

分担研究報告書

認知症の予防・治療・介護における戦略的・総合的対策の確立

認知症の地域連携

分担研究者 杏林大学高齢医学 鳥羽研二

研究要旨：軽度認知機能障害や認知症や早期発見のためには、地域、外来、入院など様々な「居場所」において取りうる発見方法が異なる。これは、簡便性、時間、コスト、信頼性などの要素とともに、対象の絶対数と認知機能低下の予測される数によって、早期診断の手法も選択されなければならない。
軽度認知機能障害(MCI)と軽症認知症との検討によって、手段的 ADL の早期発見における有用性とさらに簡易な問診表における予備的検討を行った。

分担研究課題：認知症の早期診断に役立つ生活機能の評価

背景と目的：

1) 認知症性疾患の増加

1970年には56万人であった認知症が2002年に120万人を越えてきている。65歳以上の認知症患者の有病率は8%とされ、老人人口から推計すると160万人以上である。診断されていない認知症患者が多く存在する可能性が示唆される。三鷹市においても、老人人口から推計される認知症患者は少なく見積もっても5000人以上と考えられる。

2) 他の自治体の「認知症ネットワーク」の現状

八王子市で市と医師会が中心となって、かかりつけ医、専門病院(東京医大)、精神病院、療養型施設、介護支援センターをオンラインで結んだ「D-net」が発足した。

町田市では同様なネットワークが数年前から稼働している。

三鷹市医師会も本年度から、認知症の一次健診を老人健診項目に盛り込むことが決まった。二次健診は杏林大学との関連を現在構築中。

3) 杏林大学物忘れ外来の現状

2000年8月からスタートした物忘れ外来は2年半で対象280人に増加し、平均毎週5人の新患を診療している。2006年11月にはもの忘れセンターとして規模を拡大し、毎週平均14-5人の新患を診ている。

初診時の物忘れの程度は、HDSR17点と軽度-中等度の認知症が認められ、家族が苦慮する問題行動で、88%が「同じ話を繰り返す」、82%が「物をなくす」60%に「無関心」が認められる。家族の介護負担も定量的に測定し、負担度は低くない。

4) 軽度の物忘れ発見の必要性

年齢相応の「物忘れ」と軽度認知機能障害 Mild Cognitive Impairment (MCI) の相違が話題になっている。MCIでは、1,2年の間に高率に認知症に移行することが

知られているが、1年に一回の老人健診や、家族の観察では、物忘れ外来に初診で訪れる状態まで放置される可能性が高い。

5) 地域連携の必要性

認知症の早期発見には前年度に示したように、生活の自立度低下(買物、料理、服薬管理)が重要であり、認知症の自宅生活を計るうえでも重要である。

生活機能変化を察知するためには、在宅の状況をきめ細かく知りうる「かかりつけ医」との連携が不可欠である。一方、専門的診断については中核病院の役割が大きく、診断根拠となった検査結果の情報提供による連携が求められている。

対象と方法：

1) 地域支援事業における認知症スクリーニング

班員が、三鷹市物忘れ・介護予防ネットワーク委員(副委員長)に参加している関係から、三鷹市で、介護予防事業における特定高齢者健診にける、認知機能低下者候補の抽出率、介護予防事業への参加率を調べた。

2) 質問紙法などの生活機能評価の意味

杏林大学物忘れセンター受診者697名で手段的ADL(Lawton&Brody)を測定し、早期に低下する項目を抽出した。

さらにCDR 0.5を満たし、MCIと診断された113名と、MMSEが20点以上の軽症認知症を対象に、MCIであることを従属変数として、総合的機能評価各項目(ADL; Barthel Index, IADL, 抑鬱(Geriatric Depression Scale)、意

欲(Vitality Index)、認知機能(MMSE)をMCIと認知症で評価し、各スケールが2群間で有意に異なるかを対応のないT検定を行うとともに、有意な項目については、年齢、性を強制注入したモデルにおいて多変量解析を行い、独立した危険因子を決定した。

結果：1) 地域支援事業における認知症スクリーニング

昨年度から、特定高齢者支援事業のため、26項目のチェックリストが高齢者健診でおこなわれている。三鷹市においては、4月～11月まで10110名が受診し、認知機能以外の栄養、運動などのプログラム対象者は306名(3%)であった。認知機能に関し、同じ話を繰り返す、時間見当識の低下、電話を利用しないの3項目中1項目に該当する対象は特定高齢者の選定基準により特定高齢者と決定された298名の78%が該当したが、全受診者の中では、2.3%にすぎなかった。我々の八王子市民500名の調査では、20%以上が時々同じ話をすることを指摘されていた。特定高齢者の選定基準が厳しすぎるため、認知症の早期発見には不十分であることが示されている。

介護予防事業で膨大なスクリーニングを掛けている以上、認知症予備軍の把握と対策をとるような体制を構築すべきであろう。

2) 質問紙法などの生活機能評価の意味

2-1) MCIとの鑑別

スクリーニング検査方法の探索的調査として、697名の外来認知症またはMCI患者に行った手段的ADL検査では、買物、料理、服薬管理が早期に低下しており、

認知症の鑑別に役立つことを報告した（日本老年医学会シンポジウム、認知症の早期発見、2006）。

更に MCI113 名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理が出来ないことが、初期認知症と MCI との鑑別に役立つことが判明した（小林義雄他、日本老年医学会関東甲信越地方会、シンポジウム）。これらのオッズ比は5倍をこえており、80%以上の確率で、認知症を MCI と区別できることを意味する。

