

no significant association was found with the age of the caregivers, the relationship, the duration of care, annual income, the presence of an alternative caregiver, the presence of physical pain or the premorbid interpersonal relationship between the caregiver and the care recipient.

3.6. Path analysis (Fig. 2)

A path analysis indicated a significant network model of the relationship around the caregiver's burden, showing an adjusted R^2 of 0.370. The severity of dementia, the sense of "would rather die than be in the same condition" and physical pain of the caregivers showed large direct influences on the score of ZBI. The total frequency of BPSD significantly affected both pity for the care recipients and the sense of "would rather die than be in the same condition", but the burden was significantly influenced only by the sense of "would rather die than be in the same condition".

4. Discussion

In the present study, the ZBI was used to assess the caregivers' burden. The reliability and the validity of ZBI for the Japanese population have already been examined by Arai et al. (1997). However, despite the fact that the ZBI was originally developed for the caregivers of care recipients with dementia, none of the reports had adequately addressed the utility of the interview in assessing caregiver's burden in dementia care.

Caring for a patient suffering from dementia tends to keep caregivers bound at home, thereby increasing the caregiver's burden. The difficulty of coping with such unpredictable patient behavior as sudden tantrums or wandering often distresses the caregiver (Haley, 1997). The strong association of urinary and fecal incontinence with caregivers' burden observed in this study is consistent with previous reports demonstrating that incontinence is a strong predictor for collapse in caregiving at home (Ouslander et al., 1990; etc.). Moreover, the results demonstrated that patients' urinary and fecal incontinence make it difficult for caregivers to continue their regular job or to take time away from caregiving due to the time required for this special care. Hence, it may be essential to pay particular attention to the management of a patient's continence in terms of reducing caregivers' burden. In addition to incontinence, we confirmed strong associations of various BPSD, such as nocturnal delirium, hallucination, interfering with family conversation, and appears unhappy or depressed, with the caregiver's sense of burden.

Pearlin et al. (1990) constructed a model in which the primary stressor can be added to and modified by the care environment and the caregivers' background as secondary stressors. The present study showed that the duration of care, the presence of an intimate counselor, and the presence of physical pain in caregivers were strongly associated with the burden.

In the present study, regression analyses could not construct models with a high, adjusted R^2 for the ZBI and the burden score. But the path analysis indicated a network model with a higher adjusted R^2 , which yielded abundant information of the variables involved with care burden. The path analysis showed strong direct effects of severity of

dementia, the sense of “would rather die than be in the same condition”, and physical pain on the caregiver. The fact that pity for the care recipient has only little direct effect for the ZBI might suggest that the caregiver’s sense of burden stems from concerns of the caregiver’s own rather than from his/her compassion for the care recipient. We believe that the network model clarifies the relative involvement and kinetics of various factors influencing the caregiver’s burden. In particular, the presence of an intimate counselor to the caregivers and physical pain had substantial impact on caregiver’s burden. The overall frequency of BPSD had a significant effect on the caregivers’ sense of pity or the desire that they would rather die than be in the same condition. Meanwhile only the feeling that they would rather die than be in the same condition had the largest effect on the caregiver’s burden. These results may imply that it is the depreciation of demented care recipients as human, not the sympathy for them that loads the caregivers’ mind with the burden.

The caregiver’s burden is a complicated concept because it has a multi-layered structure. The structure consists of various factors such as the care recipients’ illness, and physical, psychological, and social stress for the caregiver.

In conclusion, the path analysis in the present study revealed the kinetic and dynamic interactions of factors affecting caregiver’s burden. The results indicate that caregiver’s burden can be affected by physical and psychological status of caregivers, as well as by medical conditions of care recipients. The application of this analytical method may help to establish strategies to reduce caregivers’ burden by a better understanding of how the burden develops.

References

- Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H., Hisamichi, S., 1997. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 51, 281–287.
- Baumgarten, M., Becker, R., Gauthier, S., 1990. Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *J. Am. Geriatr. Soc.* 38, 221–226.
- Greene, J.G., Smith, R., Gardiner, M., Timbury, G.C., 1982. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age Ageing* 11, 121–126.
- Haley, W.E., 1997. The family caregiver’s role in Alzheimer’s disease. *Neurology* 48, S25–S29.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), 2000. National Livelihood Survey, Tokyo, Japan.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), 2001. National Livelihood Survey, Tokyo, Japan.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), 2003. Annual Report on Health and Welfare, Tokyo, Japan.
- Munro, B.H., 2001. *Statistical Methods for Health Care Research*. Lippincott, Philadelphia.
- Ouslander, J.G., Zarit, S.H., Orr, N.K., Muira, S.A., 1990. Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients. Characteristics, management, and impact on caregivers. *J. Am. Geriatr. Soc.* 38, 440–445.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M., 1990. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30, 583–594.
- Polit, D.F., 1996. *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Appleton and Lange, Stanford.
- Sanford, J.R., 1975. Tolerance of debility in elderly dependants by supporters at home: its significance for hospital practice. *Br. Med. J.* 23, 471–473.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20, 649–655.

要介護認定と高齢者総合的機能評価

遠藤 英俊* 三浦 久幸* 佐竹 昭介*

KEY WORD

要介護認定
高齢者総合的機能評価
新予防給付

POINT

- 要介護認定と高齢者総合的機能評価は共有部分とそうでないところがある。
- 要介護認定は政策的に決定され、今後変更される。
- 高齢者総合的機能評価は QOL の評価や患者へのフィードバックを行っていく必要がある。

0387-1088/05/4500/論文/JCLS

はじめに

要介護認定は介護保険の日本への導入に伴い、政策的に介護サービスの支給限度額を決める目的で導入され、要介護度とは介護の手間を反映する指標として定義された。要介護度をコンピュータを用いて定量化する試みは画期的であったが、一方で問題も内包している。

また高齢者総合的機能評価 (CGA) は、もともと高齢者医療の柱として、医学的診断だけでなく、高齢者をより全体として (holistic)、より包括的に理解するために学問的に確立されてきた。これまでは信頼性や妥当性が検討された ADL, IADL, 抑うつ, 認知機能の指標を用いて定量化している。しかし CGA については、最近少しずつ考え方が変わってきており、その効果を検証し、臨床や地域にフィードバックする方向がみられる。そこで本稿では両者の相違点について述べ、その両者の新しい考え方につい

て述べることにする。

これまでの要介護認定の考え方

要介護認定は支給限度額を設定するために、高齢者施設において、ケアコードに沿って実際のケア時間を測定 (タイムスタディ) を行うことで、ケアを介護時間として定量化したものである。一次判定の現状としてはコンピュータの一次判定の結果、要介護度が在宅高齢者の状態像や認知症高齢者像と乖離しているという指摘も以前あった。

要介護度は、介護に必要な時間推計から判定される。具体的には、①直接生活介助 (入浴や食事の介助など)、②間接生活介助 (洗濯や食事の準備、後始末など日常生活上の世話)、③機能訓練関連行為 (嚥下訓練、歩行訓練など)、④医療関連行為 (呼吸管理、褥瘡の処置など診療の補助)、⑤問題行動関連介助 (徘徊や暴力、不潔行為などへの対応) の各項目に対して、必要と認められる 1 日当たりの時間を算出した調査「1 分間タイムスタディ」の結果を用いている。

*えんどう ひでとし, みうら ひさゆき, さたけ しょうすけ: 国立長寿医療センター包括診療部

表1 要介護認定と高齢者総合的機能評価(CGA)の比較

認定調査の下位項目	CGAの各スケール
①直接生活介助(入浴や食事の介助など)	Barthel Index
②間接生活介助(洗濯や食事の準備、後始末など日常生活上の世話)	Lawton Scale
③機能訓練関連行為(嚥下訓練、歩行訓練など)	Barthel Index
④医療関連行為(呼吸管理、褥瘡の処置など診療の補助)	N/A
⑤問題行動関連介助(徘徊や暴力、不潔行為などへの対応)	N/A
⑥抑うつ気分 N/A	抑うつの評価
⑦認知症 N/A	認知症の評価
⑧QOL N/A	QOLの評価

この調査は1994年、3,404人の施設入所者を対象として行われた。医療依存度を加味するために1998年度から新設された「特別な医療」の各項目については、判定の基となるタイムスタディのデータがないため、④の医療関連行為について時間を延長して調整される。

