

その理解と支援の有無によって、症状や自立度の経過に大きな差が生じるという。現実には、医療や介護がかかわった時点で症状はすでに進行していることが少なくない。しかし、どの段階であっても本人はなんらかの力を残している。諦めないことが重要と永田氏は強調する(図6)。

「大切なのは小手先の対応ではなく考え方を考えることです。これまでのケアはご本人と向き合ってこなかった。重症の方でも視線を合わせると安心される。本人が発する声のなかには不安と要望が出続けています」(永田氏)。

妄想という言葉でくらずに、ありのままの声や全身のサインを受け止め手がかりを探る。それがこれからのケアの基本だという(図7)。

「センター方式」の活用は医療との連携にも有用

「本人本位」のケアを実践する方法として注目されているのが『認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式』いわゆるセンター方式だ。認

知症の個々の特徴を把握するために考案されたシートによる記録法で、専門職や家族が共通に使える「道具」と考えればわかりやすい。ポイントはその継続性と事実性にある。

ケアに連携は欠かせないが、これまでは本人の情報や個別の支援の工夫が、的確に伝わっていないと見えなかった。センター方式を使うと、生活リズムや状態変化、受診・服薬の状況、自立度の経過などの情報が、初期の段階から本人について歩くことになり、施設を移った時なども同じ説明を何度も繰り返す必要はなくなる。

また、家族の言葉に多い「しよっちゅう動いている」の「しよっちゅう」が本当はどの程度なのか。具体的に確認してみると、「しよっちゅう」の頻度もさまざまだ。本人の言動をありのままにシート記していくと、その人なりのパターンが推測ではなく浮かび上がってくる。

「突然怒り出す、動き出すという行動の背景には、不安や恐怖などご本人なりの理由と意味が必ずある。それを思いやりましょうという漠然



永田久美子

認知症介護研究・研修東京センター
研究部副部長

1984年千葉大学大学院看護学研究科修了。学生時代から地域や病院、施設で認知症の人と家族を支援する活動と研究を続ける。東京都老人総合研究所を経て2000年8月現職。

としたレベルではなく、事実情報をこつこつと集めていく。最近は本人が安らぎ、本来の姿を現わすための「鍵を探す」ことを大事にする介護職員が増えてきました」(永田氏)。

経過が一目でわかるため、受療や介護サービスの必要性を示すことができ家族・医師・介護職との方針合わせにも役立つ、現状の捉え方について関係者間のずれも少なくなるなど、検討の素材として有益だという。

さらに、気付いたところから記入でき、書き足しによる積み上げができる手ささもあって、専門職ばかりでなく家族にも使われることが多い。専門職も知らなかった本人の情報が多く出てくるほか、家族が医師や介護職員の前で本人が恥とを感じる発言をせずにすみ、本人と家族の関係悪化も防げるという利点もある。

医療との連携にも良好な作用が生まれた。

「グラフなので経過がひとめで把握でき、受診時に便利です。かか

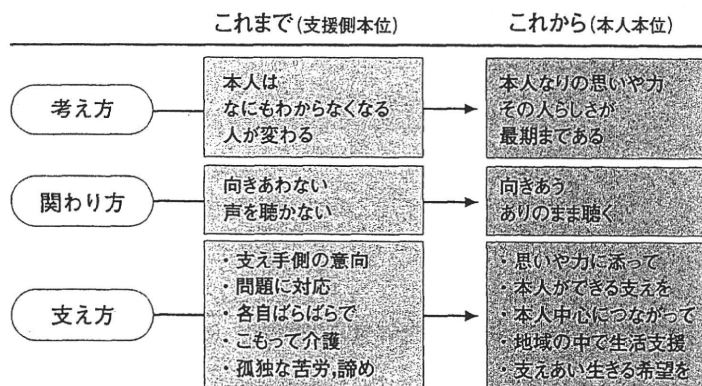


図7 認知症ケアの考え方の方向

本人と向き合い、ありのままを聴く。

永田久美子による

りつけ医の方が外来ではみることのできない普段の様子を知ることができます。服薬調整に欠かせないという医師もおられ、薬の量や服用時間のさじ加減に活用されています」(永田氏)。

処方を変えたことによる影響も次の受診時に具体的に確認できるほか、家族が異常になぜ気づいたかなど基本事項の聴取を限られた診療時間で効率的に行えるという。

地域とのつながりは 本人・家族の孤立を防ぐ

最近の認知症ケアのもう1つの特徴は、支援の理念を「本人本位」をベースに「地域包括ケア」へと進め

る将来像が描かれていることだ。

センター方式には、本人の暮らしを支える人々や場所などを記載する「支援マップ」と呼ばれるシートがある。

「ご本人と地域の関係を自己資源としてみると、多彩なつながりがみえてきます。専門職はある一時点のかかわりに過ぎず、むしろご本人にとって大切なご近所、外食先、商店、友人など、馴染みの関係が切れないようにつなぎ手になるのがケアの役割です」(永田氏)。

地域とのつながりは、生活のペースを作り、症状の安定や活力の増加につながるばかりでなく、本人・家族の孤立を防ぐ点でも重要だ。

最近では、若年性認知症で療養

中の人が、地域の保育園でペンキ塗り、窓ふき、掃除等で活躍したという例もある。認知症であっても地域で暮らす姿をみせることで疾患へのイメージが変わり、地域住民に早期の受診を促すことにもつながるのではないかと永田氏はみる。

「これまで地域支援とは支援する側にとっての地域で、ご本人にとっての意味が薄かった。大人としてのはいあいや付き合いがあったはずで、病気を理由にそれを閉じてしまうのではなく、これまでどおりの生活を保てるような支援がこれからの時代、不可欠です」(永田氏)。

ケアのあり方は、本人の個性というミクロな視点から、地域へのダイナミックな展開へと幅を広げつつある。

症状こそ診断と治療の基本

認知症の診断には、かかりつけ医レベルでは対応が困難な部分もある。もっとも、診察の要点に差異はなく、治療では避けるべき手段に留意したい。また、決め手の早期発見ではかかりつけ医の役割が決して小さくない。

自らの忘れ外来を 受診する人が増えてきた

弘前大学附属病院でもの忘れ外来を担当する東海林幹夫氏(神経内科教授)によると、最近の外来受診者の傾向には、2つのタイプがみられるという。

「1つは家族とともに来られる場合。これらはほぼ認知症です。もう1つは、自ら認知症ではないかと1人で受診されるもので、軽度認知障害(MCI)やうつの方が多いようです」。