3) 地域連携会議の開催、討議

三鷹・武蔵野認知症連携を考える会を杏林大学もの忘れセンター集団療法室で平成17年11日に開催した。

参加者は、行政（三鷹、武蔵野保健医療担当者）、医師会（三鷹医師会長、武蔵野医師会長、各医師会生涯教育担当理事）、中核医療機関医師、MSW、コメディカル。討議事項は、地域連携を考える会設立の経緯、自己紹介・課題の自由討論

で、主要な課題として

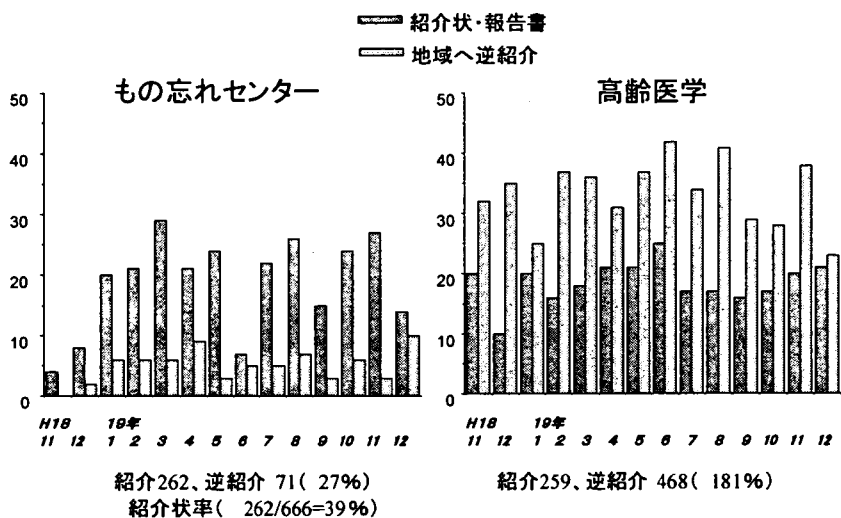
- 1) 診療機関の受け入れ情報(外来)
- 2) 合併症の入院受け入れ情報
- 3) 周辺症状激化時の紹介機関
- 4) 福祉サービスのデータマップ化
- 5) 以上を踏まえた地域クリニカルパスの作成
- 6) センターの教育機関としての活用

の6点が指摘された。

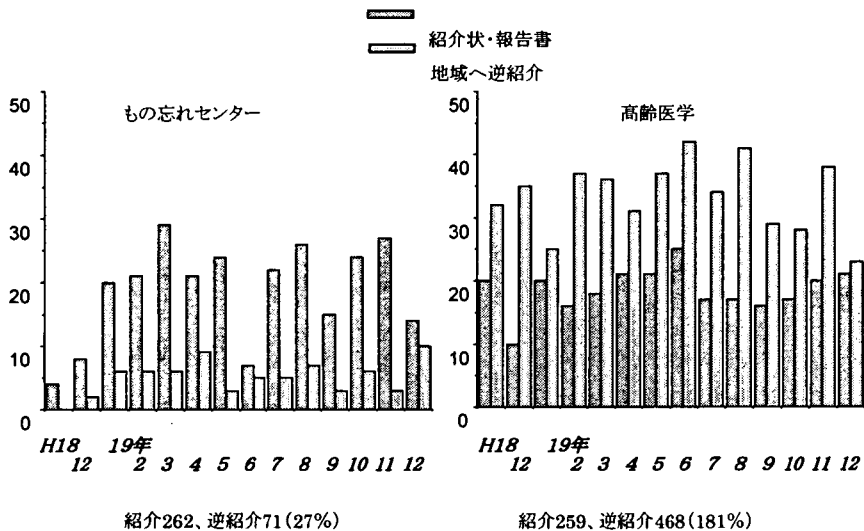
これを踏まえて、センターからの情報レポートの試験運用が始まった。

中核病院からの連携レポート数、逆紹介（図）では、高齢者の生活習慣病を主体とする高齢医学外来と物忘れセンターでは、紹介数、報告書数はほぼ同数であるが、地域医療機関での継続医療の指標となる逆紹介数は、物忘れセンターでは際立って少なく、地域の受け入れ医療機関数が少ないこと、連携が不足している現状が浮き彫りになった。

もの忘れセンターは地域医療機関への紹介が少ない



もの忘れセンターは地域医療機関への紹介が少ない



認知症医療連携の地域での合意事項と課題をまとめた。

	地域医療機関	もの忘れセンター
診断	早期診断の理解 精査必要性の判断	早期診断バッテリー 精神・神経所見 MRI, SPECT, MIBG-Scinti 脳脊髄液タップテスト 診断基準・鑑別診断
		← Report
治療	一般的生活指導 薬物療法継続	非薬物療法(テラーメイド) 薬物療法開始、変更
周辺症状	改善・悪化記録 薬物療法	定量的測定、治療効果判定 薬物療法開始、変更
介護	地域ケアネット 意見書	最適介護環境のアドバイス 情報提供
教育		家族教室 コメディカル教育* 医師研修*

いつまでも在宅でいられるために

認知症（痴呆）と診断されることは、本人はもちろん、家族にとって深刻である。

生命予後も平均 7 年と短いだけでなく、この先どうなっていくかについての家族の不安は大きい。

在宅医療と在宅介護を両立させるためには、医師自身が、認知症患者の視点になり、認知症をケアする家族の視点に立つことが最低限要求される。

特に、在宅持続や、施設からの在宅復帰の障害となるのは、家族の介護負担であり、介護負担の定量的な評価はかかせない。

痴呆患者の介護負担に関し、総合的機能評価から、包括的に検討すると、いわゆる問題行動の増加（行動障害の増大）が重要である。

介護負担を減らすためには、介護保険などのサービス利用を調べ、主たる介護者に過度の負担がかからないよう、他の家族に分担をお願いしたり、レスピトケア（ショートステイ）の積極的な利用が勧められるが、サービス資源のデータ化など地域の医療連携が最も重要な点である。

