

地域包括ケアシステムと認知症高齢者への支援

水上勝義

超高齢社会の日本では、高齢者が重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らしていける社会をめざし地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域包括ケアシステムは、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体となって提供されるシステムである。要介護状態を予防するための介護予防、病気になったら医療、介護が必要になったら介護、さらにはそれぞれの段階で必要な生活支援など、各自の状態に適したサービスが地域で受けられることをめざしている。地域包括ケアを基盤にした認知症対策として「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定された。新オレンジプランのもと、Ⅰ．認知症の理解を深めるための普及・啓発、Ⅱ．認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、Ⅲ．若年性認知症施策の強化、Ⅳ．認知症の人の介護者の支援、Ⅴ．認知症の人を含む高齢者にやさしい地域作りの推進、Ⅵ．認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、Ⅶ．認知症の人やその家族の視点の重視の7つの柱が掲げられた。とくに認知症の人やその家族の視点を重視することは、もっとも重要と考えられている。今後認知症患者数が急増する日本において新オレンジプランの推進が必要である。

キーワード：地域包括ケアシステム， 認知症， 新オレンジプラン

1. 地域包括ケアシステム

日本では現在 65 歳以上の高齢者人口は 3000 万人を超えて、2042 年約 3900 万人まで増加するとされる。認知症は、認知障害により自立した生活が困難となった状態と定義されるが、高齢になるにつれ認知症の有病率は増加する。現在 65 歳以上の 15%が認知症と推定され、認知症者数は 462 万人、その予備群である軽度認知障害 (mild cognitive impairment, MCI) 者数は 400 万人とされ¹⁾、さらに 2025 年には認知症者は 700 万人に達することが推測されている。

要介護認定率も高齢化とともに上昇し、国民の医療や介護の需要も今後さらに増加すると考えられる。一方、高齢者の健康に関する意識調査の結果から、介護を受けたい場所として「自宅」が 34.9%と最も多く、自宅で最期を迎えることを希望する人は 54.6%と報告されている²⁾。

このため厚生労働省は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域の包括的な支援・サービスの提供体制、すなわち地域包括ケアシステムを推進している³⁾。2014 年日本学術会議も、急性期治療を終えた回復期の受け皿や終末期ケアなどの生活の質 (QOL) を重視した在宅医療のニーズが高まり、地域全体で診、看ていくという「地域完結型医療」が求められているとし、「治す」医療から「治し支える」へ、また「病院中心」から「QOL を重視した地域完結型」へ転換することを提唱した⁴⁾。このためにも地域包括ケアシステムが求められる。

2. 新オレンジプランとは

地域包括ケアシステムを基盤として、認知症の人が住み慣れた地域の環境で自分らしく暮らし続けるために提唱されたのが、認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) である⁵⁾。

新オレンジプランは、7つの柱からなる。すなわち 1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、2. 認知症の容態に応じ

た適時・適切な医療・介護等の提供、3. 若年性認知症施策の強化、4. 認知症の人の介護者への支援、5. 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、7. 認知症の人やその家族の視点の重視である。とくに 7 は 1 から 6 のすべての施策の基本であり、もっとも重要とされている。以下にそれぞれについて概説する。

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

3つの具体的な方策が挙げられている。

①認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

認知症の人が自らの言葉で語るなど積極的に発信することが重要であり、現在各地で開かれる認知症に関する研修会や、自治体や国が主催する委員会などに認知症の人が出席し自らの意見を述べるが増えている。我々が定期的に行っている DLB サポートネットワークにも認知症の人や家族が参加するが、話をうかがうことでこれまで気づいていなかったことに毎回気づかされ、支援のあり方を再考させられることも多い。

②認知症サポーターの養成と活動の支援

認知症サポーターの数はすでに 1000 万人を超えているが、養成講座を通してさらに認知症サポーターを増やすこと、認知症サポーター養成講座を終了した人のために復習用の講座やより上級の講座を開くなどの取り組みを行うこと、活躍の場を確保することなどが提唱されている。現在認知症サポーターは、認知症カフェや家族交流会など認知症の人や介護家族を支える様々な場面で役割を担っている。

③学校教育等における認知症の人を含めた高齢者への理解の推進

授業等で認知症に関する教育が行われている。筑波大学でも平成 27 年度に、ヒューマン・ケア科学専攻の高齢者ケアリング学分野が中

心となり、中学生と高校生を対象に、高齢者の心身の基本的な特徴や認知症について学習する場として、「孫世代との会話による高齢者の喜びと満足感の反応を科学的にとらえよう」を開催した。その後も日本高齢者ケアリング学研究会学術集会では認知症に関する公開講座を行い中学生、高校生に幅広く参加を呼びかけている。