当初、いわゆる動ける痴呆の要介護認定が軽く出るのはないかといわれ、開始から3年後には見直しがなされた。その結果、現在は認定そのものの苦情はほとんどみられず、要支援で施設介護を受けれることができないときや、介護サービスをより多く利用したいときに低く出るなどの問題がときどき存在するが、要介護認定そのものの苦情ではない。

要介護認定審査会に期待すること

要介護認定審査会は介護保険の柱ともいえる。医師にとって、かなりの負担が強いられているが、介護保険を支えているのは献身的に参加している医師や認定審査会委員である。そこでの課題が上に反映される仕組みになっていないのは、システム上の課題でもある。一次判定の結果を基に、認定調査結果と主治医意見書から要介護度をイメージし、変更する場合としない場合に判断していく過程は重要である。日内変動や日によって症状が異なる「まだら痴呆」のような場合には、主治医意見書が重要である。認知症の診断で最も重要なことは、せん妄やうつ病、甲状腺機能低下症などとの鑑別である。多彩な精神症状がある場合には、判断が困難な場

合もある。コンピュータソフトによる一次判定だけでなく、特記事項や主治医意見書からの病状の読み取りが重要である。そこで日頃からCGAに馴染んでいれば、判断が下しやすい。

新しい高齢者総合的機能評価について

CGAとは高齢者を医学的な側面からより理解するために作られたもので、要介護認定とは似ているようで、別のものをみている。表1にその比較を示した。この表からいえることは、CGAはADL、IADL、家庭や社会背景についてはほぼ同じものを、より医学的側面からみており、特に抑うつ気分、認知機能を簡単なスケールを用いて定量化しているということである¹⁾。つまり要介護度は、ADL、IADLについてはCGAと部分的に相関するが、利用される場が異なるため、比較そのものは意味がない。

しかし高齢者を異なる視点で鑑別することは、それなりに重要である。またCGAの結果を基にカンファレンスを開催し、高齢患者の情報の共通化と情報交換が重要である。チーム医療の基となるのがCGAであり、この2つは欠かせないものである。さらにバージョンアップするためには、QOL評価の導入とその応用、そして患者へのフィードバックが必要である。

要介護者とCGAについては、レーダーチャートを用いた分類方法が峯廻らによるレポートに詳しい²⁾。つまり、脳血管障害とアルツハイマー病、パーキンソン病などの病気による特徴を、ADL, nutrition, complication, risk factor,

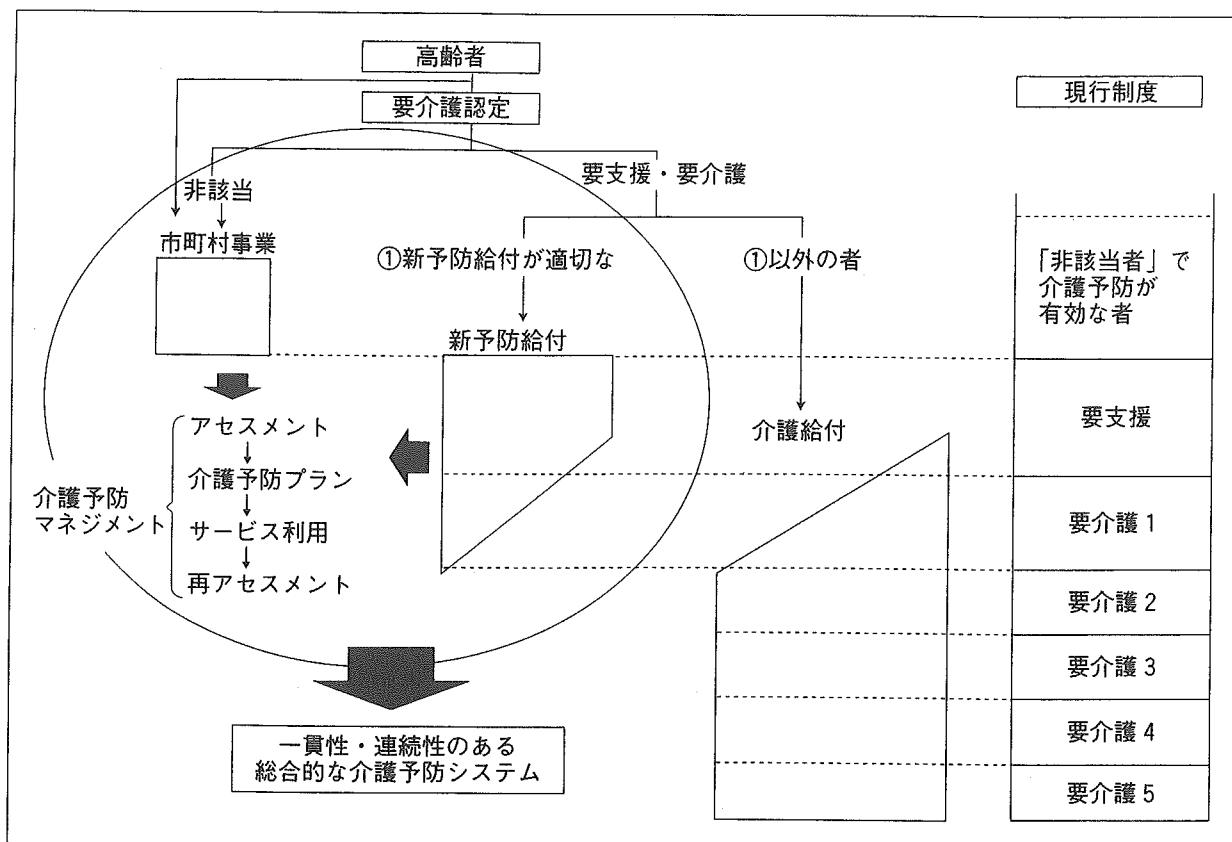


図1 総合的な介護予防システムの確立

social, mental) の6つに分析してレーダーチャートにすると、病気の特徴、要介護高齢者の個人の特徴が明確にできるというものである。医療や介護へのアプローチとして興味深い。

新予防給付について

新予防給付とは平成17年の介護保険改正の目玉として、要支援者の予防給付と要介護者の介護給付の一部を再編成し、対象者や給付内容を見直した新予防給付を創設されるものである。現行の「要支援」と「要介護1」について要介護認定の手続きのときに、一体的にアセスメントを行い、対象者を選定し、個別に作成した「予防給付プラン」に基づいてサービスを利用するというものである(図1)³⁾。また、予防給付のメニューとなる可能性がある介護予防プログラムには、筋力トレーニングや低栄養、口腔ケアなどが含まれる。

さらに新しい要介護認定に向けて

さらに新しい要介護認定の方向としては、障害者(身体障害者、知的障害者、精神障害者)への要介護認定の妥当性の検討である。現行の要介護認定基準は、介護保険で給付される介護サービス、身体介護(やそれに伴う見守り)など、グランドデザインでいえば介護給付に相当するサービスの必要度を測定する上では、障害者においても有効であった。ただし、障害者に対する支援においては、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援などが重要であるが、これらの支援については、介護保険で給付される介護サービスとは必要性を判定するロジックが異なると考えられ、現行の要介護認定基準とは別の考え方が必要と考えられる。また、もし非保険者の年齢の見直しがなされるとすれば、乳幼児に対する要介護認定も今後の課題である。

おわりに

要介護認定と高齢者総合的機能評価は要介護高齢者を分析、分類する方法としては似ているが、そもそも比較は困難である。それぞれの機能が異なるために、利用方法も異なるものと考えている。しかし両者ともより簡便で、より良いものに改善していく過程が重要であり、今後

も変化していく必要がある。

文 献

- 1) 鳥羽研二編著：高齢者総合的機能評価ガイドライン。厚生科学研究所，東京，2003。
- 2) 峯廻攻守：要介護老年者の医学的総合機能評価。日老医学会誌 36：206-212，1999。
- 3) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し。群馬県医師会報 676：8-12，2003。

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8155 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター包括診療部

認知症ケアの標準化をめざす「センター方式」って何ですか？

遠藤英俊 国立長寿医療センター 包括診療部長

POINT 1

認知症ケアの方針や内容を統一し、どの施設や職員間でも共通の方法と仕組みを使えるようにしたのが「センター方式」で、A～E群のアセスメント・シートからなる。

POINT 2

2004年に「センター方式」についての調査が行われ、全国の事業所などのうち約4分の3で、その有用性が認められた。

POINT 3

「新しい認知症ケア」には、認知症をもつ人との「共生の姿勢」が求められる。

認知症ケアの現状は？

2003年6月に厚生労働省から出された「2015年の高齢者介護」報告で、これまでの介護保険利用者の分析により、「身体ケアモデルから痴呆ケアモデルへの転換」と「痴呆ケアの^{へんか}普遍化、標準化」が目標とされました。その答申を受ける形で介護保険の一部改正が行われ、2006年4月以降に実施されようとしています。

それに先がけ、国が第一に行ったのが、2004年12月より「痴呆」という用語を「認知症」という新呼称に改めたことです。厚生労働省により学識経験者の意見

を踏まえて決定され、一般用語や行政用語の場合に用いることとされています。

用語が変わることで、認知症の印象や概念も変わります。その中心の1つとなるのが、「認知症のケアマネジメントの確立」です。そこで、認知症介護研究・研修東京センターが中心となり、現場を中心にアセスメント・シートが作成されました。それが、いわゆる「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」（略称：センター方式）といわれるものです¹⁾。

高齢者の増加に伴い認知症をもつ人も急激に増加し、超高齢社会において認知症のケアは避けて通れません。しかし、これまでは認知症を的確にアセスメントする方法や専用のサービスがなく、認知症ケアの提供は十分ではなかったといえるでしょう。

そのため、認知症ケアに際して今後この「センター方式」が、在宅であれ、施設であれ、政策的にも広く利用されるようになると思われます。

「センター方式」とは？（図1）

介護保険では、サービスの質を確保するための共通方法として、ケアマネジメント・システムが導入されました。それは、利用者の暮らしとケアの課題を見きわめ（＝アセスメント）、課題解決のための計画（＝ケアプラン）を作り、実践の結

図1 これまでの認知症ケアの問題点と「センター方式」の利点



表1 センター方式の理念

● 尊厳	● リハビリテーション
● 利用者本位	● 安全・健康・予防
● 安心	● 家族や地域とともに進むケア(地域包括支援)
● 生の充実	
● 自立支援	

表2 センター方式の5つの視点

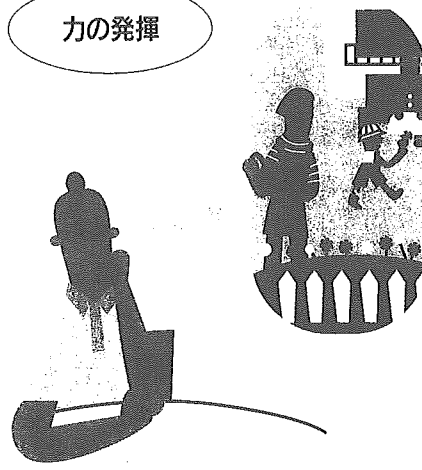
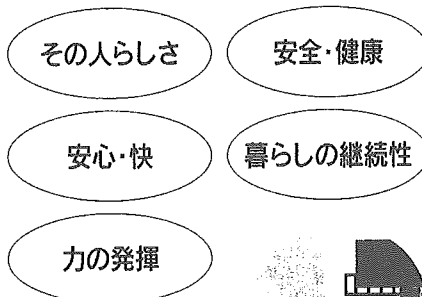
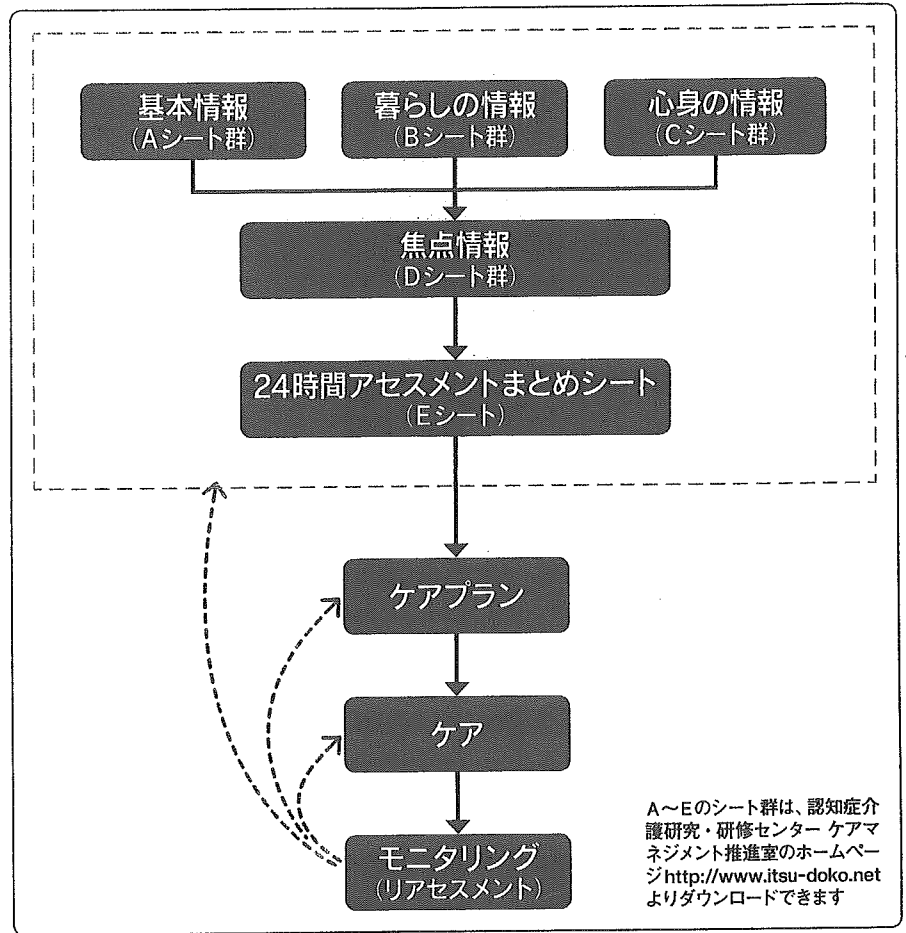


図2 センター方式 A～Eまでの5つのシート



A～Eのシート群は、認知症介護研究・研修センター ケアマネジメント推進室のホームページ <http://www.itsu-doko.net> よりダウンロードできます

果を点検し、よりよくしていくという一連のシステムです。

そのモデルの1つとして、オーストラリアのハモンドグループがモデルケアプランを作成しています。しかし、特に認知症をもつ人の場合、何をアセスメントし、どんなケアプランを立てたらよいのか、その共通の方法がこれまでは存在しませんでした。

ケア関係者が各自まちまちの方法で取り組んでいたため、ケアの方針や内容がサービス事業所や職員の間でバラバラになってしまい、ケアの成果を得られないだけでなく、本人や家族が混乱を強

めていくという残念な事態が続いてきました。

そんななか、“認知症ケアの関係者が一緒に使える共通の方法と仕組みを作りたい”という現場の強い要望を出発点に、「新しい認知症ケア」をめざしたケアマネジメントシートの開発が始まりました。

そして、東京・仙台・大府(愛知県)の「認知症介護研究・研修センター」を中心に、認知症ケアに関する研究者や現場のエキスパートの協働成果として、「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」が開発されました。

表1、2は、それぞれ「センター方式」

の理念と5つの視点を示しています。実際は、A～Eの5つのシート群からなり(図2)、ケアプラン、ケア、モニタリング(リアセスメント)に活用していきます。

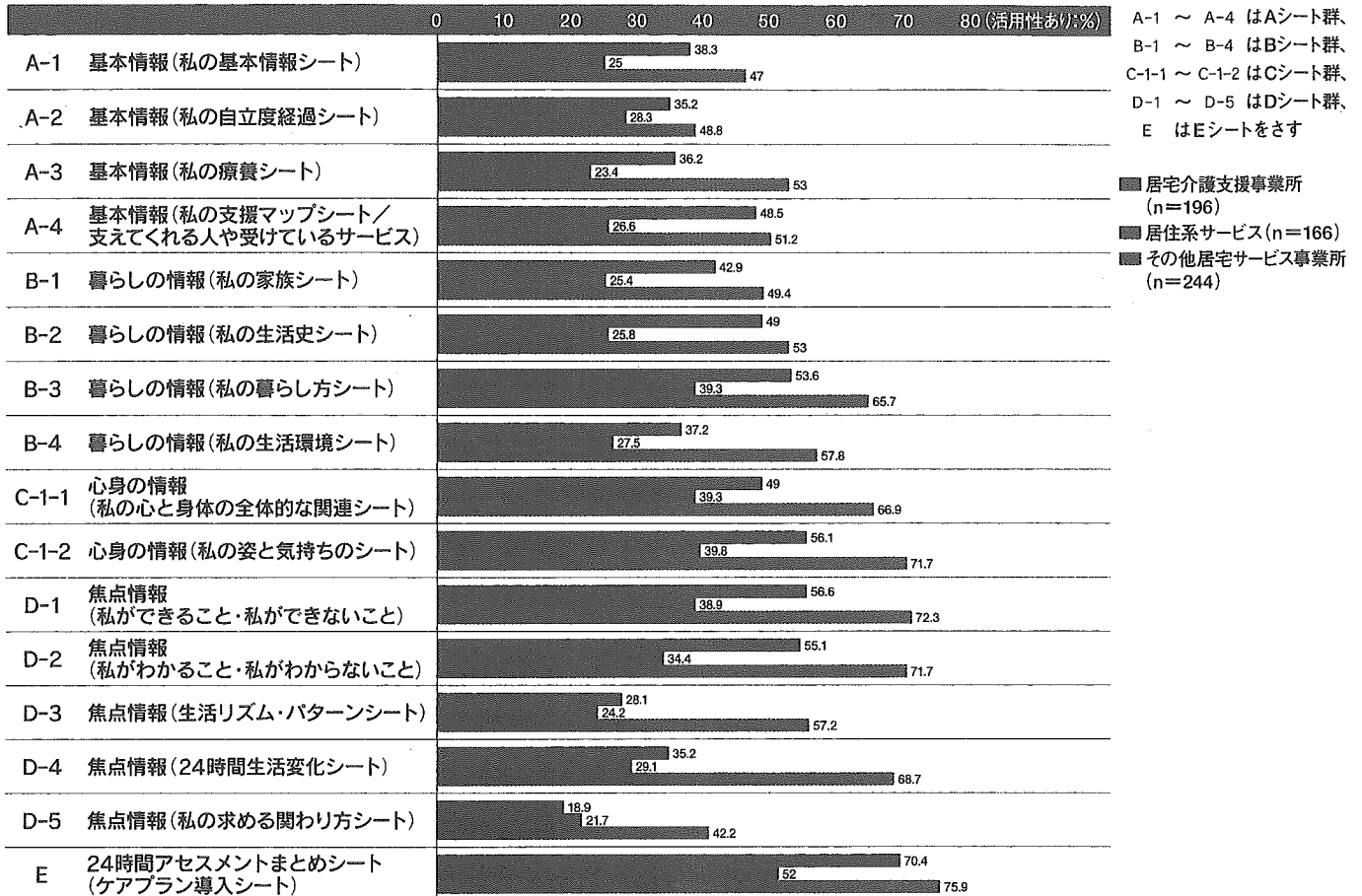
「センター方式」の有用性は？

2004年度には、センター方式の有用性について検討がなされました。その結果、約4分の3が有用性を認め、教育ツールとしての有効データが示されました。図3は、各事業所におけるケアアセスメントとプランの有効性を示したものです。

今後、要介護認定を受けた方の半数ま

図3 センター方式シートのケアマネジメント過程での活用性(事業所類型別)

●アセスメントとケアプランの展開ツールとして活用



A-1 ~ A-4 はAシート群、
B-1 ~ B-4 はBシート群、
C-1-1 ~ C-1-2 はCシート群、
D-1 ~ D-5 はDシート群、
E はEシートをさす

■ 居宅介護支援事業所 (n=196)
■ 居住系サービス(n=166)
■ その他居宅サービス事業所 (n=244)

ではいけないとしても、在宅やグループホーム、小規模多機能居宅介護においても、主なアセスメント・ツールとして各方面で利用されるものと思われます。

尊厳あるケアを求めて

「人がその人らしく最期まで生きること」は、憲法で保障されている権利です。しかし実際は、施設という特殊な環境の中で「与えるケア」に終始しがちです。それは、仕方のないことなのでしょうか？
“決められた”ケアを提供することは、受動的な生活を助長しているのではないだろうかとは考えています。高齢者に

は、「与えるケア」ではなく、「支えるケア」や「よりそうケア」が重要です。

今は、認知症の“その人”を中心とするケア、いわゆる「パーソンセンタードケア」が注目されています。さらに今後、介護施設は大規模施設から30床程度の小規模多機能地域ケアに転換されようとしています。

そうした環境やハード面の転換にとどまらず、同時にケア提供者の理念や心の転換が必要です。つまり、「新しい認知症ケア」には、認知症をもつその人とともに暮らす「共生の姿勢」が求められます。

認知症ケアに携わるスタッフには、集

団ケアからの意識改革が必要で、そのような観点からのケアマネジメントとチーム医療が、今後重要であることはいうまでもないでしょう²⁾。◎

参考文献

- 1) 認知症研修研究東京センター：認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式、中央法規出版、2005。
- 2) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のアセスメントとチーム医療、痴呆性高齢者のクリニカルパス、日総研；2004；46-48。

著者プロフィール

えんどう・ひでし
1982年、滋賀医科大学卒業。1987年、名古屋大学医学部大学院修了。1990年、米国国立老化研究所客員研究員。1993年、国立療養所中部病院内科医長。2004年3月より現職。日本老年医学会評議員・老年病専門医、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年精神医学会評議員・専門医、日本認知症ケア学会評議員。



介護保険とアルツハイマー病

遠藤英俊*

キーワード アルツハイマー病 介護保険 認知症ケアマッピング (DCM) センター方式

はじめに

アルツハイマー病は、初期には要介護状態ではないにしても、ある程度進行した場合には認知症に伴う生活の自立度低下のため要介護状態となる。高度に進行した場合には介護者もバーンアウトとなるケースも珍しくない。そこで2000年に創設された介護保険制度によって、アルツハイマー病のケアはデイサービスやショートステイの利用、さらには介護施設の充実によって飛躍的に前進し、良い影響を受けてきたことはいうまでもない。近年ではアルツハイマー病の医療の進歩も著しいが、ケアの変化も大きい。また、認知症介護研究・研修センターも大きな役割を果たしてきた。2006年からは介護保険制度の改正が図られ、それによってアルツハイマー病のケアにおいても大きな影響がある。本稿では、最新のケアの現状について総括し、医師にとって必要なケアの分野の知識をまとめたい。

I. アルツハイマー病の介護保険の利用

アルツハイマー病とは「認知機能の障害によ



*えんどう・ひでとし：国立長寿医療センター包括診療部部长。
昭和62年名古屋大学医学部大学院修了。
主研究領域／老年医学、介護保険、ケアマネジメント、回想法。

り生活に支障が出ること」が定義であり、生活上、要介護状態となる。早期であれば安否確認や訪問介護による生活の支援、そのうちにデイサービスやデイケアの利用、またショートステイの利用を行うことで、機能低下の予防や介護者負担の軽減も図られる。その点でアルツハイマー病の患者や介護者への介護保険のメリットは大きい。これまでのように、周辺症状の対応に介護者が追われ、疲れ果て、介護施設に何とか入所をさせてきたことから考えれば、サービスを選択利用できることで大きな支えになっている。そして最近では6,000を超えたグループホームもあり、介護施設はニーズに合った必要な存在である。それらの整備の重要性はいうまでもない。今では当たり前になってきた介護保険の有用性を忘れてはならない。

II. 介護保険の改正に伴う最近の動向

高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」をベースに、今年度(2005年)介護保険法の改正がなされ、2006年4月以降、介護保険制度の改正の動きが本格的に加速される。その趣旨は、2025年ではなく、団塊の世代が高齢化する2015年に超高齢社会になる、そのための保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移す必要があることが認識され、認知症ケアの普遍化を目指すことが指摘された。

表1 地域包括支援センターの3つの機能

- ①総合的な相談窓口機能
 - ・初期相談対応, 相談支援, 実態把握, 権利擁護など
- ②介護予防マネジメント
 - ・介護予防プランの作成などの介護予防サービスの利用に要する業務
 - ・介護予防サービスの一部実施など
- ③包括的・継続的なマネジメント(マネジメントの統括)
 - ・市町村, 関係機関との調整
 - ・ケアマネジメントなどのバックアップなど

その第一段階として2004年12月に「認知症」へ痴呆の名称変更がなされた。これはイメージチェンジすることで、認知症への理解と対応を進めようとしている。

介護施設のユニットケア化が徐々に図られようとしている。介護福祉施設における個室70%の確保と、介護老人保健施設における個室50%の確保が目標とされている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設で小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。

つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また、地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスでは「生活圏域」単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成(専門資格化を含む)が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになってきている。

地域包括支援センターは、総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として2006年以降に創設される(表1)。職員体制としては、社会福祉士(総合的な相談窓口機能)、保健師(介護予防マネジメント)、スーパーバイザー的ケアマネジャー

表2 高齢者虐待の類型

1. 身体的虐待: 意図的に物理的な力を行使し、身体の傷、痛みまたは欠損を結果としてもたらすもの
2. 性的虐待: あらゆる形態の高齢者との合意のない性的接触
3. 情緒的/心理的虐待: 脅し、侮辱、威圧などの言語による、または非言語による虐待的行為によって心理的または情緒的な苦痛を意図的に与えること
4. 放任(ネグレクト): 意図的または結果的にケア提供者がケア提供にかかわる約束、または義務を履行しないこと
5. 経済的虐待: 許可なくして高齢者の金銭、財産、または、その他の資源を使うこと
6. 自己放任/自虐(セルフネグレクト): 高齢者自身による自身の健康を損ねたり、安全を脅かすような、怠慢な、または自虐的なふるまい
7. 遺棄・放置: 介護や世話ができなくなった者、または介護や世話を拒否する者が高齢者を病院やナーシングホームに置き去ること

(包括的・継続的なマネジメント)など、保健医療福祉に携わる専門職種を必置すべきとされている。アルツハイマー病の患者や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的な対象となる。

さらに被虐待高齢者の8割程度は認知症があり、虐待を防止するための早期発見と介入を行う必要がある。表2に虐待の類型を示した。医師は特に身体的虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する。高齢者虐待防止法案も検討されている。特に介護者支援に配慮する必要がある。

Ⅲ. 認知症の介護予防

認知症の介護予防はエビデンスが十分でないことから、筋力トレーニング、口腔ケア、栄養プログラムのみが先行している。したがって、認知症の介護予防はより若い高齢者を対象に地域支援プログラムとして位置付けられよう。音楽療法や学習療法など種々の取り組みがなされているが、ここでは回想法が重要な位置を占められる¹⁾。

介護保険制度の改正により、各市町村の地域

包括支援センターにおいて、介護予防の対象者には介護予防ケアマネジメントが提供される。すなわち、介護予防プランに位置付けられ、デイサービス、デイケアをはじめ訪問リハビリテーションなどが対象となる²⁾。しかし、質の良いサービスがなければ介護予防の効果はない。また、定年後の生き甲斐づくりの活動も認知機能低下の予防に役立つに違いない。戸外での活動や運動も有効と思われる。また、認知症患者に音楽を取り入れた運動療法を行ったところ、気分や認知機能において改善がみられた。15例の中等度から重度の患者で3か月間介入をしたところ、Mini-Mental State Examination (MMSE) のスコアが有意に改善した³⁾。さらにバイアスロンをする人を対象とした研究で、言語性短期記憶を改善することを示した報告もある⁴⁾。

認知症の非薬物療法には、病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや、多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容は音楽療法、芸術療法、運動療法、現実見当識訓練などがあり、それぞれの療法により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではない⁵⁾。しかし、認知症患者の表情や抑うつなどの気分が良くなったり、反応が良くなるなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知症そのものは改善することが困難であるが、認知症の行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の改善が観察されたり、認知機能の維持ができることにより、間接的ではあるが認知症の進行を遅延できるかどうか大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリテーションを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。さらにいえば、これらの取り組みをミニデイや宅老所などで行えば認知症の進行遅延が可能となることを示唆しており、認知症の介護予防そのものとなる。また、デイサービスやデイケアで行えば

アクティビティとなり、より専門的に行えば認知症の認知リハビリテーションとなる。

IV. 認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式

パーソン・センタード・ケア (person centred care ; PCC) とは、言葉のとおり「人/人格中心のケア」とか、「その人らしいケア」と訳される。医療・看護の世界にも「患者中心の医療」という言葉がある。患者の意思を尊重した個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる。認知症という疾患により、一般患者に比べ関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難がある。そのため、認知症患者との距離を縮めていくにはその人に合ったケアが必要となる。これがPCCである。この考え方をベースに作成されたのがセンター方式のアセスメントである⁶⁾。これを本人や介護者を含めたチームで時間をかけて作成することで認知症のケアプランは大きく改善される。今後はこのアセスメントが日本全国に広がり、グループホームや施設のユニットケアにおいて、ケアマネジメントの向上に寄与することが期待される。

V. 認知症ケアマッピング (DCM)

認知症ケアマッピング (dementia care mapping ; DCM) は、1989年にイギリスの心理学者 Tom Kitwood らにより提唱された、PCCの概念に基づいた認知症ケアの評価ツールのことをいう。DCMの実施にあたり、PCCの概念の理解は不可欠といえる。DCMは、患者の行動を24のカテゴリーに分類し、well-beingとill-beingのスケールを用いて患者の行動を評価しフィードバックしていく認知症評価のツールである (表3)。

マッピングとは患者行動の記録を取ることであり、6時間に5分ごとに患者の行動をカテゴ

表3 well-being と ill-being

【well-being】

- 満足した方法で望みを表すことができる。または自信をもっている状態
- 身体がリラックスしている
- 他の感情のニーズへの感受性
- ユーモア
- 自己表現、想像能力がある（サインのようなものを示す一踊る、描く）
- 日常生活でのいくつかの場面で喜びや満足がある
- 助けられている。有益な状態
- 社会とのコンタクト、関係をもつ、開始する
- 愛情、優しい思いがある
- 自然な敬意を示す（健康を氣遣う、出席する、何かしてもらったあとにお礼を言う）
- 感情で満たされた表現ができる（ポジティブな感情、ネガティブな感情の両方が表現できる）
- 認知症をもつ他者への受け入れができる

【ill-being】

- 孤独、悲しみ、悲嘆を一人で抱えている
- 怒りをこらえている
- 不安、心配事がある
- 退屈でかたまり
- 無関心、引きこもり
- 失望している
- 身体的不安、苦痛や痛みがある

これらの状態を+5、+3、+1、-1、-3、-5の6段階で評価をする。+の状態がwellの状態、-の状態がillの状態と考え、患者が今の状態であるかの把握を行う。

リーとスケールを用いて判断・決定していき、個人の得点化を行い、個別的評価・全体評価を実施する。それをスタッフ間へフィードバックし、well-beingの状態になるようにカンファレンスのなかで対策を練り、ケアの改善をしていく方法である。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

VI. かかりつけ医、サポート医の研修と対応

認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。真に地域医療

の最大の担い手として、医師はこれまでもかかりつけ医として役割を果たしてきた。しかし、認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部にみられた。急性期病院においても認知症の診療に困難を来し始めている面もある。そこでわれわれは病棟での診断・治療・看護の指針となる認知症のクリニカルパスを作成した⁷⁾。一方、地域では厚生労働省と日本医師会が協力して、地域の核となるサポート医の研修を行い、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症になっても安心して地域で生活を継続できる体制を構築できることを計画している。今後の新しい動向として期待される。

おわりに

認知症のケアは現在、person centred careの理念に則り、さまざまな取り組みがなされ始めている。介護保険の制度を利用して、在宅療養を継続している認知症高齢者も多くみられる。また介護施設はケアの改善を図り、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後、かかりつけ医、サポート医は地域での認知症の医療とケアに大きく関与することが期待される。