業績

1. 鳥羽研二: 新たな認知症のケアネットワークにむけて
・ Geriatric Medicine 45:1073, 2007
2. 鳥羽研二: 新しい認知症ケアネットワークの中核施設: 物忘れセンター
・ Geriatric Medicine 45: 1089-1092, 2007

3. 鳥羽研二、浦上克哉、遠藤英俊、中井川誠: 認知症ケアのネットワーク: 現状と課題 Geriatric Medicine 45: 1179-1190, 2007.
4. 鳥羽研二、川渕孝一、天本宏、井藤英喜: 《座談会》高齢者の医療と介護保険制度、何を指すのか? . Geriat.Med.45(2) ; 165~178, 2007
5. . Hang Xi, Masahiro Akishita¹, Kumiko Nagai, Wei Yu, Hiroshi Hasagawa, Masato Eto¹, Kenji Toba(¹ Department of Geriatric Medicine, University of Tokyo) : Potent free radical scavenger, edaravone, suppresses oxidative stress-induced endothelial damage and early atherosclerosis . Atherosclerosis191;281~289, 2007
6. . 鳥羽研二、井上慎一郎、馬場幸、長谷川浩、寺本信嗣¹ (¹ 東京大学老年病科) : 嚥下障害と誤嚥性肺炎—近そうで遠い概念—. Jpn J Rehabil Med 44(2) ; 82~87, 2007
7. . 鳥羽研二: 認知症高齢者に対する医療と介護—問題点と今後の改革の視点
8. —. Geriat.Med.45(2) ; 123~128, 2007
9. . 平山俊一、菊地令子、井上慎一郎、塚原大輔、末光有美、小林義雄、杉

- 山陽一、長谷川浩、神崎恒一、井上剛輔、鳥羽研二：超高齢者におけるクレアチニンクリアランス推定式の比較検討。日老医誌 44 (1); 90~94, 2007
10. . 鳥羽研二, 榊原隆次, 後藤百万, 梶原淳子, 武田正之: 《座談会》高齢者の排尿障害の管理と QOL. Geriat. Med45 (4); 469~483, 2007
11. . 鳥羽研二: 高齢者の排尿障害・管理の諸問題. Geriat. Med45 (4); 393~397, 2007
12. . 鳥羽研二: 認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から. 日老医誌 44(3); 305~307, 2007
13. . 久野木順一, 鳥羽研二, 田口敏彦, 中村利孝: 《座談会》高齢者の腰痛の取り扱い. Geriat. Med45 (8); 1019~1031, 2007
14. . 神崎恒一, 鳥羽研二: 高齢医学からみた脳卒中. 分子脳血管病 6(4); 53(425)~59(431), 2007
15. . 鳥羽研二: 新たな認知症のケアネットワークの構築に向けて. Geriat. Med45 (9); 1073~1076, 2007
16. . 鳥羽研二: ケアネットワークの構築 1) 新しい認知症のケアネットワーク 中核施設: もの忘れセンター. Geriat. Med45 (9); 1089~1092, 2007
17. . 中井川誠, 浦上克哉, 遠藤英俊, 鳥羽研二: 《座談会》認知症ケアネットワーク, 現状と課題. Geriat. Med45 (9); 1179~1190, 2007
18. . 鳥羽研二, 菊地令子, 岩田安希子: 転倒ハイリスク者の早期発見における‘転倒スコア’の有用性. 日本臨牀 65(9); 597~601, 2007
- Takako Kizaki, Tetsuya Izawa, Takuya Sakurai, Shukoh Haga Naoyuki Taniguti, Hisao Tjiri, Kenji Watanabe, Noorbibi K. Day, Kenji Toba, and Hideki Ohno: α_2 -Adrenergic receptor regulates TLR4-induced NF- α B activation through α -arrestin2. Immunology. in press.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

特集：認知症ケアと医療の地域連携

序文：新たな認知症のケアネットワークの
構築に向けて

鳥羽 研二

株式会社 ライフ・サイエンス

序文：新たな認知症のケアネットワークの構築に向けて

鳥羽 研二*

認知症高齢者は急増し、今後10年間で300万人にも達しようとしている。東京都および周辺3県は、日本の中でも急速に後期高齢者が著増する地域で、医療・福祉の「地域連携」の構築は、喫緊の課題である。本特集では、連携に当たり、どのような視点が重要で、連携に必要なノウハウ、システム、人材の観点から考えたい。

1. 早期診断の観点から

ドネペジルの長期効果の結果から、1年でも早く服用を開始すれば、施設介護になるまでの期間を延長し、少しでも住み慣れた自宅にいられることが示された。認知症に対する栄養や運動など非薬物療法の効能が多方面で証明され、認知症は少なくとも多くの部分は生活習慣病である側面が示されてきた。

このような状況から、いかに早く軽度の認知症を発見するかが課題となってきた。

早期には、年齢相応の記憶力障害(AAMI)と一定の割合で認知症に進行する軽度認知機能障害(MCI)は臨床的に区別できないため、かかりつけ医により、「疑わしきは精査する」といった早期発見体制が求められている。