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

予防や早期診断・早期対応の大切さはもちろんであるが、経過中行動・心理症状（BPSD）や身体合併症がみられても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないような循環型の仕組み作りを推進することを目指している。

1) 発症予防の取り組み

近年、欧米諸国の研究から認知症の有病率や発症率の低下が報告されている^{6,7)}。米国のフラミンガム心臓研究においては、認知症の発症率が、この30年間で徐々に低下していることが報告されている⁷⁾。第1期（1970年代後半～1980年代前半）に比較して、第2期（1980年代後半～1990年代前半）は22%、第3期（1990年代後半～2000年代前半）は38%、第4期（2000年代後半～2010年代前半）は44%低下したという。認知症の有病率や発症率が低下した理由は明らかではないが、これらの報告は認知症に対する予防活動が有効な可能性を示唆している。

NIH（米国国立衛生研究所）は、アルツハイマー型認知症（AD）に対する予防策を推奨している。その策とは、定期的な運動、果実と野菜豊富な健康的な食事、家族や友人と時間を過ごす、社会交流と知的な活動、2型糖尿病のコントロール、高血圧と脂質異常証の改善、適正な体重の維持、禁煙、うつ病の治療、過度の飲酒を避ける、十分な睡眠である⁸⁾。日本でもここに挙げられた予防策の重要性は認知され、各地域で認知症予防に関する勉強会や運動を中心とした介護予防プログラムが行われている。ただし実践プログラム

の効果は十分検証されていないことが多く、今後の課題としてあげられる。

2) 早期診断・早期対応の体制整備

認知症の人やその家族と接する機会が多い医療専門職や介護専門職が、認知症についてより理解を深め、変化に早く気づくことが早期診断や早期対応につながる。このため新オレンジプランでは、あらたに歯科医師、薬剤師、看護職、介護職などに認知症対応力向上研修会などの実施を求めている。

レビー小体型認知症（DLB）は、初期診断がとくにむずかしい認知症疾患である。2013年の全国調査ではDLBはADや血管性認知症（VD）について3番目に多いが、その頻度は4.3%に過ぎなかった¹⁾。しかし死後神経病理学的検索が行われ確定診断した報告では、DLBの頻度を20%前後とするものが多い。したがってかなりのDLBが臨床診断されていないことが示唆される。DLBは早期に記憶障害が目立たないことが多く、またうつ症状や幻覚・妄想症状が目立つことが多いことから、精神疾患と診断されることが少なくない⁹⁾。そのうえDLBは薬剤過敏性から少量の抗精神病薬でも重篤な副作用を呈することがある。研修会では認知症の対応力向上とともに、早期に認知症に気づくポイントを研修することが重要である。また高齢者では薬剤性の認知障害にも注意が必要である。回復可能な認知症の原因が検討され、薬剤性はうつ病に次いで多いと報告されている¹⁰⁾。処方数が多くなるにつれ認知障害のリスクが大きくなることも報告されている¹¹⁾。現在厚生労働省では、「高齢者医薬品適正使用検討会」を開催し、高齢者にとって有害事象のリスクが大きい薬剤の使用を減らす対策が検討されている。同時に医師・薬剤師・看護師・介護士など多職種連携の重要性も指摘されている。

ところで介護専門職は離職率が高く、また他職種に比べて不安、不眠、うつなどのストレス反応が高いことが報告されている。介護職のパフォーマンスとストレスの研究では、優秀な介護職ほど負担感が多く、働きがい

低いことや、パフォーマンスがすぐれない介護職はストレス反応も大きくなる傾向が認められた。介護職の研修では、認知症の理解を深める内容とともに、ストレスマネジメントに対するプログラムが必要なことが示唆される¹²⁾。

認知症初期集中支援チーム

認知症かどうかはわからず家族が対応に戸惑っているケースなどに早期診断や早期対応の支援を行う認知症初期集中支援チームの設置が各自治体で進められている。認知症初期集中支援チームは、看護職、作業療法士などの専門家からなり、認知症が疑われる人や認知症の人、ならびにその家族の家を訪問し、およそ6ヶ月間にわたり専門医と相談しながら初期の支援を包括的・集中的に行う。平成30年度にすべての市町村に認知症初期集中支援チームの設置が求められている。

3) 認知症の容態の変化に即した適切な治療やケア

認知症の多くは次第に進行する。本邦でも多いアルツハイマー型認知症は、軽症では銀行のお金の出し入れや買い物など複雑な行動に対して支援が必要であり、中等症になると身の回りのことに対しても支援が必要になる。また高度になると尿失禁などの身体症状が出現する。このため進行状態に応じた治療やケアを必要とする。ADの治療薬は4剤あり、軽症例には3剤のコリンエステラーゼ阻害剤が、また中等症以降はメマンチンが使用可能である。さらに高度ではメマンチンと、コリンエステラーゼ阻害剤のうちドネペジルのみが使用可能となる。このため適切な薬物治療を行うにも進行状態を適切に把握することが必要である。

高度例に対する地域連携

認知症が進行するにつれてBPSDや身体合併症の頻度が高くなる。このため在宅から入所や入院へ移行する例も多い。しかし新オレンジプランでは、高度例や合併症を併発した場合でも、入院で急性期治療が終了後は、医

療と介護が連携しながら自宅など住み慣れた地域で生活が送れるように支援することが求められる。日本精神病院協会の報告書では高度ADのBPSD合併例に対して入院後3ヶ月で症状が改善し多くの例で入院前の生活環境に戻っていることが報告されている¹³⁾。ただし在宅に戻った後、BPSD治療薬の減量・中止について専門医とかかりつけ医の医療連携が必要となる。

地域包括ケアシステムにおいて重要な役割をもつ病棟として2014年に地域包括ケア病棟が新設された。地域包括ケア病棟は、急性期からの「ポストアキュート」と在宅・施設療養患者の緊急時の受け入れの「サブアキュート」、これらの補完と一般病棟を代替する「周辺機能」、受け入れた患者に院内・地域内の多職種協働を提供する「在宅・生活復帰支援」の4つの病棟機能を有している。現在生活支援のまちづくりも地域包括ケア病棟をもつ病院の役割の一つになっている¹⁴⁾。

3. 若年性認知症

若年性認知症とは65歳以前に発症した認知症の総称であり、日本に若年性認知症の人はおよそ4万人弱とされる。原因疾患としてはVDが最も多く、次いでADである¹⁵⁾。若年性認知症の患者および家族に対しては、高齢発症の認知症と比較して、心理面や経済面などより積極的な支援が必要である。ところが、異常に気づいてから受診するまでの期間は老年期の認知症よりも早く、3割が半年以内に、およそ半数は1年以内であるにもかかわらず、認知症と診断されるまで長時間を要する場合が少なくない¹⁶⁾。初期や前駆期にうつやアパシーが前景であることが少なくなく、このためうつ病などの精神疾患と診断されがちである。若年性認知症の可能性を常に念頭に置き鑑別にのぞむ必要がある。若年性認知症に対して理解し、就労継続の配慮をする職場は少ない。まだ本人に意欲が残っているにも関わらず退職をせざる得ない場合や、本人が能力の低下を自覚しながらも仕事を続けることに負担を感じる場合がある。自立支援給付(就労移行支援や就労継続支援(A型・

B型) や、地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどの利用も可能であるが、いまだ支援策は十分ではない。

4. 介護者支援

認知症の本人とともに介護者の支援も重要である。介護者はストレスが蓄積し、うつ病のリスクは介護していない人と比較して高率である。とくに BPSD は介護ストレスを増加する。BPSD が介護負担を増すとさらに認知症の本人の生活のしづらさが悪化することが報告されている¹⁷⁾。BPSD を治療だけでは、介護負担の軽減につながらないことが多く、介護者に対する直接の支援が必要である。新オレンジプランのなかでは前述した認知症初期集中支援チームとともに、認知症カフェも介護者負担軽減が期待されている。カフェでは、認知症の本人や家族が地域の人や専門家との交流し、情報共有やお互いの理解を深められる。認知症カフェも平成 30 年度にすべての市町村で実施することになっている。

現在、厚生労働省では介護休暇の増加など介護者の支援策を打ち出しているが、介護者のメンタルヘルスに関する視点は十分とは言えない。介護者のストレス対策として、認知症カフェ、家族会、DLB サポートネットワーク等での交流や介護保険サービスを利用したレスパイトのほかに、ストレスマネジメント法を学ぶ場をつくることも有用と考える。ところで高齢男性は高齢女性より自殺が多いが、メンタルクリニックなどの受療行動は少ない。認知症の本人や介護者と接する者は、介護者のストレスやうつ状態に常に留意することが求められるが、男性介護者は自身の不調を表出せず気づかれにくいことに注意が必要である。

5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

1. 生活の支援 (ソフト面)、2. 高齢者が生活しやすい環境 (ハード面) の整備、3. 就労・社会参加支援、4. 安全確保の 4 つの面が地域づくりの柱になる。