..... 文 献

- 1) 遠藤英俊：いつでもどこでも「回想法」—高齢者介護予防プログラム。ごま書房、東京、2005。
- 2) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し—新・予防給付を中心として。群馬県医師会報 2004；676：8—16。
- 3) Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, et al : Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil* 2004；18：253—260。
- 4) Grebot C, Gros Lambert A, Pernin JN, et al : Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. *Percept Mot Skills* 2003；97 (3 Pt 2) : 1107—1114。
- 5) 中村重信編：痴呆疾患の治療ガイドライン。ワールドプランニング、東京、2003。
- 6) 認知症介護研究・研修東京センター編：認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式の使い方・活かし方。中央法規出版、東京、2005。
- 7) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリニカルパス。日総研出版、名古屋、2004。

痴呆診療：診断と治療の進歩と問題点

日時 平成17年3月14日(月)

場所 日本内科学会事務局会議室

司会 栗山 勝 (福井大学第二内科)
 井形 昭弘 (名古屋学芸大学)
 佐々木 健 (きのこエスポアール病院)
 月岡 関夫 (群馬県医師会)
 遠藤 英俊 (国立長寿医療センター包括診療部)

(発言順)

栗山 本日は、ご多忙中お集りいただきましてありがとうございます。痴呆の問題は日本が長寿社会になったということがいちばん大きな基盤になっているわけです。日本における長寿社会の現状と、これからの理想像といったところから、まず口火を切っていただけたらと思います。井形先生よろしくお願ひいたします。

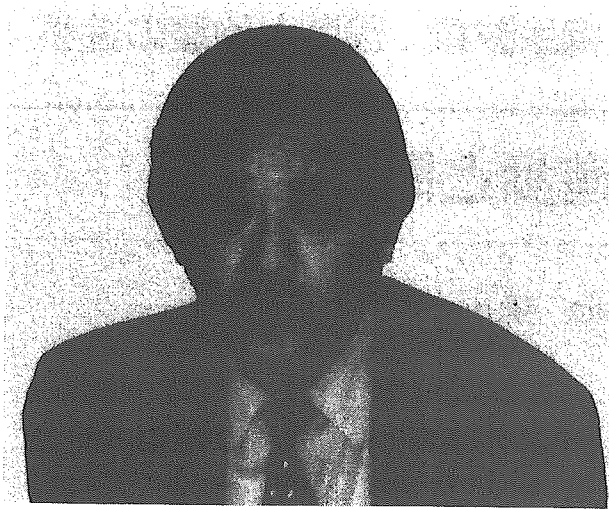
長寿社会の現状

井形 私は平成5年国立長寿医療センターの創設準備のために名古屋へ赴任しました。やっと昨年、ナショナルセンターがスタートしましたが、そんな関係で介護保険も含めていろいろ長寿社会の政策立案に密接に関与してきました。いつも思っているのは、長寿社会、高齢社会の創造は人類が始めて経験する大事業であるということです。日本は平均寿命が世界一ですから、わが国はその大事業の最先端にいる訳です。しかも、わずか20数年という短い間に世界一の長寿国になってきたわけですから、我々は好むと好まざるに係わらず、自分の手で未来を創造していかなければいけない責務を担うに至っています。

長寿社会は、一般に暗いイメージが多いのですが明るい未来が展望できると信じています。それには健康づくりなどのいろいろな努力が不可欠ですが、医学、医療の進歩と相俟って、やがて老年病も次々と征服されるでしょう。長寿という表現には、幸せな長生きでないと意味がないという、我々の強い願望が込められており、そういう意味でも、我々の手で幸せな高齢社会は実現することができていく筈です。

一般的には、高齢者になったら、すべての方が支援を必要とするようなイメージがありますが、65歳以上の高齢者のうち、お世話を要する人は現在約16%でその7倍もの、元気で健康で意欲がある高齢者がドッと社会に出ることが長寿社会の本態です。これが社会のマイナスになるはずはなく、問題はこの階層のエネルギーをどのように結び付けるかということにかかっていると思います。

つまり、長寿社会には光の部分と影の部分とがあり、光の部分が非常に大きいと申し上げたいと思いますが、影の部分がないわけではありません。その影の部分のもっとも大きな部分が、認知症(痴呆)の問題でしょう。事実、要介護者の約半数が何らかの認知症の症状を呈してい



栗山 勝氏

ると言われています。そういう意味で日本の未来、長寿社会の創造にとって、認知症の解決なしには将来はあり得ないという強い決意を持つべきではないかと思えます。

亡国病といわれた脚気、梅毒、結核が解決したのも、そう昔のことではありません。長寿医療研究センターが創設されたときに、長寿科学の研究者にアンケート調査を行いました。アルツハイマー病の解決は第1回目の調査では2010年、5年後の第2回目でも2013年という、極めて楽観的な答えが出ました。楽観的すぎるかもしれませんが、多くの亡国病と言われたものが次々に解決した輝かしい歴史と、いま認知症の研究に集められているおびただしい分子生物学的なデータからいけば、これから20年も30年もわからないままということはありません。もし認知症の予防・治療が可能になったとしたら、いまの医療も福祉も大きく変わると思っています。そういう意味で、我々は理想的な長寿社会を創る責務を持っているし、我々の努力でそれが可能となろうと常日頃いつておるわけです。

栗山 数日前にテレビ番組で放送されていたけれど、現在日本は65歳以上の家庭が10世帯に1世帯だそうです。私もちょっと気になりましたので、私の住んでいる福井県はどうなっ

てるのかと調べましたら、7.8世帯に1世帯が65歳以上の人で住んでいる計算でした。驚くような数字で本当に高齢者の方の生活というのは、社会的問題も含みいろんな意味で問題点があると思えます。

いま先生おっしゃいましたように、ネガティブな部分とポジティブな部分があると思えます。確かにお年寄りということは、精神的にも肉体的にもやはり若いときとは違った要素があると思えますけれども、それを視点をかえてポジティブに見てゆくと、お年寄りでないといけないところをクローズアップさせて、社会に還元していくということは、いくらでも私たちの考え次第でできることがあると思えます。とにかく、長寿社会の問題点が解決しないと未来はないということですので、これから真剣に痴呆のことは考えないといけないと思えます。

「認知症」について

いま井形先生のお話のなかにも出てきましたけれども、「認知症」という言葉について、去年の12月24日に今後は「認知症」という言葉を使いましょうということが出されました。これに関して、まだいろいろご異論があると思えます。実はこの編集委員会のときに、今回の特集号で、「認知症という言葉をもう使ったらどうだろうか」という話が出ました。確かに日本医師会では「認知症」というのを積極的に使おうという方向です。厚生労働省からの通達文を読みますと、行政用語と一般用語は積極的に使う、法律用語としては次の国会で検討する。医学用語としてはまだ運用にあたっては慎重に使いましょうと書いていますが、先生方のお考えはいかがでしょうか。

井形 私は以前から、「痴呆」というのは白痴の「痴」に阿呆の「呆」ですから、こういう言葉は使うべきでないということ強く主張してきました。言葉というのは非常に大事で、現在

はもう「めくら」とか「ちんば」とかいう差別言葉は使わないのに、「痴呆」だけ残ってることに非常に違和感を持ってました。

以前何回か名称を変えようということが議論されたことがあったのですが、「一旦定着したものを変えるのはいかがなものか」とか、「痴呆という名前で社会の理解をいただいているのに、いまさら変えるのは」という患者さんの声があったということも聞きました。しかし、名称が代るだけでも、認知症患者の復権ができると思います。健康な人が痴呆を見て「ああはなりたくない」とか「あれは気の毒だ」とか、ある意味では偏見ですが、その上にあった病名だと思えます。

最近、国がお膳立てして痴呆(現在は認知症)介護研究・研修センターが全国に3カ所できまして(国立長寿医療センターのある大府にもできました)、そのセンター所長会議でこの話題が出て厚生大臣に直訴したところ、大臣が即座に「変えましょう」と言ってくれたのです。それで一般から名前を募集したり、議論したりしました。「もの忘れ症」という言葉も出たと聞いていますし、「恍惚の人」と言っていましたから、私は「恍惚病」でいいと考えたりしていました。でも、結局「認知症」という名称に落ち着き、現在急速に定着しつつあります。これが定着すれば、いまさら専門用語であっても敢えて痴呆を使いましょうという主張は少なくなると思います。あえて「認知症」を避けて「痴呆」という言葉を使うメリットはないでしょう。先生方のお考えはいかがですか。

佐々木 私は、こういう仕事に携わって20年になりますが、いまちょうど、名前を変える機が熟したのではないかと思います。「認知症」に対する世間一般の認識、あるいは医師の認識、あるいは介護に携わる人の認識が、ここ5年ぐらい、とくに介護の分野で大きく方向転換をしています。いま井形先生がおっしゃったように、いままでは健康な人の立場から見て、働きかけ



井形昭弘氏

をしていたというところがありますが、ちょっとそれは間違いではないかなという考えが出て来まして、そういう中から、「痴呆症」という言葉も変えなければいけないという気運が高まり、名前が変更されたのだと思います。これは画期的なことでもあるし、現在、急速にこの言葉が浸透してきているというのは、やはり世の中のムードというものもあると思います。

去年、アルツハイマーの世界大会が京都でありましたが、そこで画期的なことは、当事者の方も発表されました。そのような気運と連動して、名前も変わってきたというのは、非常に私はいいいことだと思っています。

月岡 昨日、群馬県でもの忘れ検診に従事している医師の研修会がありました。そこでもほとんど「認知症」という言葉が使われていたね。ただ、アルツハイマー型痴呆とか、そういう疾患名はやはり使いますが、一般的にはほとんど「認知症」を皆さん使われていると思います。

遠藤 いま佐々木先生が言われた、もの見方というか、痴呆症の方の立場に立って変わるということ、を、「パーソンセンタードケア」と言うようになりました。認知症という名前は、厚生労働省にとっても、イメージ戦略の第一歩です。高齢者介護研究会という委員会ができて、



佐々木健氏

その報告のときは「痴呆」を使っていたけれども、痴呆性高齢者の普遍化という理念ができたとき、それを受けた形の国の政策の第一歩じゃないかなと思っていますので僕も賛成です。ただ医学界のほうからいえば、医学用語の整理ができていないので、たとえば、脳血管性痴呆という痴呆が入っている病気をこのままでいいのか、変えていくのかという医学的なコンセンサスは、早急に学会なり識者が考えていく必要があるだろうと思っています。

栗山 個々の問題もまだあると思いますね。この特集号を組むとき、認知症診療という名前を使おうと提案して、先生方に原稿依頼の手紙を出しました。そうすると、やはり何人かの先生からは、「ちょっと早計ではないだろうか」という手紙をいただき、今回だけはやはり「痴呆」という言葉を使うことにいたしました。しかし、今後は「認知症」という言葉はさらに、広がっていくということは間違いないと思います。

井形 有吉佐和子が『恍惚の人』を書いたのは、1970年代だと思いますが、これを恍惚と言ったのは、痴呆という言葉を使いたくないという気持ちがあったと推測しています。あの本のタイトルを「痴呆の人」と書いたら、ベストセラーにならなかったと思いますね。

佐々木 認知症の「認知」という言葉が出て

きたのは、非常に画期的だと思います。余談ですけれど、最近、台湾でも名前を変えたんですよね。台湾では「失智症」という名前に変えました。智恵の「智」ですよね。そうすると、その語感からみれば、すべての人格というか、智恵という非常に人間にとって大事なものを失う病という意味になり、日本人の感覚からいえば、少しきついなと感じます。それに対して今度、日本で決まった名前というのは、非常にいいなと思っています。

井形 外国では、デメンシアとかデメンツと呼んでいますが、「これに差別の意味がありますか」ということを聞いたら、「差別の意味はありません」と言いますね。正常からちょっと偏ったというほどの意味だというふうに聞きましたけどね。

診断と治療

栗山 この特集号は、診断と治療という2つの柱で構成されております。お集りいただいた先生方は、実地の診療に非常に深く関わっている先生方ですので、診断と鑑別診断、それから治療ということで、実際の診療で何を強調しているかということをお話していただきたいと思えます。特に早期診断という点と、2大疾患であるアルツハイマーと血管性痴呆の鑑別点などをあげていただきたいと思えます。それから、患者さんに病名を告知するときにはどうしているかということも多く先生方が知りたいことだと思います。まずは遠藤先生からお話しいただけますでしょうか。

遠藤 やはり最近、臨床の場では、画像診断のなかでも脳SPECTが統計解析を行うことで非常に重要な意味を持ってきました。脳SPECTで、いわゆる後部帯状回、もしくは楔前部がアルツハイマーの早期に障害を受けやすいということがわかって、おそらく画像診断的に85%以上の確率でアルツハイマーの診断が可能であり、

前痴呆状態があっても3年ほど早く診断ができるともいわれています。

過激な言い方をすれば、長谷川式テストが満点でも、脳SPECTでアルツハイマー病が診断できてしまうということにもなります。非常に素晴らしいことである一方で、今度4月から個人情報保護法案が出ますが、診断名を法律上、原則的に御本人に告知をすることになりますので、逆に非常に大きな問題点もあると思っています。

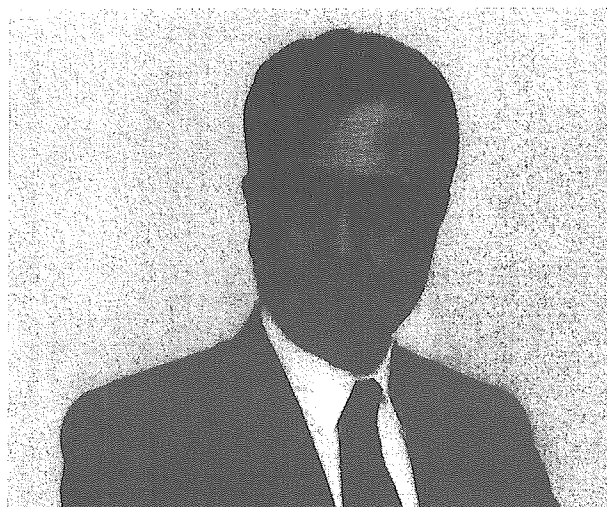
昨年の12月頃にNHKで痴呆の早期診断は難しいという番組がありましたが、じつはそうではなくて、脳SPECTでアルツハイマーの早期診断が可能になったということですので、強力な診断機能が備わったということになります。今後早期の治療をどうするかということが重要になってきます。

栗山 SPECTの話は非常にトピックスだと思います。Zスコアというのをとって、Zスコアのイメージングをし、健常者の平均と比較するという手法です。eZISという名前と呼ばれていると思いますけれども、非常に画期的な診断方法ができたということは、確かに言えると思います。

佐々木 しかしほとんどの日本の現場では、そういう最先端の診断技術を利用できずに、認知症の方を相手にしていると思います。診断技術は急速に発達を遂げているにも係わらず、その後をどのようにフォローするかという方法すなわち治療という点も、まだまだお寒い現状だろうと思います。

鑑別診断というのはやはり、非常に平凡なことなんですけれども、患者さんの状態なり日常生活なり、発言なり行動なりを詳しく聞いたり観察をしたりするというようなことを抜いては考えられないと思います。私はとくにその点を重要視しています。

栗山 それは、治療と密接に結びついてきますので、後でまたお話ししたいと思っています。月岡先生は具体的に県の医師会を通じて非常に



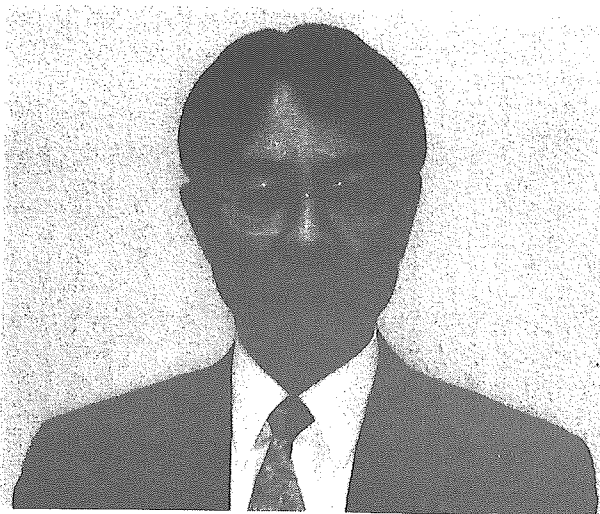
月岡 関夫氏

いい検診システムを実行していると聞いていますが、そのことをお話し願いますか。

月岡 まず、群馬県でなぜこんなことを始めたかということですが、痴呆の方は現在急速に増加しています。やはり専門の先生方だけでは対応できないだろうと思います。一般の開業医の先生方にもそういう知識を持っていただいて、対応するシステムをつくり上げておかないと間に合わないだろう、というのが根底にあったわけです。