早期診断のためには、特異度が低くても感度のよいスクリーニング機能を有する簡易な検査方法を確立する必要がある。「家族が最初に気づいた痴呆のエピソード(本間 昭, 毎日ライフ2000)」では、同じことを何度も尋ねる43%、もの名前が出てこない36%、以前あった興味や関心の低下32%、物のしまい忘れ32%が他のエピソードより群を抜いて多い。

2006年4月からの改正介護保険により、介護予防の基本チェックリストに、
 ①周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか
 ②自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
 ③今日が何月何日かわからないときがありますか(時間見当識に軽度障害がMCI)

の3項目が取り上げられている。さらに、抑うつや閉じこもりも設問があり、老人健診でのスクリーニングによって、早期発見が格段に進むことが期待され

*とば けんじ：杏林大学医学部高齢医学講座教授

表1 家庭で応用できる認知機能訓練や認知機能維持に役立つ実践例

例	理論的根拠
歌唱	音楽、活動療法
各種ゲーム	運動、活動療法
記憶を助ける絵、名前を、部屋、家具、トイレに貼る	ROT*の応用
規則正しい生活、日課表を貼る、口頭で確認	ROT
見やすい時計、カレンダー	ROT
懐かしい写真	回想法
なじみのある個人の所有物で会話をする	回想法

*ROT: Reality Orientation Therapy, 見当識訓練

表2 認知機能訓練のエビデンス¹⁾

エビデンスレベルは Oxford Center の EBM ガイドラインによる
 ランク付けで A~D は 1~5 に相当
 有効性が確立された介入は、認知症の発症を抑制する
 介護者の教育、在宅復帰、入所減少、A
 行動異常に対する介護者の対処訓練が有効(BPSD、うつ)、A
 運動療法は認知機能低下を抑制 A
 記憶訓練は問題行動、うつに有効 B
 有効な可能性
 現実見当識訓練は記憶力、在宅復帰率向上 D
 回想法は抑うつに効果(ROT との併用有効) D
 無効な可能性大
 Validation

る。

2. 治療を成功させるために

認知症の治療は医療では薬物療法が主体であるが、介護保険サービスは主として非薬物療法である。

認知症デイケアなどには、見当識訓練、回想法、音楽療法、運動療法、活動療法などが、当事者は知らずともバランスよく含まれており、在宅でも応用可能である(表1)。

これらを十分併用することが、中核症状の改善持続、周辺症状の緩和に役立つことが示唆される(表2)¹⁾。平成18年度の介護保険法の改正で、老人保健施設では、認知症短期集中リハビリテーション加算が新しく認められた。新入施設から、3カ月以内の対象に限定され、集団療法ではなく個人療法を、リハビリテーション職種(PT, OT, ST)が週3回、3カ月間に限り算定できる(表3)。老人保健施設における先行研究が理論的根拠となっており、多施設の効果判定で有効性が確認された。効果判定は、HDSR、抑うつ、意欲、周辺症状、コミュニケーションなど生活機能全般にわたり、単に記憶力の向上を主眼とするものではなく、非薬物療法の特徴である、穏やかで自立した生活の維持、在宅系への復帰を主眼としている。

表3 短期集中リハビリテーションの枠組み

認知症リハビリテーション

週3回、1回20分以上、個人療法、3カ月間

前後の評価項目

- 1) HDSR (<15は除外)
- 2) DBD 周辺症状
- 3) GDS 抑うつの評価
- 4) Vitality Index 意欲
- 5) MN scale 記憶、見当識、会話

3. いつまでも在宅でいられるために

認知症(痴呆)と診断されることは、本人はもちろん、家族にとって深刻である。

生命予後も平均7年と短いだけでなく、この先どうなっていくかについての家族の不安は大きい。

在宅医療と在宅介護を両立させるためには、医師自身が、認知症患者の視点になり、認知症をケアする家族の視点に立つことが最低限要求される。

特に、在宅持続や、施設からの在宅復帰の障害となるのは、家族の介護負担であり、介護負担の定量的な評価はかせない。

認知症患者の介護負担に関し、総合的機能評価から包括的に検討すると、いわゆる問題行動の増加(行動障害の増大)が重要である。

介護負担を減らすためには、介護保険などのサービス利用を調べ、主たる介護者に過度の負担がかからないよう、他の家族に分担をお願いしたり、レスピトケア(ショートステイ)の積極的な利用が勧められるが、サービス資源のデータ化など地域の医療連携が最も重要な点である。

4. 合併症を有する認知症をネットワークでどうケアするか

認知症にどのような老年症候群を合併しやすいか検討してみると、高頻度の老年症候群は、主としてケアに直結する一連の症候群(譫妄、失禁、転倒)やコミュニケーション障害(難聴、視力障害)、栄養に関連する症候(痩せ、便秘)などに分類される。

また中等度にみられる症候も、合併病態や関連病態である栄養関連(脱水、食欲低下、低栄養、褥瘡)、骨関節系(骨粗鬆症、骨折、関節変形)、精神神経系(失調、うつ、不眠)、呼吸器系(喀痰、喘鳴)などに大別される。

このように認知症は、他の代表的な老年症候群である尿失禁、転倒、骨折、誤嚥性肺炎、低栄養、廃用性症候群などを高頻度に合併し、さらに譫妄やうつなども問題となる複雑な医療分野といえる。

これらの急性増悪時の入院先確保は、認知症医療ケアネットワークで緊急に取り組む課題である。

5. 今後の改革の方向性

認知症の医療目標は、

- ①「生活機能の1日でも長い維持」
- ②「周辺症状の緩和」
- ③「家族の介護負担の軽減」

に尽きると考える。これらは、単に診断と薬物投与という旧来の医療では絶対に達成できない課題で、医療とケアの連携、特に介護保険サービスと医療が連携して初めて家族患者に福音をもたらせ得る分野と考える。医療とケアの連携には、共通言語として、高齢者総合的機能評価²⁾が欠かせない。

地域連携が掛け声に終わらないためにも、ケアカンファランスを通じた生きた連携の立ち上げが重要であろう。

文 献

- 1) Livingston G et al : Systematic review of psychological approach to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 162 : 1996-2021, 2005.
- 2) 鳥羽研二ほか : 総合的機能評価ガイドライン. 厚生科学研究所, 東京, 2003.

特集：認知症ケアと医療の地域連携

ケアネットワークの構築

1) 新しい認知症のケアネットワーク
中核施設：もの忘れセンター

鳥羽 研二

株式会社 ライフ・サイエンス

特集

認知症ケアと医療の地域連携

2

ケアネットワークの構築

1) 新しい認知症のケアネットワーク
中核施設：もの忘れセンター

鳥羽 研二*

KEY WORD

認知症の増加
チーム医療
医療連携
家族相談
非薬物療法

POINT

- 2006年11月に杏林大学病院に本邦初めての「もの忘れセンター」が誕生した。
- 1970年には56万人であった認知症が、2002年に120万人を超えてきている。
- 杏林大学病院には地域連携室があり、認知症も含めすべての医療連携業務を行っている。
- 地域資源を有効に活用するためにも、緑のダムとしての家庭の保水力が欠かせない。
- もの忘れセンターは、新しい認知症のケアネットワークの拠点として、全国モデルになるよう、今後も工夫と努力を重ねていく。

はじめに

2006年11月に杏林大学病院に本邦初めての「もの忘れセンター」が誕生した。

このセンターの構想から実現まで3年の歳月を有した。

なぜセンター化する必要があったかについてまず振り返りたい。

杏林大学もの忘れ外来から
センターの発足まで

2000年8月からスタートしたもの忘れ外来は5年半で対象600人に増加し、平均毎週6人

の新患を診療していた。

診療ブースは

火曜日(午前午後)5ブース(うち1つが機能評価)

水曜日(午後)2ブース(うち1つが機能評価)

金曜日午前1ブース、午後3ブース(うち1

つが機能評価)

で、特に機能評価ブースが足りないため、診療曜日を増やせず、家族相談室がないため、家族単独での面接が不可能、患者の機能検査の合間に指導するため、大幅に診療時間が延長し、火曜日の新患は午後6時になることもあった。この背景には、認知症性疾患の増加があり、1970年には56万人であった認知症が、2002年に120万人を超えてきている。65歳以上の認知症患者の有病率は8%とされ、高齢者人口から推計すると160万人以上である。診断されていな

*とば けんじ：杏林大学病院もの忘れセンター長(高齢医学)

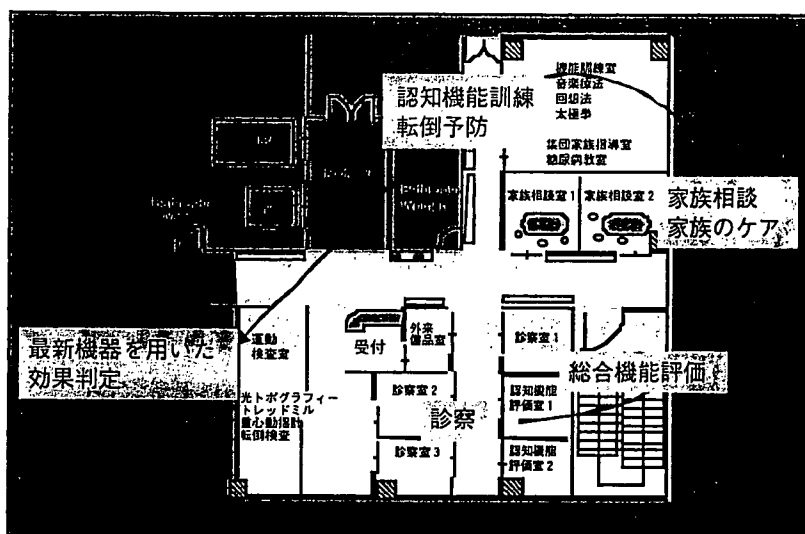


図1 もの忘れセンター平面図

い認知症患者が多く存在する可能性が示唆される。

東京都は特に、今後後期高齢者が年間4万人増加し、杏林大学医療圏(人口50万人)においても、高齢者人口から推計される認知症患者は少なく見積もっても5,000人以上と考えられるが、受診者は20%未満であり、潜在的患者は増加する一方である。

認知症症例は、軽いものでは地域の介護予防事業との連携が必要なものから、中等症以上で、デイケアやレスピトケア(ショートステイ)を要するもの、周辺症状が強く精神医療系への紹介が必要な症例まで幅広い。センター化して、精神科、神経内科、高齢医学科の医師が共同で診療に当たることにより、医学面のネットワークを構築するとともに、福祉相談室、行政、医師会と連携するセンターが必然的に必要となってきた。

他の自治体の「認知症ネットワーク」の現状

八王子市で市と医師会が中心となって、かかりつけ医、専門病院(東京医科大学)、精神病院、療養型施設、介護支援センターをオンラインで結んだ「D-net」が発足した。町田市では、同

様なネットワークが数年前から稼働している。三鷹市医師会も本年度から、介護予防一次健診で三鷹市独自の認知症スクリーニングを盛り込むことが決まった(三鷹健康長寿介護予防ネットワーク)。二次健診(保険診療)として杏林大学、武蔵野日赤病院、老健太郎物忘れ外来が指定されている。このような背景から3年前に構想を練り、コスト面の計算、教育プログラムなどを整備して発足にこぎ着けた。

通路を含む面積は300m²で、5つの診察室、2つの機能評価・家族相談兼用室、集団運動療法室(家族教室兼用)1部屋、運動機能・脳血流・動脈硬化検査室1部屋、スタッフルームなどからなっている(図1)。

もの忘れセンターの組織は以下のとおりである。

センター長(高齢医学科長兼任)

センター外来担当医(再来5名、新患当番5名) うち精神科1名、神経内科医1名、看護師(1名)、臨床心理士(2名)、言語聴覚士(1名)、臨床検査技師(1名)、受付事務員(1名)

もの忘れセンターの実績

1. 新患患者の増加

週平均6名から、20名近くに増加した。も

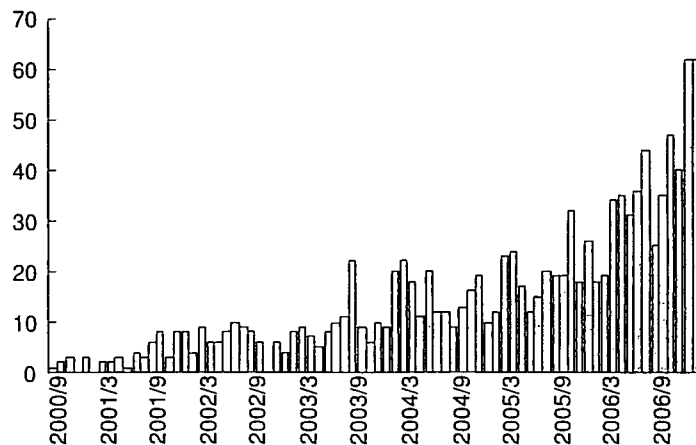


図2 杏林大学病院, もの忘れセンター もの忘れ新患者数(月)

の忘れ外来から5年間の延べ新患者数は約1,000名であったが, センター開設後は1年間の新患が700名を超える見込みである(図2)。

2. 認知症患者の内訳

アルツハイマー(混合性含む)が半数で, 血管性認知症20%, 前頭側頭葉型認知症, レビー小体型認知症は5%程度である。平均のMMSEは20点弱と軽度の症例が多く, MCIが20%以上訪れるのも特徴である。院内紹介に症例の平均MMSEは15点と低く, 早期発見には, まず病院内の啓発が重要であることが痛感させられる。

センターの収支は, 人件費, 減価償却費を入れてほぼ収支のバランスがとれている。

■ センターの運営

月～金の外来診療と週3日の家族相談を医師, 臨床心理士が担当している。

非薬物療法は個人回想法, 音楽療法, 運動療法をそれぞれ週1日以上行っている。

家族教室を月5回開催し, 認知症の意味, 診断, 予防, 治療, 介護, 非薬物療法について, 医師, 臨床心理士, 医療ソーシャルワーカーが分担して教室で教えている。

1回1時間, 6家族限定で家族と患者同席で個別の質問にも答えている。月初めに予約をとるがすぐに一杯になる状態である。

診断の新患カンファランスを週1回, 火曜日の朝8～9時に行っているが, 20症例をこなすのが時間内に困難になってきている。

■ 地域連携

杏林大学病院には, 地域連携室(室長 胸部外科呉屋副院長, スタッフ6名)があり, 認知症も含めすべての医療連携業務を行っている。もの忘れセンター家族指導は, 患者の入所を遅らせるエビデンスA(最高)である。地域資源を有効に活用するためにも, 緑のダムとしての家庭の保水力が欠かせない。

介護保険未認定が1/3以上であるため, 申請, 活用方法を医療ソーシャルワーカー(MSW)が講義し, 個別相談を効率よくしている。

医療機関との連携は, 中核医療機関である武蔵野日赤病院と共通の経過報告書の書式を定め, 画像所見を含めレポートを紹介医に返し, 併診の形態を定めている。

センターの理想は, 6カ月に1回の詳細な心理検査のフォロー, 年1回以上の画像のフォローアップであるが, 認知症に関しては2～3カ月ごとの再診も一般医家から依頼されることが多く, 患者数の急増が大きな問題になってきた。

サポート医師による講習会でのアドバイスや, 近隣医師会での教育講演を多く行ってきたが, 今後はケース会議を開催したり, 画像カンファランスへの医師会員の参加を通じ, 医療圏医師

表1 認知症地域連携まとめ

	地域医療機関	もの忘れセンター
診断	早期診断の理解 精査必要性の判断	早期診断バッテリー 精神・神経所見 MRI, SPECT, MIBG-Scinti 脳脊髄液タッピングテスト 診断基準・鑑別診断
		Report
治療	一般的生活指導 薬物療法継続	非薬物療法(テーラーメイド) 薬物療法開始, 変更
周辺症状	改善・悪化記録 薬物療法	定量的測定, 治療効果判定 薬物療法開始, 変更
介護	地域ケアネット 意見書	最適介護環境のアドバイス 情報提供
教育		家族教室 コメディカル教育 医師研修

全体のレベルアップを図ることが課題である。

現在までのセンターの医療連携のモードを表1に示す。

もの忘れセンターでは、2007年7月に、三鷹・武蔵野地区認知症医療ケアネットワークを開催し、行政関係者、医師会長、サポート医、MSW、看護師と中核医療機関のもの忘れ外来医師が一同に会して、今後の地域連携の課題を長時間活発に討論した。