前者は、同じ発言の繰り返しやもの盗られ妄想、火の不始末などすでに症状があり、日常生活に支障をきたしている例がほとんど。後者は、企業をリストラとなった人などがもの忘れや自発性低下などを自覚する場合だ。認知機能検査は標準的なMini-mental State Examination(MMSE)を用いるが、おおむね前者20点、後者25~26点という結果だという(24点未満で認知症の疑い)。いずれにせよ、積極的な受診が増えている印象で、認知症に関するマ

スコミ報道等の増加が影響しているとみられる。

「なかには、仕事ぶりがおかしいと会社から勧められて受診する若い人もいます。よく観察し、話を聞いて他の疾患と鑑別することが重要です」(東海林氏)。

初期診断は一般に、簡易テストとして長谷川式簡易認知評価スケール改訂版(HDS-R)、MMSEがあるが、介護者からの聞き取りによって記憶や見当識などの日常活動を評価するClinical Dementia Rating

(CDR)を行うとよい(図8)。80歳以上の高齢者では認知症でなくても計算ができない場合があり、簡易テストのみで診断はできない。ただ、CDRには1時間程度が必要なため外来時間中の実施は難しく、臨床心理士などに依頼することになる。

日常生活の障害の程度こそが認知症の本質

かかりつけ医が診断する場合、東海林氏は実際にみられる症状を大切に扱うことをすすめる。

「症状によって日常生活がどの程度まで障害されているのかを把握する。それが認知症の本質で、早期にしろ、進行状態にしろ、診断において最も重要なポイントです」

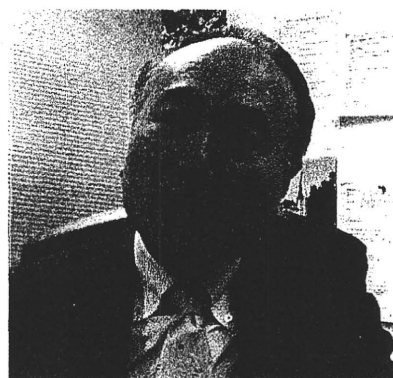
認知症の見きわめ自体は、本人と家族の訴えをよく聞けば比較的容易ともいえる。むしろ、ただちに投薬という手段を避けたい。

通常の血液検査は、甲状腺機能

低下症や肝性脳症などに起因し、原疾患治療で認知症状が治癒可能な例を除外するために軽視できない。大学病院レベルではMRIや脳波検査も診断に用いられる。もっとも、画像診断は病型鑑別に用いられるもので、それによって認知症が確定されるわけではない。

認知症の基礎疾患として最も多いアルツハイマー病(AD)を確定するには、半年から1年の経過観察が必要で、記憶障害だけでなく失語・失行・失認など大脳皮質症状の確認も欠かせない。せん妄との鑑別点は状態が変動することで、急激な発症ならばせん妄を疑ってよい。

AD以外の認知症としては東海林氏の場合、レビー小体型認知症をみる機会が増えている。典型例では意識障害・幻視・ふらつきが組み合わせて現われる。脱抑制を特徴とする前頭側頭型認知症は、実際にはごく稀な疾患で東海林氏もこの20～30年間に50例ほどの経験がある



東海林幹夫

弘前大学大学院医学研究科
脳神経内科学講座 教授

1980年群馬大学医学部卒業。84年群馬大学附属病院助手、90年同講師。91年米国ケースウェスタンリザーブ大学留学。2001年岡山大学神経内科助教授。06年現職。

ただだ。かかりつけ医が、年間を通じて診察する機会はほとんどないはずという。

気をつけたいBPSDへの禁忌

認知症への薬物治療(図9)では、

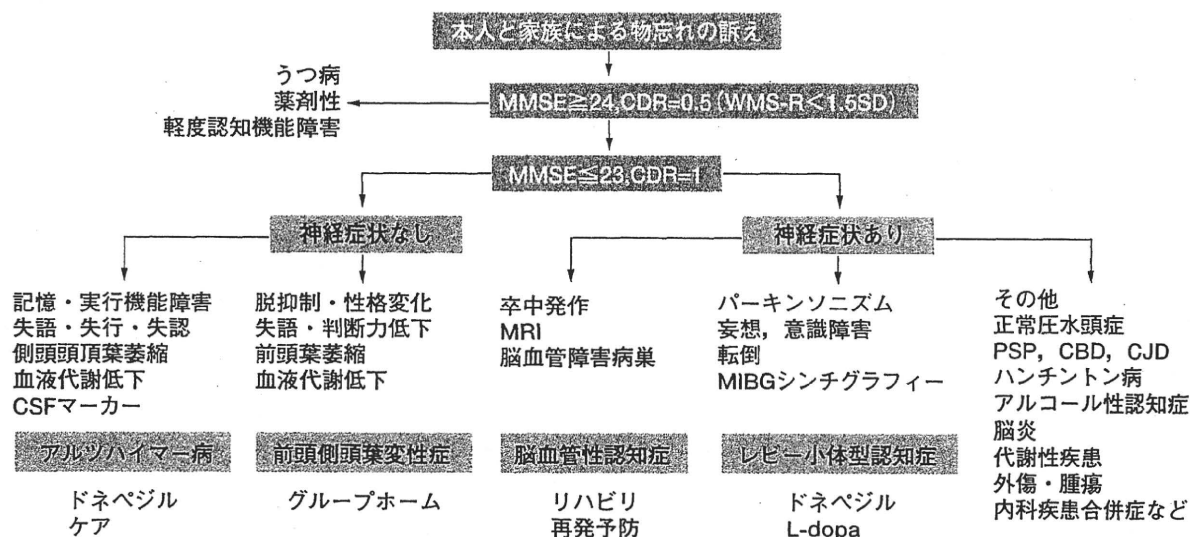


図8 認知症診断の手順とポイント

東海林幹夫：認知症テキストブック、日本認知症学会編、中外医学社、東京、2008。より

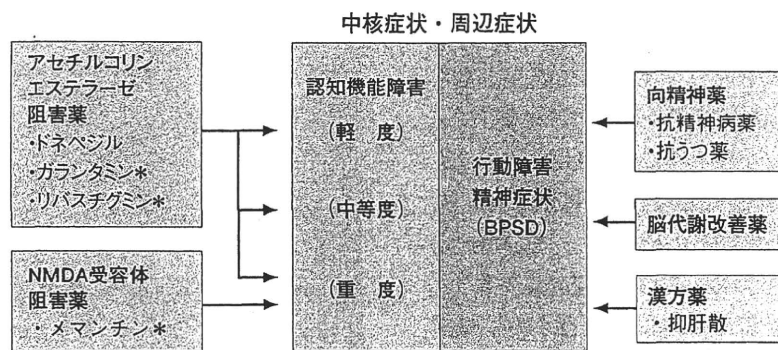


図9 認知症(AD)の薬物療法

*2010年3月現在、申請中

まず対象が高齢者であるという認識が求められる。

「認知症が疑われる人を診察した場合、まず服用している薬を調べます。睡眠薬などの場合、夜間ではなく昼間に効き始め、一見、認知症のようにみえることもあります。薬は、基本的に年齢が進むほど投薬は減らすべきです」(東海林氏)。

ドネペジルは3mgから徐々に始め、こまめに増減する。80歳以上ならば5mg継続でなくとも3mgで良好な場合もある。若年で症状が重度ならば10mgの適応とし、興奮が現われた時は減量する。

BPSDの薬物療法は、妄想、徘徊、興奮といった活動性が高まっている状態を対象とする。非定型抗精神病薬は、リスペリドン、オランザピン、クエチアピンなどで有効性が報告されているが、米国からの死亡率上昇の警告についてはよく説明しなければならない。

「この系統はすべて副作用が強い。ため、増減しつつ血液もチェックして短期間に用いるようにします。過鎮静と高血糖は要注意です」(東海林氏)。

抑肝散は、マイルドな鎮静効果が得られる点で用いやすく、BPSDに使われる率が高まっている。高齢者ならば7.5g/日でなくとも2.5gずつ朝夜投与でもよい。

「ただ、低カリウム血症の副作用があるため、そのチェックは必要です。さらに抗認知症薬ではないので漫然と使わないことも大切。あくまでBPSDの鎮静が目的ということです」(東海林氏)。

過鎮静はなくドネペジルとの併用も可能だが、BPSD出現時に的確に用いたほうが効果は高いという。

BPSDの治療法にも選択肢はあるが、東海林氏が最も強調したいのは「BPSDの興奮・妄想・徘徊にはマイナートランキライザーと眠剤は絶対禁忌」ということだ。安易に用いるとかえって記憶力を落としてしまうことになる。

新薬の動向と「早期発見」の手掛かり

抗認知症薬の動向としては、海外ではドネペジルとともに標準治療薬として使われているガラントミン、リバスチグミン貼付剤、メマンチンが、

2010年2月から3月にかけて相次いで国内申請された。

ガラントミン、リバスチグミンはいずれもドネペジルと同様にアセチルコリンエステラーゼ阻害薬に分類され、ADの進行に関与するアセチルコリンの分解を遅らせる。メマンチンはNMDA受容体阻害薬で、同受容体の過剰興奮による脳の神経細胞死を防ぐ。

「メマンチンは効果が長く維持できるため、欧州・米国と同様にアセチルコリンエステラーゼ阻害薬との併用が進むのではないのでしょうか。その他、開発中の新薬についてはあまり芳しい進展はみられていません」(東海林氏)。

BPSDでも明確なエビデンスを持つ薬剤はなく、認知症とBPSDの治療は当面、本人の状態をよく観察し、こまめな対応が求められることになりそうだ。家族教育の充実やグループホームの活用などさまざまな工夫が必要となる。

「30年前は内科・外科病棟とも患者さんの主な年齢層は50代が多かった。いまは70～80代で、そのうち1～3割は認知症です。かかりつけ医の診療現場でも80歳の3割、90歳では5割を占めます」(東海林氏)。

つまり、日本の医師は診療科の別なく認知症患者と触れあっている。患者のかなりの部分が程度の差はあれ認知症だという事実を目を向けたいと東海林氏は言う。認知症対策の究極の手法ともいえる早期発見は、目の前にいる患者のわずかな変化に気づくことから始まるのかもしれない。

急性期入院料や外来医療を評価

2010年度の診療報酬改定では、認知症医療について、より急性期の入院料が引き上げられ、また認知症治療病棟退院調整加算など3項目が新設された。これら認知症医療に対する評価について、病院経営者の立場から大垣病院の田口真源先生に聞いた。

認知症疾患医療センター が要に

2010年度の診療報酬改定では、認知症医療が一段と評価された(図10)。認知症病棟入院料が見直され、より急性期の医療に高い保険点数が設けられた。認知症に対する入院治療は、中核症状はもとより周辺症状(BPSD)や身体合併症への対応が重要であり、これらに手厚い対応ができる認知症病棟の役割は大きい。

ただし、重症の認知症患者が来院する現状においては、短期入院で治療を終えることは難しく、入院が長期に及ぶケースも多い。

重症患者については入院段階で退院後の受け入れ先を探すものの、なかなか見つからない状況にある。症状が重症化してからでは患者家族はもちろんのこと、医療機関、福祉施設にとっても難しい対応を迫られることになる。

このため精神科としては認知症初期の段階から治療に関わる必要性を痛感している。認知症は症状の進行度合いや身体合併症などの状況に応じて、精神科医療、一般科医療、日常生活介護などが弾力的に双方向で連携する必要がある(図11)が、大切なのは患者を初期から一貫して診ていくことであ

る。

国の施策ではこの点について、認知症疾患医療センターが専門医療相談、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・周辺症状への急性期対応など、初期段階からの一貫した対応により、地域で中核的な役割を果たすことになっている。

今回の診療報酬改定では、認知症外来医療が評価され、新たに認知症専門診断管理料500点(1人1回につき)が設けられた。算定要件は認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った

1-2 認知症医療の推進について

●認知症医療の推進について

1. 認知症病棟入院料の見直し

現行	改定案
【認知症病棟入院料1】(1日につき)	【認知症治療病棟入院料1】(1日につき)
イ. 90日以内の期間 1,330点	イ. 60日以内の期間 1,450点
ロ. 91日以上期間 1,180点	ロ. 61日以上期間 1,180点
【認知症病棟入院料2】(1日につき)	【認知症治療病棟入院料2】(1日につき)
イ. 90日以内の期間 1,070点	イ. 60日以内の期間 1,070点
ロ. 91日以上期間 1,020点	ロ. 61日以上期間 970点

●新設

認知症治療病棟退院調整加算 100点(退院時1回)

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

2. 認知症外来医療の評価

●新設

認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

●新設

認知症専門医療機関連携加算 50点(月1回)

