします。