

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	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(高可能性)	A
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	B
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	C
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

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、全国のモデルになるよう、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)

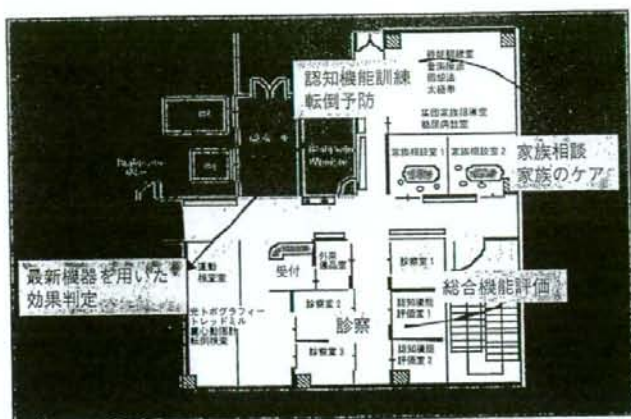


図1 もの忘れセンター平面図

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。

認知症事例は、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300㎡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

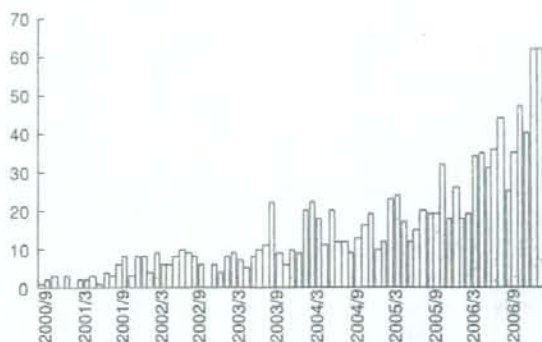


図2 杏林大学病院、もの忘れセンター もの忘れ新患者数(月)

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ダンス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(テーラーメイド) 薬物療法開始, 変更
	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
介入	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
		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)

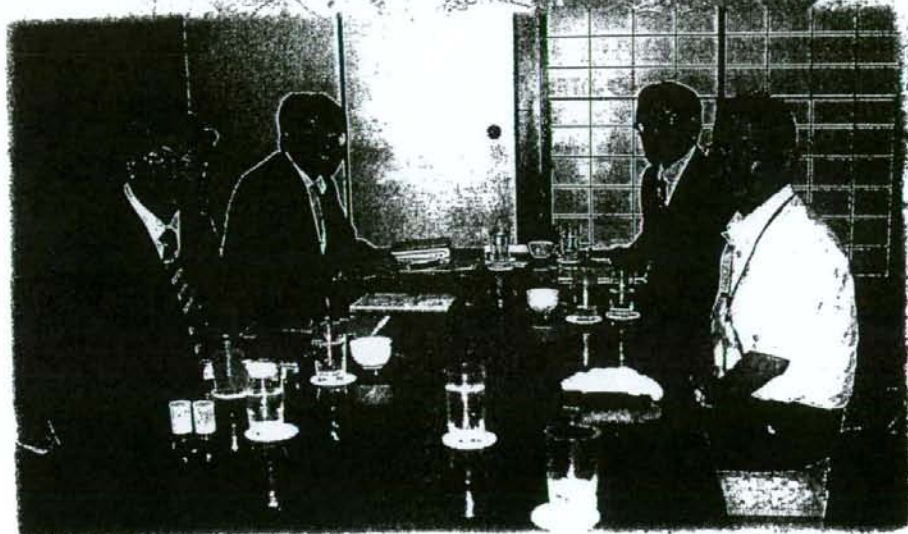
座談会

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

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)

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

- 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)

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、一般の方には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けな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った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いますが、医療福祉連携が重要だということ、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えます。

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け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 その辺は考えていかなければいけないと

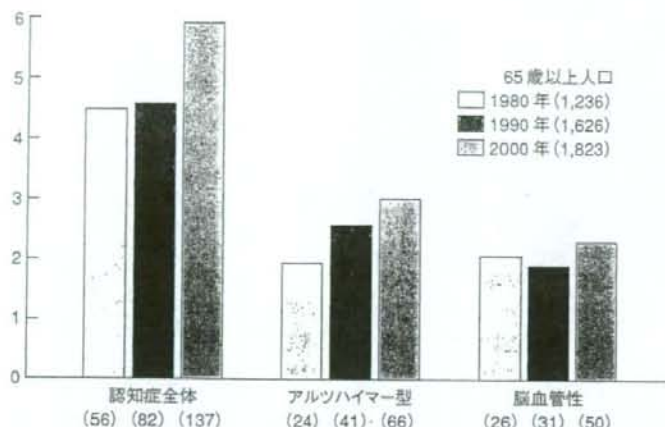


図1 65歳以上における老年期認知症の1980年、1990年と2000年の比較 (括弧内は実数)

ころだと思います。

鳥羽 地域ケア、介護予防事業でのチェックリストの活用なども含めて、遠藤先生、ご説明ください。

遠藤 認知症に限っていえば、介護予防の3つの質問項目のチェックリストがありますね。

もの忘れがあるか、ないか。電話が電話帳で調べてかけられるかどうか。月日が言えるかどうかです。月日が言えないと実は認知症にかなり近いものがあるということで、かなり軽症の認知症の方でもこれらの質問で発見できると思います。

ただ、認知症が見つかった特定高齢者を、地域支援事業でサービスを提供したときに、そのエビデンスという意味では、サービスメニューの問題とかやり方の問題ですね。たとえば介護予防事業での音楽療法は、サロニックにいつでもどこでも継続できるような仕組みが望ましいと思います。見つけること、つなげていくことが、まだまだ不十分だと思います。このようなサービスにおいても、地域格差があります。

鳥羽 もちろん見つける仕組みができて、初めてつなげる仕組みの必要性も行政がわかってきたということもあるので、このまま建設的にやっていく必要があると思います。

浦上先生は早期発見のタッチパネルなどの開発を通じて、早期発見に以前から取り組んでおられますが、現状はいかがでしょうか。

浦上 図1は1980年から鳥取県大山町で行ってきた認知症の調査結果です。10年ごとに大規模調査を行い、どんどん認知症が増えてきていることを示してきました。同時に病型でいうとアルツハイマー型が脳血管性に比べ増えてきました。

この調査を行う中で、いろいろなスクリーニング方法を考えて、アンケートを行ったのですが、「もの忘れが進んできたら、「もの忘れはありますか」と尋ねても、もの忘れをするということをお忘れしてしまいますからチェックをしてもらえない。また、ここをチェックしたら絶対引っかけられるということで、わざとチェックしない人がいるなど一次スクリーニングで漏れている場合があります。そこで漏れた人に対して、タッチパネル式認知症スクリーニング検査(物忘れ相談プログラム®日本光電社製)(図2)のスクリーニングをやってみると相当見つかってきます。スクリーニングの中で、個別にきちっとやれる方法が必要ではないかと考えています。集団スクリーニングですと、どうしても問題が理解できない方、カンニングをしったりする方が

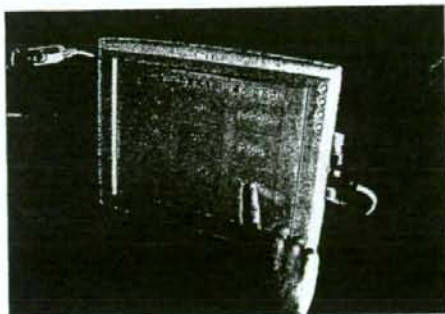


図2 タッチパネル式認知症スクリーニング検査
(物忘れ相談プログラム)

あったり、やはり認知機能検査は個別性が必要なのではないかと思います。

われわれは遅延再生と時間の見当識と視空間認知機能の3項目を調査する方法を作り、タッチパネル式コンピュータを用いて個別に行えるようにしました。だいたい1人が3分くらいで終わりますので、5台くらい用意すると、2時間以内に100名くらいの方をスクリーニングできるのです。

認知症ケアネットワーク

鳥羽 この前、私も、三鷹地区で初めての認知症ネットワークを立ち上げました。そのときに出された問題で、自分である程度の忘れを心配されている方は、タッチパネルも含めていろいろな検査(表1)を進んで行われますが、中には病識が少ない方や嫌がられる方がときどきいらっしやいます。日常の生活、あるいは診療の中でスムーズに聞けるかどうかともわからないということですが、この点はいかがでしょうか。遠藤 なかなか質問だけでは難しく、立方体模写など空間認知を調べるようなテストや時計描画テスト、かな拾い、初期のスクリーニングは少し検討が必要であるという印象はもっています。

鳥羽 このコンピュータ方式が、私もよいと思うのですが、一地域ではなく、本当によいもの

であれば行政や国が一定のサポートをしていくような時期が来ていると思うのですが、一研究者が開発したものをサポートするのはなかなか難しいのですか。

中井川 そこは介護保険制度、地域支援事業など公費で行っていることもありますので、成果を確立して、最終的には負担者の合意のもとで行われる必要があるだろうと思います。ですから必要性は必要性としてあるのでしょうかけれども、そのツールとしてそれがふさわしいかどうかというのは、少なくとも研究者の方々、一定の集団の研究者グループなどのコンセンサスが必要です。

鳥羽 学会での統一見解は、行政の重要な視点になるということですので、頑張っていきたいです。

浦上 われわれはタッチパネル式認知症スクリーニング検査(物忘れ相談プログラム)でスクリーニングを行い、医療の必要のある人は専門医を紹介します。

軽度認知機能障害(MCI)レベルの方は予防教室に参加していただくということをしているのですが、まだ予防教室の内容が確立できていないのが現状です。

ただ前後の評価として、われわれのグループで開発したタッチパネル式コンピュータを用いたADAS(TDAS)を使えば専門の臨床心理士が必要ないですし、時間も1時間くらいかかるものを20~30分でできるようにしたので、前後できちっと予防教室の評価ができるアプローチも行っています。

鳥羽 個人情報の問題もありますが、コンピュータを使ったタッチパネルなど、様々な機能評価が普及していくと、個人情報を十分保護した上で、地域のかかりつけ医、ご家族に情報を開示するということは、ネットワークとしてはどうなのでしょう。

浦上 ネットワークがきちっと確立できていくことが望ましいと思います。地域のかかりつけ医の勉強会とともに、ネットワーク作りを進めています。

鳥羽 最近は画像診断がすごく発達しており、

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 脳脊髄液タップテスト 診断基準・鑑別診断
治療	一般的生活指導 薬物療法継続	非薬物療法(セラピーなど) 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
介护	地域ケアネット 意見書	最適切な環境のアドバイス 情報提供
教育		家族教室 コミュニケーション教育 医師研修

MRI, SPECT, PETなどを駆使して診断を確かにするという作業がされていますが、かかりつけ医の先生に画像や、画像そのものを解説したり、連携の作業というのはどのような情勢でしょうか。

浦上 CT, MRI, SPECTの必要性まで踏み込んでいるのですが、かかりつけ医が紹介して下さるところまでいっていません。ですから、ある程度CT, MRIなどわれわれの地域で病院に紹介しなくても撮ることができる体制が必要なのではないでしょうか。

鳥羽 先生がご尽力されている大府地区ではどうなのでしょう。

遠藤 画像だけをオーダーされる先生もおられますが、基本的には認知症の診断、精査を目的にしています。

MRI, SPECTの結果を付けてお返しするのですが、やはり受け取り側の知識も要りますね。そういう意味で厚生労働省の、認知症のかかりつけ医対応向上研修があると思うのですが、人数がまだ十分ではないですね。

中井川 まだ6,885人ですね。

遠藤 10倍くらい受けて欲しいですね。そうするとかなり早期発見を目的とした画像所見が

大事だということがいろいろな先生方にも広がっていくのではないのでしょうか。

鳥羽 認知症がこれから急増していきますので、サポート医も大切ですが、専門医もコンサルタント医としてすごく重要になりますね。

MRIのような診断機器も相当フル稼働し、それを正確に読影し、サポート医の画像診断能力がレベルアップしていく中で、サポート医の体制と、認知症の診断のネットワークといったことに関しては、どのようなことを考えていらっしゃるでしょうか。

中井川 かかりつけ医と専門医、かかりつけ医と身体合併みたいな形での、いわゆるネットワーク作りが必要で、課題であると思っています。鳥羽 在宅復帰、在宅継続のためには、中核症状以外の周辺症状の評価、周辺症状の薬物、非薬物療法が非常に重要な課題だと思われますが、遠藤先生、周辺症状、BPSDについてどのようにお考えでしょうか。

遠藤 ご家族が在宅介護を請める大きな要因に、この周辺症状(BPSD)があります。昼夜逆転がある、尿失禁がある、といった認知症に伴う症状でギブアップされたり、精神的、身体的な介護負担が増えています。現実的には認知症の生

活自立度で2以上だと、約半数が施設を使われていますね。今後、施設の増加がそれほど望めないことから、BPSDをいかに専門医がコントロールして、なるべく在宅を続けていくような方策が欲しいと思っています。本当に重症の人は施設を使ってよいのですが、在宅を勧めるわれわれが、BPSDのコントロールなり家族支援をすることで、在宅を続けられる要素があるのではないかと考えています。ですから、家族指導の中で家族が怒らないようなよい介護、対応の仕方を指導させていただきだけでも、変わってくることもあります。在宅を継続する一番の要素は家族であると思っています。

鳥羽 最近では、薬物療法からADLを重視したような認知症周辺症状に対する非薬物療法が重視されてきているようですが、浦上先生はどのように対応されていますか。

浦上 薬物療法は最後の手段ということで、基本的には家族指導が一番だと考えています。

先ほどいいましたが、実質的な独居みたいな方が多く、家の中でもまったく会話のない生活を送っておられる高齢者が多くいらっしゃいます。

福岡県大牟田市では、絵本を使った子どもたちへの認知症の教育を行っています。子どもたちが高齢者が繰り返し同じことを言っているのは認知症の症状なのだというのに気がついてくれば、家族の中での認知症の進行予防にもつながると思います。ですから家族の教育、地域での若い方、子どもたちへの教育が必要と思います。

鳥羽 中井川先生、厚生労働省の立場として、発症予防ではなく、一定の周辺症状に対しての現在の評価、今後の取り組みなど、どのようにお考えでしょうか。

中井川 介護ということでいいますと、介護従事者の間で経験則的な部分で、一定の対応が図られつつあるとは思っていますが、必ずしも完全に整理されているとは思っていないので、一定の整理が今後必要になってくると思っています。

もう1つは、ケアの手法について、確立したものをどのように広めていくのか、というのが

なかがわ まこと
中井川 誠 先生



昭和60年4月 旧厚生省入省、平成18年9月より現職、現在に至る。

課題だと思っています。

鳥羽 遠藤先生、回想法などの認知リハビリテーションをやっておられますが、周知というかそれが足りないのか、エビデンスを広めるのがちょっと遅れているのか、その辺はどうお考えでしょうか。

遠藤 両方だと思います。われわれのエビデンスを作る努力も十分ではないだろうし、方法論の確立も十分ではないと思います。むしろ認知症の介護予防とか、うつ介護予防、閉じこもりの介護予防の施策が先に進んでいるような気がします。それでもわれわれは努力する必要があります。

1つだけ紹介させていただくと、愛知県の名古屋市で、介護予防の拠点として回想法センターを平成14年に作りました。その目的は健康高齢者に対して快刺激というか、楽しいことをする、仲間作りをするということです。それが実は介護予防拠点とわれわれが考えていて、

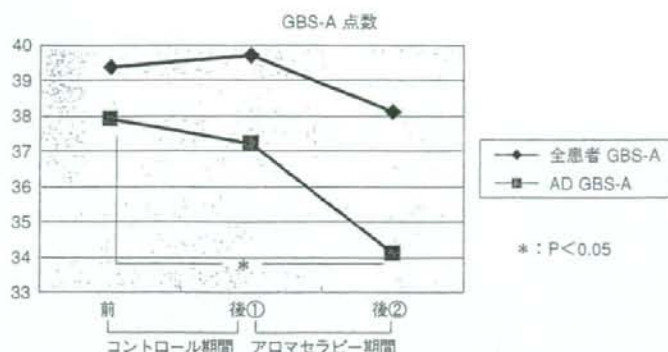


図3 アルツハイマー病に対するアロマセラピーの知的機能 (GBS-A) 結果

いつでも誰でもそこに行くことができるといふ場所を作っています。ですから、無料で高齢者がそこに集まり、ご飯を一緒に食べたり、昔話に花を咲かせるというような場所を作って、効果を検証しているところです。

3年くらいの経過として、参加しない人と比べると認知症の進行の度合いがゆっくりになるというデータも出てきています。まだ対象数が少ないので発表できるところまでは至っていません。現実的には、予防まではなかなか難しいが、進行遅延はできるのではないかと考えています。このようなそこに行くとか何かのチャレンジや選択ができて楽しいことに参加できるというサロンのような介護予防拠点が、全国に欲しいと思っています。

鳥羽 外国でも在宅率が伸びて、施設に入るといふのはエビデンスの非常に高いレベルになっていますね。

浦上先生はアロマセラピーもやっておられますが、穏やかにする効果以外にも何かあると思うのですが、いかがでしょうか。

浦上 図3はGBSスケールというもので、アロマセラピーの前後で評価したものです。方法はコントロールクロスオーバー法を用いて、まずコントロール期間を最初に、次にアロマセラピー期間を作ります。コントロール期間に比べ、アロマセラピー期間に有意な改善がみられています。全ての認知症でやや改善傾向があり

ますが、アルツハイマー病患者のみでは有意に知的機能がよくなるという結果が得られました。

背景としては、嗅覚機能を評価すると、アルツハイマー病患者は初期から落ちているという所見があり、恐らく嗅覚機能を刺激するというのが中核症状にもよいという可能性があるものと考えています。

家族教育と家族ケア

鳥羽 今までもお話の中に出てきていますが、ケアネットワークの中での家族教育や家族のケアに関して、中井川先生、どのような形で取り組んでおられますか。

中井川 先ほどいった「認知症サポーター」は家族も対象としているわけですが、自ずとそういう方々が参画されています。

それからわれわれの補助事業の中でも、家族教育について、補助事業を設けて、家族の方々の認知症に対する正しい知識の普及を行っています。

行政ということではないのですが、「認知症の人と家族の会」のケアカウンセリング的な部分の働きを私は評価しています。行政マンや介護従事者には心を開かない方でも、経験者の方には、自らの経験を率直に話すことで、癒される部分があり、家族のケアがなされていると実

感じています。

鳥羽 「認知症サポーター」の方は20万人いらっしゃるのですよね、そのサポーターの方々はどのような方々なのですか。

中井川 具体的な分析はされていませんが、地域では家族の方や、町内会の老人クラブ単位など、また、マンションの管理、金融、スーパーなど職場で講座を開催している場合もあります。様々な方がいらっしゃいます。

鳥羽 遠藤先生はマスコミを通じて、家族教育に貢献されていらっしゃいますが、マスコミで取り上げた場合の対応策をお話いただけますか。

遠藤 1つは、「地域包括支援センター」で、困ったときに相談できるということで、家族の相談支援が大きな柱になっています。アドバイスをもらえるという意味では、非常に有効だと思います。

家族教育を専門的に、認知症のことを勉強していただく、介護保険のサービスのことを勉強していただく、介護負担の解消の仕方、自分のリラックスすることを覚えていただく、愚痴を言う会を挟む、など、6回集中的に家族を教育するプログラムが海外では行われています。

日本でも名古屋でやっているグループがあります。家族が非常に成長する、家族力といいますが、介護力が向上するといわれています。これらによって、認知症の進行も遅くなるというデータが出てきています。

私はこの中で、男性不足が非常に深刻な問題ではないかと思えます。アルツハイマー病は女性に多く、男性の家族介護者が非常に精神的な負担、ストレスを感じています。この問題を解決したいと思っていて、家族教育の中に男性の介護者、性別による差があり、研究を含めて、今後、捉えてやってみたいと思っています。

マスコミという意味では、モデル的な家族をテレビで出すと、見ている方も、「ああ、あそこまでできるのだ」と安心感や自信につながるようです。やはりテレビ放映後の反響をみても、家族の attitude というか認知症に対する考え方が変わってくるという手応えがあり、テレビな

うらかみ かつや
浦上 克哉 先生



昭和63年鳥取大学医学部大学院博士課程修了。平成元年鳥取大学医学部脳神経内科助手。同8年鳥取大学医学部脳神経内科講師。同13年鳥取大学医学部保健学科学技術学環境保健学分野教授。同15年鳥取大学大学院医学系研究科保健学専攻脳神経学分野教授。現在に至る。

学会活動：日本神経学会(常任委員、専門医)、日本神経学会(脳内外科)門医部会中国支部会長、中国地区科員、脳内外科専門医、日本老年医学会(常任委員、専門医)、日本認知症学会(常任委員、編集委員)、日本老年病学会(常任委員)、日本リハビリテーション学会(常任委員)、The College of Neuro-Psychopharmacology (CNP) Asia-Pacific Regional (executive committee member) 常任