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

中央社会保険医療協議会総会の資料をもとに編集部作成

図10 2010年度診療報酬改定における認知症医療の評価

場合としている。

しかし、現在、同センターは全国に50施設程度しか整備されておらず、また偏在しているのが現状である。認知症患者は年々増加傾向にあり、同センターは2次医療圏に1カ所整備することが望ましいと考えている。

精神科は患者やその家族から敷居が高いとみられているが、同センターの設置により認知症に関する相談がしやすくなることが予想され、認知症の重症化を防ぐためにも同センターの早期整備が求められる。

専門医と一般医の連携加速を期待

また、新設項目として認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)も設けられた。算定要件は外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算するとしている。この項目も

認知症患者を地域全体で診ることの重要性を示しており、認知症専門医と一般医との間で連携が進むことが期待される。

ただし、専門医には神経内科医、精神科医等が並列で含まれているが、神経内科医は診断医、精神科医は治療医という側面を持っているため、その役割を明確にすべきである。もちろん、神経内科医と精神科医が連携することが重要である。

新設項目としては、認知症治療病棟退院調整加算も設けられ、退院時1回100点という保険点数が算定できるようになった。算定要件は専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していることが明記されている。

だが、これらスタッフの退院調整に関わる労力は、先述の理由から相当なものであり、より一層の評価が求められる。

今回の診療報酬改定で認知症医療に光が当たったことは評価でき、認知症患者医療センターが十分に整備され機能すれば、認知症初期



田口 真源

医療法人静風会大垣病院 院長

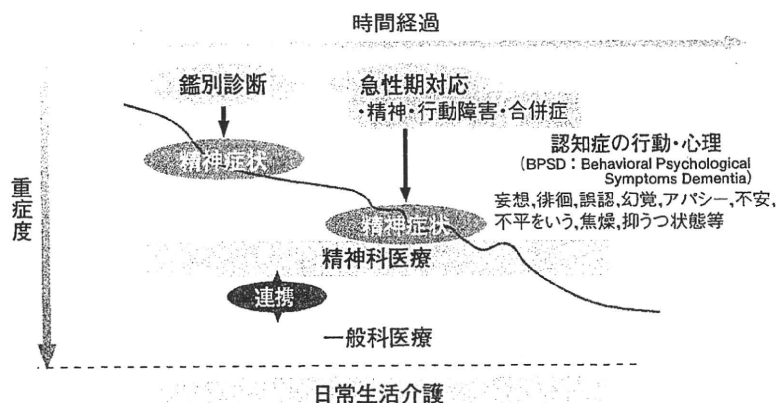
1956年生まれ。81年金沢医大卒。91年金沢医科大学医学部神経精神医学教室講師。94年大垣病院院長。岐阜県精神科病院協会副会長。日本精神科協会高齢者対策・介護保険委員(4月より委員長)。日本精神神経学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本睡眠学会認定医、医学博士。

治療のケースが増加し、ひいては患者の早期退院、早期社会復帰が実現可能になる。

精神科にはBPSD等により、家族関係が最悪の状態となって初めて来院する患者が多い。また、福祉施設でも対人関係が崩壊して最後に精神科に患者を紹介するケースが多々あるのが実情である。

わが国の認知症医療体制が現状のままで推移すれば、行き場を失った患者が“認知症難民”となり、社会的にもこれまで以上に大きな問題となるだろう。

こうした状況に陥らないためにも、認知症患者医療センターが患者・家族と地域の専門医療機関、一般医療機関、大学病院、福祉施設等の橋渡しを行い、地域全体で診療できる体制を構築することが喫緊の課題である。



中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の資料をもとに編集部作成

図11 認知症の経過と医療の必要性

11. 社会的・制度的支援と家族介護

1) 介護保険*

● 遠藤英俊** / 三浦久幸**

Key Words : care insurance, nursing-care, *Nin-Nin Kaigo*, prevention of elder abuse

キーセンテンス

- ・認知症家族支援プログラムなどを通じて家族介護を支援することができる。
- ・老老介護や認認介護が大きな問題となっている。
- ・認知症の正しい理解をすすめる、高齢者虐待の防止が重要である。
- ・若年性認知症に関するコールセンターが設置された。

はじめに

認知症診療において、家族介護は個別性が高いとはいえ、精神的・身体的介護負担があり、社会的支援・制度的な支援がないと困難な場合が多い。認知症診療において制度を熟知することが必要であり、適宜アドバイスすることが認知症のマネジメントにおいて重要であろう¹⁾。また高齢者の介護は近年、核家族化や女性の社会進出の影響で、配偶者による老老介護やさらに認認介護が顕著になってきている。現状で最後まで自宅で介護することはますます困難になってきている。その点でも介護保険制度による介護支援は重要である。一方、いかに家庭介護を支援して一日でも長く在宅療養を継続させるか

が重要なポイントであり、在宅療養の支援、すなわち家庭介護の支援が重要な行動である。本章では社会的・制度的支援と家庭介護のあり方と今後の動向について概説する。

社会的・制度的支援

日本が高齢化社会から超高齢社会に急速に変化し、要介護高齢者の増加に伴い、高齢者の介護問題が家庭でも社会的にも負担になり始め、制度として介護保険を創設する必然性があった。また一方、制度家族の人数が減少し、家庭で介護をする環境が困難となり、介護を提供する制度が経済的にも現状でも介護保険が必要となった。介護保険制度は、このように介護問題を国として解決する一つの手段として創設された。これまでに福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、福祉を措置制度から契約制度へと大きく転換した。また、主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。また、介護事業者の参入が自由化され、民間活用がねらいの一つとなった。こうした背景の上で、介護保険法は2000年4月に施行され、2006年4月に改正された。介護の社会化や、自立支援、サービスの民間化などを目的に介護保険が創設された。改正においては、主な内容としては、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われた。

* 11. Social support system and nursing care. 1) Care insurance.

** Hidetoshi ENDO, M.D. & Hisayuki MIURA, M.D.: 国立長寿医療センター病院包括診療部(☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3) ; Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi 474-8511, Japan.

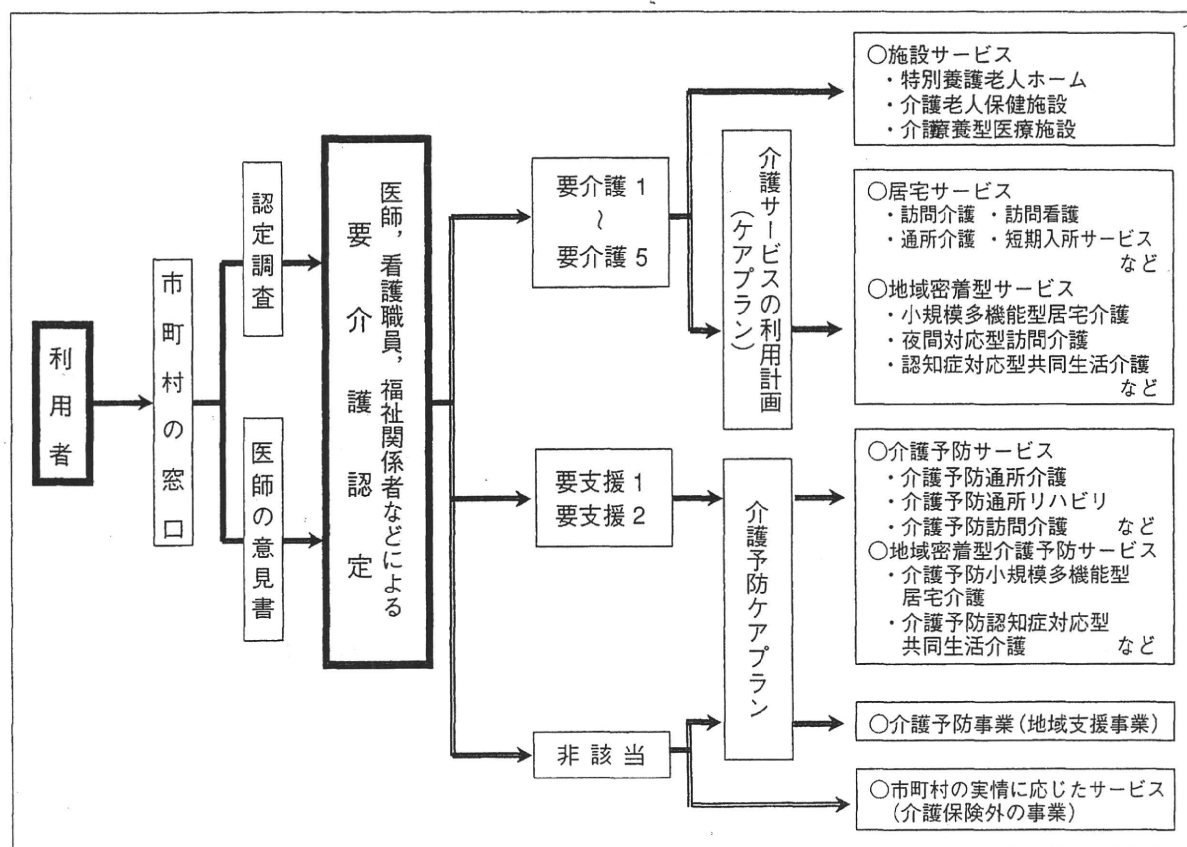


図1 サービス利用の手続きと内容

また、地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防、虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割をもつ拠点が全国的に整備された。とりわけ地域において認知症の介護予防サービスはエビデンスがさらに必要ではあるが、今後期待できるサービスである。一方、施設においてはユニットケア化、小規模多機能居宅サービスの拡充が図られようとしている。

社会的・制度的支援の要は介護保険であり、介護サービスの利用の際には、保険者である市町村に申請を行う。始めの手続きとしては認定調査を受け、主治医意見書が必要となる。その結果を受け、各地域の介護認定審査会で検討される。その後市町村長の名前で認定が通知される。新しいサービス利用の手続きと内容を図1に示した。2006年4月からはこれまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに加え、介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、在宅介護を継続したり施設を利用することになる。この点では日本

における介護は量的にサービスが充実したことはいうまでもない。今後は介護は質的な向上をめざす必要がある。

また介護保険では、さらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。障害をもつ人に対してアセスメントを行い²⁾、ケアプランを立案した後介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為をケアマネジメントという。ケアマネジメントが介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

さらに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包括ケアの進展であり、地域の資源に応じたサービスの提供をめざしており、メインは小規模多機能居宅介護の設置である。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、医師はとく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³⁾。こうしたサービスは「生活圏域」単位のサービス基盤の整

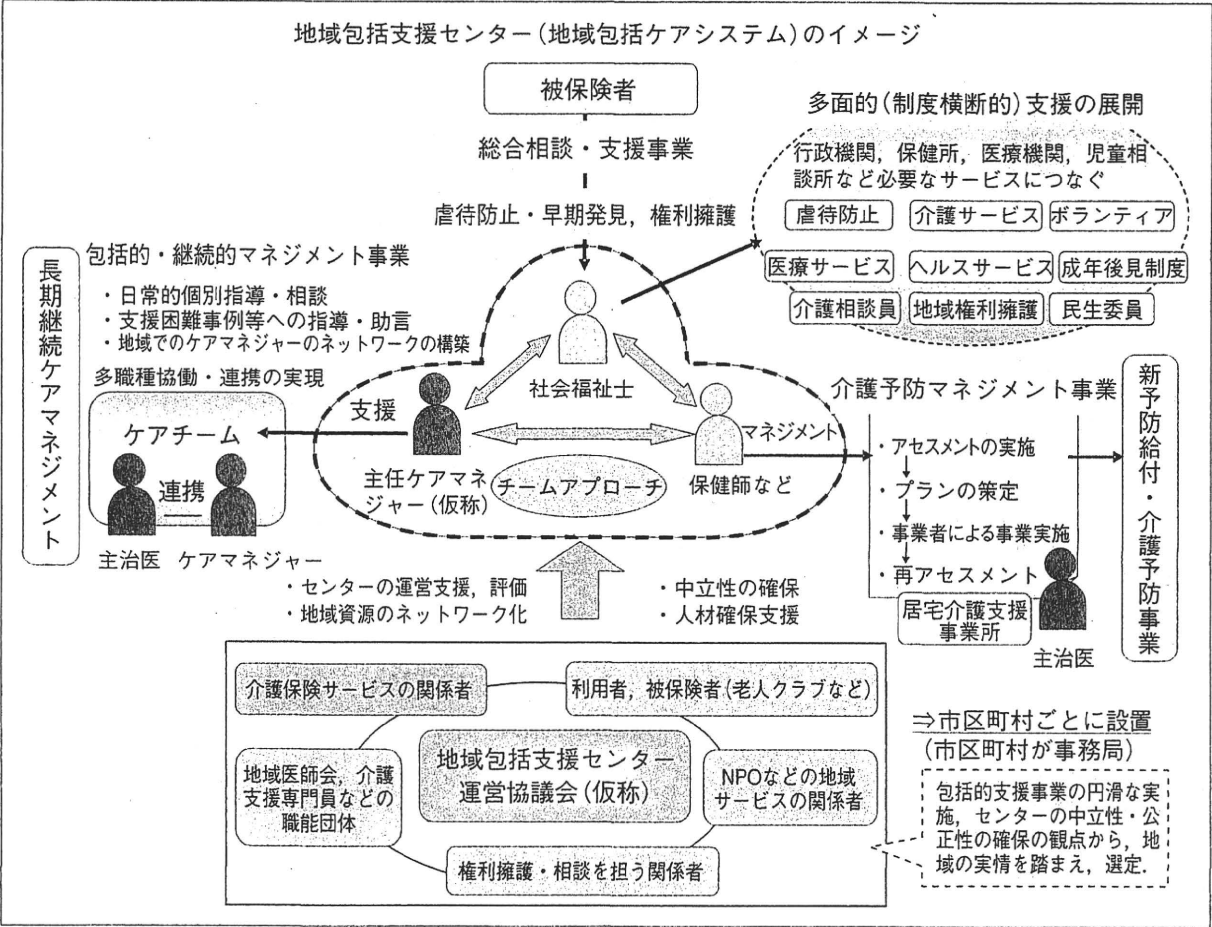


図2 地域包括支援センター

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いる。

改正介護保険の目玉は全国3,800箇所に及ぶ地域包括支援センターの開設である。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創設されている。専門職種として社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの保健医療福祉に携わる専門職種を必置とされている。認知症や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的に対象となる。図2に地域包括支援センターを図示し、表1にその機能をまとめた。認知症対策に対しても地域包括支援センターは利用される。介護予防や相談支援、さらに高齢者虐待防止がその役割である。さらに地域包括支援センターは高齢者虐待の通報受理機関である。高齢者虐待の8割

表1 地域包括支援センターの4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 |
| ④権利擁護 |

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。そういう背景から高齢者虐待防止・養護者支援法が成立した。とくにこの法律では介護者支援に配慮する必要を示した。医師はとくに身体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ある。生命にかかわる高齢者虐待は通報義務がある。

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村

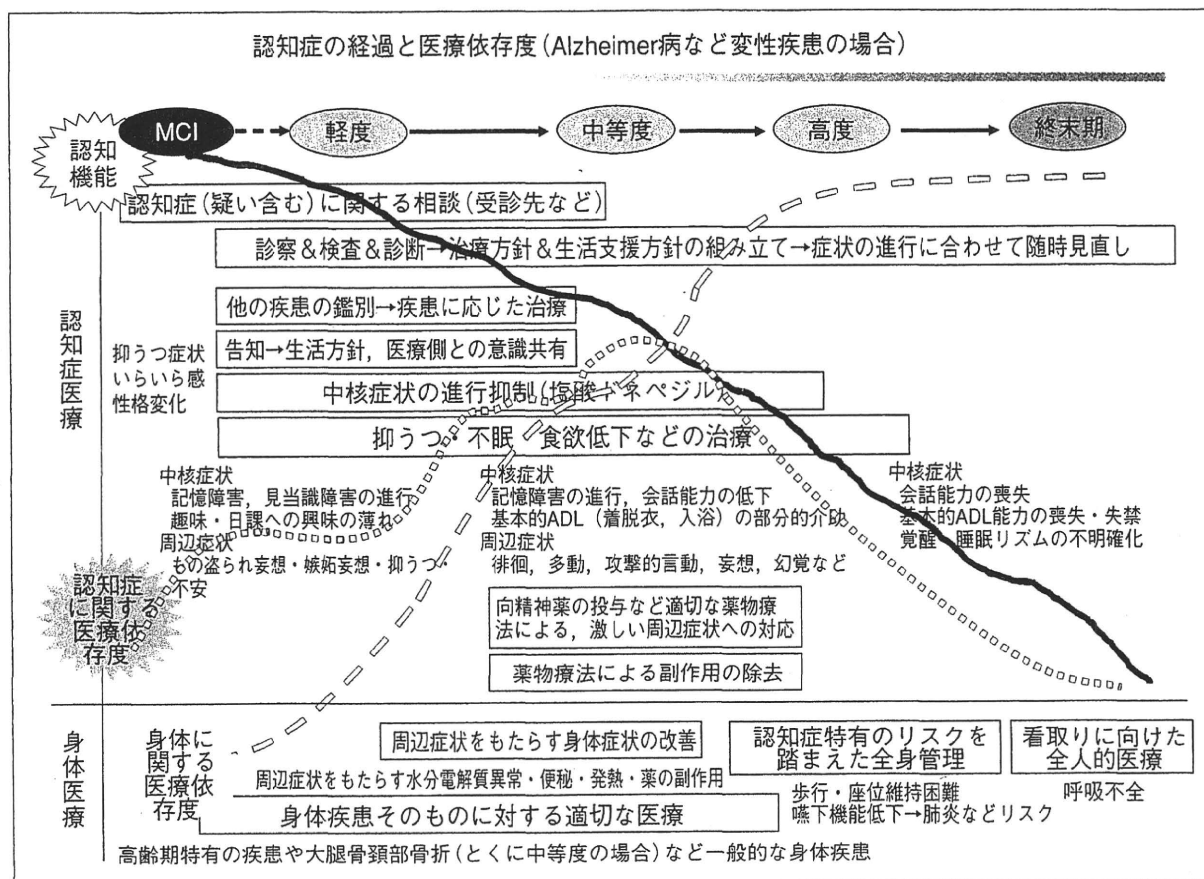


図3 認知症の経過と医療依存度(東京都福祉保健局編資料を一部改変)

の指定、監督を行うサービスが位置づけられた。とくに小規模多機能居宅介護サービスは在宅を一日でも長く在宅をつづけ、リロケーションダメージを回避することで、新しい形のサービスといえる。認知症をもつ人にとって有用な地域の認知症や独居高齢者対策サービスとして期待される。その後有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者賃貸住宅等の住居の拡充が予想される。さらにサービスの観点からはインフォーマルケアの役割は今後ますます大きくなるであろう。

家庭介護

家庭介護を支援するためには、家庭介護の限界があることを知りつつ、介護の知識をもってもらうことが重要であり、そのために家族教育が必要である⁴⁾。たとえば、認知症の家族支援プログラムなどがそれである。介護サービスの利用の仕方を知り、病気の知識をもつことが重要である。そして、介護の実践の中での仲間作りが重要であり、