これらを具体的に地域で推進していくなか

で、大学は産官学の連携の中心となり、学術的な支援を行い、また地域作りを推進するリーダーを養成するなどの役割が期待される。

6. 研究開発

認知症の予防、診断、治療などすべての面において研究の進展が必要である。アルツハイマー型認知症の予防については前述したが、予防策の中で最もエビデンスが蓄積されている運動についてもいまだ検討の余地がある。定期的な運動習慣は認知症発症リスクを低下することが報告されているが¹⁸⁾、一方で 12 ヶ月以上運動を実践した群と運動をしない対照群との間に認知症の発症率に有意差がみられないとする報告もある¹⁹⁾。またこれまでのリスク要因や予防の研究は AD 以外の認知症疾患に対してはほとんど行われていない。今後の研究の展開を待ちたい。

治療においても同様である。現在 AD については症状改善薬 4 剤が用いられているが、期待されている根本治療薬については世界中で開発が続けられているものの、これまでのところ良好な結果が得られていない。DLB については現在症状改善薬 1 剤のみが臨床的に使用可能にすぎず、治療手段に乏しい。根本治療薬の開発はこれからである。薬物療法に限界がある現在、非薬物療法が重要であるが、非薬物療法の効果に関するエビデンスもきわめて乏しい。このように、今後いっそう認知症に関する研究の推進が求められる。

まとめ

地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者への支援について、新オレンジプランの内容にそって概説した。新オレンジプランでは認知症になっても住み慣れた環境で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためのさまざまな提案が行われている。2025 年には 65 歳以上の 3 人に一人、全国民の 10 人に一人が認知症か軽度認知障害となることが予測されており、認知症者数が今後急増する日本において新オレンジプランの推進が必要である。

文 献

- 1) 朝田隆 (2013) 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 平成 23-24 年度総合研究報告書
- 2) 内閣府. 平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果 (概要版) <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/index.html> (平成 30 年 6 月 3 日参照)
- 3) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (平成 30 年 6 月 3 日参照)
- 4) 日本学術会議. 提言. 超高齢社会のフロントランナー日本: これからの日本の医学・医療のあり方. www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t197-7.pdf (平成 30 年 6 月 3 日参照).
- 5) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン). <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (平成 30 年 6 月 3 日参照).
- 6) Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*. 382(9902):1405-1412, 2013;.
- 7) Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*. 374:523-532, 2016
- 8) National Institute on Aging. Assessing Risk for Alzheimer's Disease. <https://www.nia.nih.gov/health/assessing-risk-alzheimers-disease> (平成 30 年 6 月 3 日参照).
- 9) 水上勝義. Lewy 小体病. *内科* 120: 267-270, 2017
- 10) Weytingh MD, Bossuyt PM, van Crevel H. Reversible dementia: more than 10% or less than 1%? A quantitative review. *J Neurol*. 242:466-471, 1995.
- 11) Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann Intern Med*. 107:169-173, 1987.
- 12) 中村誠司、水上勝義. 介護サービス職の職業性ストレスと首尾一貫感覚に関する研究. —介護パフォーマンスの違いに注目して— *高齢者ケアリング学研究誌* 5;1-10,2015
- 13) 日本精神病院協会 高齢者医療・介護保険委員会. 認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業報告書、平成 29 年 3 月
- 14) 仲井培雄. 特集 第 3 回慢性期リハビリテーション学会 (後編) 地域包括ケア病棟のリハビリテーション. *日本慢性期医療協会誌* 105: 6-14, 2016.
- 15) Ikejima C, Yasuno F, Mizukami K, Sasaki M, Tanimukai S, Asada T. Prevalence and causes of early-onset dementia in Japan: a population-based study. *Stroke*. 40:2709-14, 2009
- 16) 朝田隆. 認知症患者の受診・相談行動. 若年性認知症患者の実態. 軽度認知障害 (MCI). 認知症に先手を打つ. 朝田隆編、中外医学社、東京、2007.
- 17) 水上勝義、岩切雅彦、畑中公孝、岩沢聖子、田山香代子、田中芳郎. レビー小体型認知症の生活のしづらさに関連する要因について. *認知症予防学会誌* 6(1):36-39, 2017
- 18) Hamer, M., Chida, Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol. Med.*, 39 ; 3-11, 2009.
- 19) Barreto PS, Demougeot, Vellas B, Rolland Y, 2017. Exercise training for preventing dementia, mild cognitive impairment, and

clinically meaningful cognitive decline:
a systematic review and meta-analysis. J

Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 [Epub
ahead of print]

連絡先：水上勝義
東京都文京区大塚 3-29-1
tel, fax; 03-3942-6453
Mail: mizukami.katsuyos.ga@u.tsukuba.ac.jp