上記の教育の課題では、ケアマネジャーやケアワーカーに対する教育、症例で困ったときのホットラインなど多くの提案がなされた。行政も早期診断での連携を約束し、またケア施設の

非薬物療法のデータベース化など今後の医療連携へ役に立つ提案がなされ、可能なものから早速とりかかることになった。

もの忘れセンターは、単なるもの忘れ外来の拡張ではなく、認知症に関わる医療、ケアの複数の視点を見落とさないよう、専門職が一同に会することによって、占有面積の数十倍の効果をもつことができそうである。

この意味で、もの忘れセンターは、新しい認知症のケアネットワークの拠点として、全国のモデルになるよう、今後も工夫と努力を重ねていきたい。

(執筆者連絡先) 鳥羽研二 〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2 杏林大学病院もの忘れセンター(高齢医学)

座
談
会

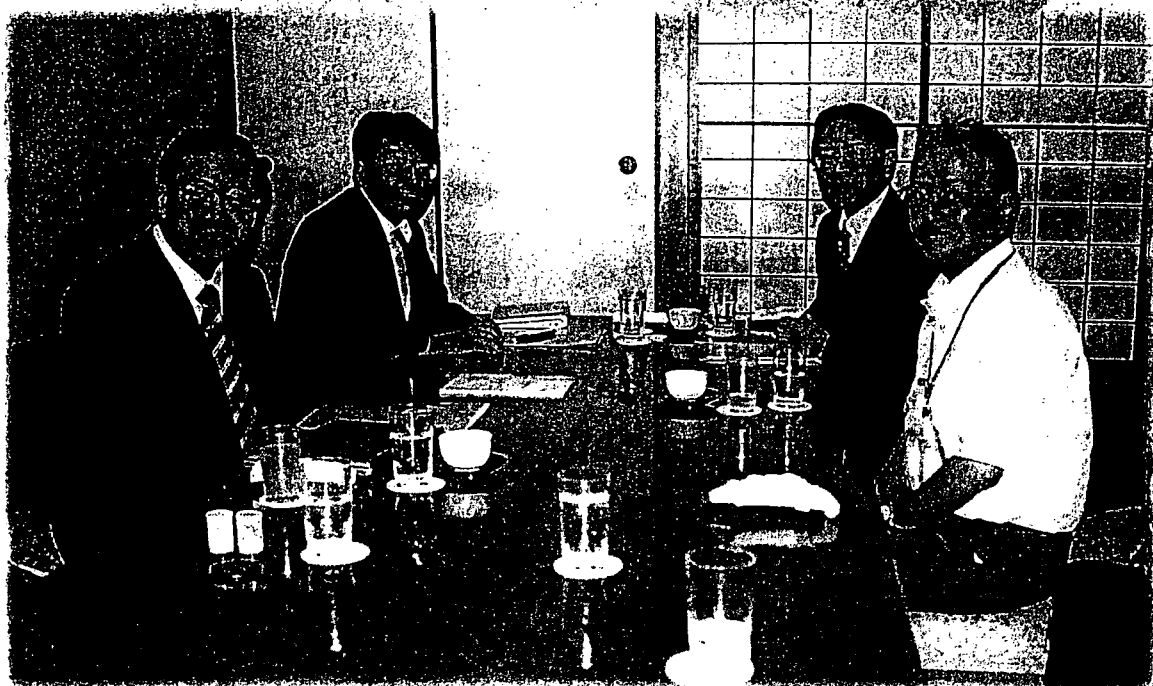
認知症ケアネットワーク, 現状と課題

中井川 誠
浦上 克哉
遠藤 英俊
鳥羽 研二

株式
会社 ライフ・サイエンス

座談会

認知症ケアネットワーク、 現状と課題



(2007年7月13日 東京會館「八千代」にて収録)

● 中井川 誠

(前厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室¹⁾室長)

● 浦上 克哉

(鳥取大学大学院医学系研究科保健学専攻・病態解析学分野²⁾教授)

● 遠藤 英俊

(国立長寿医療センター包括診療部³⁾部長)

● 鳥羽 研二(司会)

(杏林大学医学部高齢医学講座⁴⁾教授)

(敬称略, 発言順)

Contents

- はじめに
- ケアネットワークの現状
- 認知症早期発見のために
- 認知症ケアネットワーク
- 家族教育と家族ケア
- 認知症の専門職の教育
- 今後の希望
- おわりに

¹⁾ 〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関 1-2-2

²⁾ 〒683-8503 鳥取県米子市西町 86

³⁾ 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

⁴⁾ 〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

はじめに

鳥羽 本日は大変お忙しいところ、遠くからお集まりいただき、ありがとうございます。「認知症ケアと医療の地域連携」という特集の中で、「認知症ケアネットワーク、現状と課題」をテーマに座談会を開催いたします。

ケアネットワークの現状

鳥羽 認知症の急増に伴い、日本では医療で解決できない多くの問題があります。その中の1つであるケアネットワークの国の準備状況などは、医療関係者、一般の方にあまり知られていません。一方では、せっかくよいネットワークを作っても、それを知らしめて活用していかなければならないという課題があります。新しい試みやケアネットワークの枠組みの本当の狙いなどをお伺いします。

まず中井川先生から、特に認知症のケアネットワークに関する行政の取り組みについてお聞かせください。

中井川 認知症の方を地域で支えるときの基本的な考え方は、認知症の方が、住み慣れた地域でいかに安心して生活を送れるかということだと思います。

行政において、ケアネットワークで大切なことは、医療、介護を含め生活全般で認知症の方や、家族の方をどうやって支えていくのかということだと思います。ですから、本日のテーマとは離れますが、法律の問題も課題の1つになります。