いつでも相談できる場所をもつことが求められる。その後、実際に介護の利用の仕方を知り、相談窓口としての地域包括支援センターへの相談することを知ることが原点となる。

家庭介護におけるステージアプローチ

ここでは家庭介護の中でもとりわけ認知症の介護について総括する。医師としては認知症の進行にあわせて、医療対応をベースにケアや対応に関する指導が必要となる。認知症のステージ別の家庭介護について、時期にあわせて必要な支援をまとめる。図3に認知症の経過と医療依存度について示した。この図を踏まえて適切な時期に適切な診療やアドバイスを行うことが求められる。

1. 早期認知症介護

認知症の告知を受けたのちのショックを家庭でどう受けとめるか、どう受けとめられるかが重大な課題である。早期から地域密着型サービスや地域包括支援センターが認知症の人と家族を支えることができれば診断後に混乱すること

なく、病気の受容が可能となる。また、地域の家族会の支援も精神的な支援が可能となり重要な意味をもつ。また、仕事をもっていたり、子供が小さいなど、さまざまな課題がある場合もあり、コールセンターなどで地域の情報が入手できればより心強い。

2. 初期認知症介護

初期から介護サービスの利用が重要な意義がある。地域での情報があり、早期からデイサービスやショートステイなどのレスパイトケアを利用することが重要である。そのためには介護保険の利用がポイントとなる。申請をし、要介護認定を受けることが第一歩となる。この時期には薬物療法も重要であるが、とくに病気の悪化の予防のための取り組みが重要となる。

3. 中期認知症介護

この時期はBPSDがしやすい時期でもあり、ケアマネジャーと相談して、よりよいケアプランを立案し、サービスを効率的に利用することである。とくに認知症のセンター方式などの利用が有効である。可能な限り在宅療養を続けるようなサービスの利用が重要となる。

4. 重度認知症介護

認知症の末期はさまざまな形がある。転倒、骨折がきっかけとなり、寝たきりになりやすい。この時期になると在宅サービスでは訪問看護の利用なども行われる。また、介護負担から施設利用も増加する時期である。さまざまな施設形態があり、症状や本人にあわせた適切な施設を選択する必要がある。

5. 終末期認知症介護

認知症が長期になると嚥下障害が出て、肺炎を起こしやすくなる。終末期には経管栄養などを行うかどうか問題となる。また、人工呼吸器を装着するかなども大きな課題であり、可能な限り早期に本人のふだんからの意向を聞いておくことが重要である。

その他の認知症介護

1. 男性介護者について

最近では核家族化し、認知症の家庭介護においても高齢の配偶者が行うことも増加しており、

老老介護や認知介護も問題がよく報告されるようになってきている。なかでも男性介護者は慣れない家事などをはじめ、身体的・精神的な負担があるため、過大も山積している。介護サービスを利用するなどして高齢者虐待に至らないような支援が必要である。

2. 若年性認知症対策について

若年性認知症の家庭内の課題は高齢者の場合とは異なる面もあり、経済的・生活の問題や仕事の問題など特別な対応が必要な場合もある。厚生労働省も2008年の緊急プロジェクトを踏まえ、認知症対策を重点課題として、2009年10月からはコールセンターを設置した。これにより家庭介護の課題も電話で相談できる体制が開始された。

3. 高齢者虐待について

介護負担が昂じた場合や、経済的な問題があると家庭内の虐待が起こる場合がある。高齢者虐待の被害者のうち6割から8割に認知症があるとの報告もある。家庭介護の限界を知りつつ、支援することで高齢者虐待数を減少させたいと考えている。まずは誰しもが認知症の理解を深め、自分のこととして介護や生活を考える必要がある。

おわりに

本稿では介護保険制度を踏まえて、家族や要介護高齢者に対して必要な社会的・制度的な支援と家庭介護について、総括した。また、新しいケアの形としての地域包括ケアやインフォーマルケアの促進こそが重要となることを概説した。今後のケアの発展に期待したい。

文 献

- 1) 中村重信・編著。痴呆疾患の治療ガイドライン。東京：ワールドプランニング；2003。
- 2) 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。東京：認知症介護研究・研修東京センター；2005。
- 3) 遠藤英俊。痴呆性高齢者のクリティカルパス。愛知：日総研；2004。
- 4) 遠藤英俊。認知症・アルツハイマー病のよくわかる本。東京：主婦の友社；2008。

2. 音楽療法

遠藤 英俊*

田代真耶子*

佐竹 昭介*

三浦 久幸*

洪 英在*

近藤 真由**

- 音楽療法とは心身の障害の軽減回復、機能の維持改善、生活の質の向上を目的に意図的、計画的に音楽を治療として用いることである。
- 音楽療法は受動的音楽療法と能動的音楽療法との2つに分けられる。
- 音楽療法の実践においては認定音楽療法士も存在し、全国的にもさまざまな取り組みがなされている。
- 認知症に対して能動的音楽療法によるエビデンスを示していく必要がある。

Key Words

認知症、受動的音楽療法、能動的音楽療法、認定音楽療法士、fNIRS

音楽療法とは音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の軽減回復、機能の維持改善、生活の質の向上、問題となる行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用することである。したがって認知症に対しても、治療上の効果を期待して行うこととなる。たとえ認知機能は改善せずとも、QOLの向上に繋がるなど、何らかの効果を示す根拠が必要である。音楽療法の実践においては認定音楽療法士も存在し、さまざまな取り組みがなされており、少なくとも認知症に対して能動的音楽療法による効果を示していく必要がある。これまでに当センターでは認知症高齢者に対して外来や病棟での音楽療法の長年の経験をもっている。さらに我々のグループでは音楽療法の実践と、脳血流を測定することで、音楽の持つ生理的かつ客観的評価をめざしている。本稿ではその現状と課題について総括する。

□ 音楽療法とは？

日本音楽療法学会による定義によれば、音楽療法とは「音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の軽減回復、機能の維持改善、生活の質の向上、問題となる行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」とされている。