顧問：アルツハイマー型認知症が原因の脳疾患の病因、病態、治療に関する研究

受賞歴：第13回リハビリテーション学会研究奨励賞、第6回日本脳神経科学会研究奨励賞

その他：Dementia, Geriatric Cognitive Disorders, PsychogeriatricsのEditorial Board

どマスコミの影響を感じています。

鳥羽 この特集の中で私も執筆しているのですが、もの忘れセンターを平成18年11月に始めて、月に5回、家族教室を無料でやっています。教育、治療・予防、ケア、福祉の利用など、1回6家族、患者も含めて月に60人くらいで、年間720名くらいです。診療室で何度も繰り返して説明する時間も、省けるので、効率がよく、コンプライアンスもよいように感じます。このような取り組みで、在宅医療が可能になるというエビデンスが出たら、ぜひ厚生労働省でもサポートしていただいて、家族教育の全国的な組織ができると非常によいのではないかと思います。ですが、いかがでしょうか。

遠藤 今後、病院のベッド数の減少に伴い、入院期間が減るとこともあり、認知症でも肺炎を起こす場合などで、大きな影響を受けると思います。ですから、今後の医療を考えたときに、在宅医療が100%は無理だとしても、家族



えんどう ひでとし
遠藤 英俊 先生

昭和57年滋賀医科大学卒業。同62年名古屋大学医学部大学院修了。平成2年米国国立老化研究所客員研究員。同5年国立療養所中部病院内科部長。同16年より国立長寿医療センター包括診療部長。現任に至る。

学会および日本内科学会内科専門医。日本老年医学会理事。老年病専門医。日本ケアマネジスト学会理事。日本高齢者福祉学学会理事。日本老年病医学会理事。専門医。日本認知症学会理事。日本認知症学会学術委員。

関与したテーマ：老年医学、認知症、ケアマネジスト、回生法、DCM、高齢者虐待

の力は大きいので、システムとして家族教育を考えていくことはとても有効だと思います。

ただ、エビデンスをわれわれも出さないと、どういふプログラムがよいとか、どういふ方法論がよいということを少し検討する必要があるのだらうと思います。確立したものができれば、行政も動きやすくなると思います。

認知症専門職の教育

鳥羽 今後の教育としては、やはりそれぞれの専門職教育も大切です。最近、認知症学会でも、認知症の専門医、サポート医、認定看護師、ヘルパーなどありますが、様々な専門職の資格や養成について、行政ではどのような仕組みを考えておられますか。

中井川 医療の方では、かかりつけ医をいかに普及させていくかということが一番です。そこ

がやはり一番の課題であり、それをある意味では、かかりつけ医のバックアップをやっていたくサポート医の方の拡充を図っていきたいと思っています。かかりつけ医の方は初年度だけで6,885人、サポート医の方もいま300人強ということですから、それなりに順調に伸びていると思います。しかし、課題としては、積極的に取り組まれている都道府県と、取り組まれない都道府県があるということです。

鳥羽 それは、都市部と地方との差ですか。

中井川 必ずしもそういうことではないです。

鳥羽 では、サポート医を教えるという教育者の数は足りているのですか。

中井川 サポート医が何名必要なのかという点で、いろいろな議論がありますし、具体的にいいますと、先ほどいいましたように、都道府県によってサポート医の数に差があるので、はっきりとしたことはいえません。ただかかりつけ医をサポート医がどのような形で育てていくのかということが、課題だと思います。

鳥羽 三鷹市の場合、サポート医は2人いますが、そのサポート医がかかりつけ医を教える講習会にオブザーバーとして出席してくれと依頼がきます。でもサポート医はさすがに整形外科の方と麻酔科の方なので、すべてのかかりつけ医の先生の質問には答えられないような状態です。サポート医の方は非常に熱心にやっておられますが、その方たちの継続教育も必要ではないかと思います。

中井川 それは重要な課題として受け止めたいと思います。

鳥羽 遠藤先生、何かご意見はございますか。

遠藤 特定の専門医を養成するより、実は地域でネットワークができる、医師会の相談、企画運営、かかりつけ研修、など先生にご協力いただきたいのです。

地域とリーダー的な先生を養成させていただいているので、一部質問に答えられない場合も出てきているかもしれません。しかし、地域の底上げという意味では非常に強力で、課題としては、フォローアップ研修という、サポート医とかかかりつけ医が、常に情報をリフレッシュ