それと同時に、アルツハイマーの治療薬というのもだんだん開発されてきて、現在30%ぐらいの効く症例が出てきたと報告されています。早期の治療が非常に重要だろうということがありまして、システムを作ろうということになったのです。まず「脳健康度チェック」というのをつくり一次検診を行います。初期は20項目ありましたが、現在は10項目になっています。このなかに2項目だけはうつ病の項目が入っています。これはうつ病も見逃したのでは困るだろうということで、うつ病の項目が入っています。

この検診システムの1つの特徴は、老健法の基本健診時に行うということです。これには個別と集団がありますが、だいたい年配の方は1年に1回、かかりつけの先生のところで健診を受



遠藤英俊氏

けに行かれる機会があります。そのときにやってもらうと、症状のない人のチェックができるだろうということです。

一次検診で3項目引っ掛かった場合次に二次検診として、MMSE (Mini Mental State Examination) を行います。MMSEが24点以下の場合には、かかりつけ医に判断していただいて、三次検診として専門機関で鑑別診断を行ってもらおう。そこで明らかに痴呆があった場合、その後介護施設での対応あるいは、かかりつけ医の先生が治療をやってみたいということでしたら、かかりつけ医で治療を行ってもらいます(図1)。鑑別医の先生方はともかく鑑別診断を行って、追跡にしろ治療にしろ、またかかりつけ医に戻します。フォローはかかりつけ医がやるということにしてあります。

これまでは患者さんが来られてもどこで専門的な診断をやったらいかがわからなかったのが困っていましたが、今度は「ここに行けばいいよ」ということを示しまして、県下で現在56カ所に紹介しています。またSPECT検査は群馬大学に紹介すると決めております。今年は検診した人が7,000人を超えたと思います。

栗山 7,000人検診されて、早期診断では、MIC (Mild Cognitive Impairment) だとか、AACD (Age Associated Cognitive Decline) だとかは、

7,000人のうちの、だいたいどのくらいスクリーニングされてくるのでしょうか。

月岡 2003年のデータでは脳の健康度チェックの被験者が5,139名で、MMSE被験者が1,633名、さらにこのMMSEが24点以下が281名で、このなかで異常なしとされた人が109名、経過観察にまわった方が119名、要精検にまわった方が53名でした。そしてアルツハイマーが12名で、脳血管型の痴呆が4名。それから、軽度認知機能障害(MCI)が1例で未受診者が31名でした。年度によってずいぶん違いまして、アルツハイマーが多い年もあれば脳血管性が多かったという年もありますし、多少まだバラツキがありますが、だいたいこんなところです。

栗山 統計的には、少し少ないかなというような感じもするんですけどいかがですか。

月岡 60歳以上の完全に元気で正常な人が検診に来ますからこんなところでしょうか。

栗山 こういう検診を受けようという気になるところで、少しスクリーニングされるのかもしれないですね。

月岡 高崎市の個別検診のデータがあるんですが、これはちょっと高くなります。高崎市の場合は、無差別に全員をやるのではなくて、危ないという人をどうしても検診するのである程度医者のお考えが入ります。

栗山 とにかく、いま先生が言われたように、これはもう痴呆の専門医で解決できるようなものじゃないということですね。内科の先生が中心になると思いますけれども、実地医家の先生がすべて興味をもってやっていかないと、とても間に合わないということだと思います。そしてそれはそれで、役割分担みたいなことがありますので、連携医療ということを中心に、かかりつけの先生でやってもらうことと、専門的な診断と専門的な治療が必要なきには、すぐに連携をしながらやっていくというような、体制が重要だと思います。

遠藤 その点について、群馬県のもの忘れ検

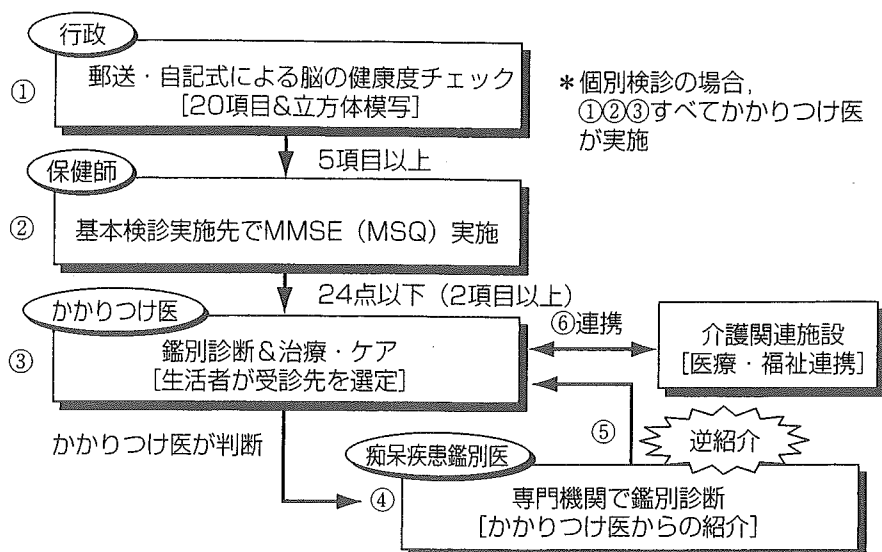


図1. 群馬県もの忘れ検診システムフローチャート（集団検診の場合）

診を踏まえてお話をしたいんですけども、国の老健局と日本医師会の理事の先生方を中心に話し合いが進んでおり、昨年（平成16年度）から、かかりつけ医の研修というのを企画しています。できれば平成17年度からは事業化するというのを計画しています。

それは、たとえば整形外科の先生のところに、介護保険の主治医意見書を依頼に行っても、「俺は痴呆のことは知らん」と言わずに、かかりつけ医のところで一回、受け止めていただくというシステムをつくりたいということで、かかりつけ医の先生に勉強していただくカリキュラムというのを、現在作成しているところです。そしてそれを教える医師とか、地域で相談、連携をとる医師のことを、今回は専門医と言わずにサポート医と言ってます。痴呆のサポート医を養成してゆき、全国で800人程度の規模で計画されています。かかりつけ医の先生と痴呆のサポート医、専門医が連携をしつつ、診断・治療を地域単位で行ってゆくという仕組みです。今後そういったシステムを全国的に展開する計画です。

栗山 サポート医を国が認定するのですか。

遠藤 まだ明確にはなっていませんが、研修をしていきますので、最終的には修了証書を渡

して認定的な話になると思います。実際はただ、専門家を念頭にしてるのではなくて、地域で連携がとれるような先生を念頭に置いていますので、基本的には地域医師会の推薦で、地域連携を中心とした事業ということになると思います。

月岡 全国で800人ぐらいというのと足りないのではないのでしょうか。

遠藤 初年度4~500人で、最終的に最小地域医療圏に一人という予定ですので、将来的にはもっと増えると思います。

月岡 群馬県では鑑別診断施設が、はじめ8カ所でしたが、とても間に合わないというので、いま56カ所に増えました。やはり、これを一人ひとりやるとけっこう鑑別診断に時間がかかるんですね。

遠藤 1時間ぐらいはかかりますね。

月岡 そうです。一度に受診されると、外来に支障を来すので、かなり増やしました。このサポート医の計画でもかなりの人数が必要かなという気がしますね。

遠藤 群馬県で56だとすると、50県あれば人口を考慮しても4,000人以上の専門家がいるということになりますよね。

栗山 今後だんだん充実させていくというような方向なんではないですかね。