もう1つは、同居している場合は家族をどうやって支えていくのかということも課題になります。その家族の方が抱え込まないようにコミュニケーションを取り、地域で問題意識をもって支援策を講じていく必要があると考えています。

鳥羽 具体的な枠組みを作っておられますが、もう少し細かくご紹介いただけますでしょうか。

中井川 1つは、先の介護保険制度の改正により、地域包括支援センターという新たな取り組みが始まりました。認知症について考えてみると、介護でどう支えていくかということのほか、地域包括支援センターと認知症の方のかかりつけ医との間で、医療と介護でどのように連携を図っていくのかということが課題だろうと思います。

地域包括支援センターでのテーマは、かかりつけ医が認知症の予兆をみて、認知症を早期に発見した場合、それを地域包括支援センターにつなげるということです。

もう1つは、要介護者という形で、地域包括支援センターが把握されているような方に認知症の症状が出たときに、具体的にかかりつけ医に相談に行き、専門医の診断の必要の有無を相談するというような連携が図られることが想定されます。

鳥羽 浦上先生は鳥取県で、以前からケアネットワークというようなことを長い間、先行してやってこられた経緯がありますが、その立ち上げの必要性と現状についてお話しいただけますか。

浦上 1980年頃から鳥取県での認知症の実態調査に取り組んでいます。そういう中で感じたことは、大学病院には、かなり問題行動があって困るような方しかいらっしやらないことです。やはり地域に出てみると、極めて軽度の方を発見することができます。そういう意味で認知症というのは地域で見つけていけないということを実感しています。

ただ、大学病院に来てくださいと言っても、大学病院までとても通えませんという方もいらっしやいますので、かかりつけ医に診ていただく、あるいは相談に乗っていただくということが求められます。

もう1つは、独居の方が非常に多いので、そういう方々を地域で支えていくことがこれから求められます。地域での支え合い体制を作っていく。このことが非常に重要ではないかと感じています。

鳥羽 鳥取県は高齢化の進行した地域モデルに

なっていますが、いま高齢化率はどのくらいですか。

浦上 鳥取県としては24.6%ですが、高い町では30~40%になっています。

鳥羽 独居率もかなり高いのですか。

浦上 65歳以上の方の4人に1人は独居です。

問題なのは、若いご夫婦は早く出掛け夜遅く帰ってくるので、実際には独居老人とほとんど一緒という方です。このような方が案外多いのですね。

鳥羽 キャンペーン前の認知症患者の平均的な像は、どの程度でしょうか。

浦上 最初に来院されたときに、MMSEが20点以上などということはありませんでした。

鳥羽 遠藤先生も中部病院時代からの病診連携、大府市の認知症医療ネットワークなど、より広域医療圏で以前から医療だけでなく、福祉連携などをやってこられていますが、連携の必要性、現状についてお話しいただけますか。

遠藤 介護保険の存在は大きいのですが、いまでも医療と福祉の連携が難しいという印象があります。

介護保険が始まる時に、ケアマネジャーや医師たちと勉強会を始め、連携をしていったという歴史があります。その中で生まれてきたものが2つあります。1つは大府市に認知症の早期発見ネットワークを作って、行政、市役所の窓口や診療所にチェックリストを置いて、早期発見に努めるということです。われわれの長寿医療センターにはいろいろな機器もあるので、直ちにFAXで紹介していただき、精密検査をして認知症の診断をしてお返しするというシステムを作ってきました。

もう1つは、3~4年ほど前から、高齢者虐待防止について行政を中心に、医療と介護のネットワークを作ってきました。たとえば、身体虐待で命に関わるようなケースがあった場合、私(医師)や行政や介護職が数名ですが、1~2日以内に集まるというネットワークを作っています。

われわれはそういう意味では努力をしてきました。医療福祉連携が重要だということで、ネ

ットワークを通じて医療と福祉をつなげるような努力はしてきましたが、それでもまだ難しい状況にあります。

もう1つ、今後さらに重要になると思われることがあります。かかりつけ医のフォローアップ機能です。高齢患者が病院に入ったり、施設を使ったりすると医療やケアがとぎれてしまう点です。

やはり今度の後期高齢者医療制度の見直しも含め、1人の医師が最後まで、医療と福祉と連携しつつ、面倒をみていくことが、今後必要ではないかと思います。

認知症早期発見のために

鳥羽 ネットワークの入り口となると、早期発見ということですが、早期発見ために行政が行っている取り組みについてお話しいただけますでしょうか。

中井川 早期発見のためには、認知症について正しく知ることが肝要ではないでしょうか。

われわれは、「痴呆」という用語を「認知症」に変えたことをきっかけに、認知症を知るキャンペーンを実施しています。特に力を入れているのは、「認知症サポーター制度」です。これは現在20万人近くの方がサポーターになっておられます。将来的には地域支援の担い手となっていただくような制度です。

鳥羽 そのサポーターというのはサポート医師とは違うのですよね。

中井川 違います。

介護予防事業については、地域支援事業の中で、特に特定高齢者については、独居で引きこもっておられるような高齢者の方への訪問指導事業という形での取り組みをしています。

鳥羽 地域支援事業に関する厚生労働省のチェックリストで、認知症などはかなり高率に引っかかってくると思いますが、発見のケアネットワークに関しては十分ではないような気がするのですが、いかがですか。

中井川 その辺は考えていなければいけないと