音楽療法の歴史は古く、古来より音楽は人々の

心身を癒す目的で用いられてきた。旧約聖書には、ユダヤの王サウルのこのころの病を治すために、羊飼いのダビデが竖琴を弾いて治療したと記されている。音楽は人々の暮らしや宗教と深く結びつき現在に至っており、音楽によってところが鎮められたり、逆に鼓舞されたりするなどの効果があることを、人々は皆、経験的に知っていた。その後、第1次世界大戦で負傷した兵士に対する心身のケアに音楽療法が用いられ、アメリカ、ヨーロッパを中心に発展した。第2次世界大戦後、アメリカでは大学の教育プログラムの1つに音楽療法コースが設立されたが、日本でもアメリカの論文に影響を受けた櫻林仁が1962年、『生活と音楽』を記し、この頃からわが国においての音楽療法は始まった。当初は障害児教育の分野で行われていたが、現代では精神科、高齢者、健常者など医療、福祉、教育の領域に活動の場を拡げている。

このように、音楽療法の対象領域が幅広いのは、音楽には多種多様なジャンル、楽曲があり、あらゆる年代のさまざまな好みや気分などのニーズに応えることができるため、幅広い対象者に、あらゆる目的に応じた音楽療法の提供が可能であるからである。

音楽療法は、その実施形態から大別すると、受動的音楽療法と能動的音楽療法との2つに分けられる。前者は、音楽を受動的に聴取することで治

*国立長寿医療研究センター

**東海大学

療効果を得ようとするもの、後者は対象者自身が歌ったり楽器を演奏したりすることで効果を得ようとするものであるが、それぞれ対象者、その目的に応じて使い分けられ、実施されている。

しかし、音楽療法で得られる効果は主観的には感じられるものであっても、客観的指標によってデータで示すことが難しいために、医療の代替、補助療法としては正規の立場を得られていないのが現状である。

□ わが国における音楽療法の現状と今後

1960年代以降、日本でも障害児、精神科、高齢者施設などの各領域で音楽療法が取り入れられるようになり、当初は臨床音楽療法協会とバイオミュージック学会とが、2001年に統合される形で日本音楽療法学会が設立され、現在では全国で6,000人を超える会員を擁する団体である。現在日本には、その日本音楽療法学会の認定音楽療法士が1,631名（2009年6月現在）いる。しかし、その多くは正職員という正規の立場を得られず、非常勤であったり、もしくは別の資格を有して（たとえば介護職員として）勤務するかたわらで音楽療法を行っていたり、ボランティアで行っているなど非常に不安定な立場にあり、専門職として認められていないのが現状である。現在、日本音楽療法学会は音楽療法士の国家資格化、音楽療法の保険点数化などを働きかけているが、今後、音楽療法が医療の代替、補助療法として認められるためには、客観的指標によって効果を証明し、そのデータを積み重ねていくこと、また音楽療法がどこでも同じレベルの療法が受けられるよう教育を充実させ、音楽療法士の質を向上、安定させることが必須である。

□ 音楽療法が認知症患者に貢献できること

客観的指標を用いて音楽療法の有効性を検討した研究のうち、とくに認知症領域での効果の証明に関与すると思われる研究の一例を報告する。

はじめに、前頭前野の賦活化に音楽聴取が貢献できることを示したデータの1例を示す（図1）。このデータは、日立メディコ社製光トポグラフィ（ETG-100）を用い、健常成人15名に対し

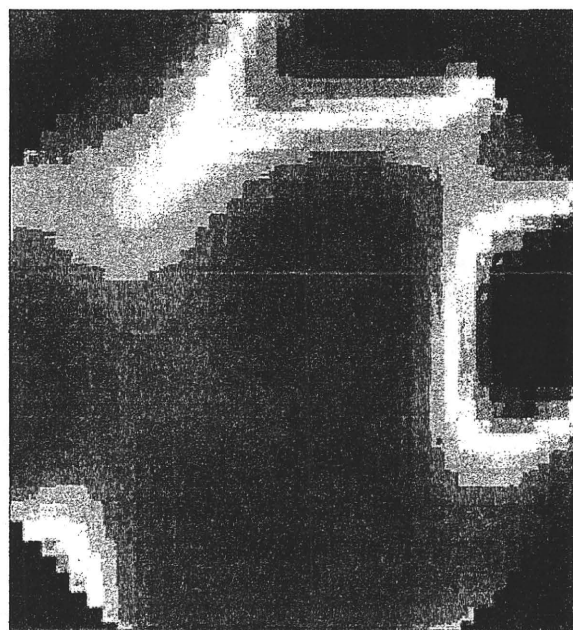


図1 タスクB（能動的）聴取時の前頭前野賦活化の一例

で行ったものである。タスクとして使用したのは、J.S. バッハ作曲 平均律クラヴィーア曲集第1巻 第1番ハ長調プレリュードの冒頭1分間であり、聴取A（受動的聴取）と聴取B（能動的聴取）をABABAの順に交互に聴取するブロックデザインで行った際の、前頭前野の賦活状態を捉えたものである。すなわち、被験者は同一の曲を、聴取AではBGMのように受け身に聴き流し、聴取Bでは楽曲に集中し、積極的、能動的に聴取するよう指示した。したがって、同一の曲を聴取する際に、AとBとでは聴取する態度のみを意図的に替えるという複雑なものであったため、その指示が正確に行える健常成人15名に対し行った。

図1は、受動的に聴き流した聴取Aより、能動的に聴取したBで賦活した部位が赤色で示されている。このように、タスクBでより前頭前野が賦活していることを示している。つまり、耳から入ってくる聴覚情報は全く同一の音楽でありながら、意図的に聴取する心構え、態度を替えるだけで、前頭前野の賦活状態は変化するということを示したデータである。この傾向は移動の差はあれ15例全例でみられ、統計的にも有意であった²⁾。

音楽を受動的に聴取することは、どんな状態であっても（ベッド上安静であっても、電車で通勤

中でも) 手軽に用いられる音楽療法の1つの形である。しかし、ただBGMとして聴き流した場合と、積極的に能動的に聴取した場合では、このように前頭前野の血流状態に違いが生じることが示された。このことから、認知症予防や、認知機能の改善に音楽療法を用いる場合、前頭前野を賦活させることが重要であるため、いかに音楽療法に能動的に、やる気を持って取り組むかがその効果を左右するといえる。

次に、認知症患者の意欲、積極性に関与する事例を紹介する。認知症患者の前頭前野を測定した1例である。この研究は、島津製作所製fNIRS(近赤外線分光法)を用い、認知症患者がMMSEを行っている際の前頭前野を計測したものである。すなわち言葉に詰まるような、ご本人にとってわからないことを答えているときと、ご本人にとって答えやすい、すらすら解答が出てくるようなときとを比較したところ、後者のほうが脳局所の血流が増加した。このように、本人にとって得意なことを話すような状況であれば、話そうとする意欲が高まる。当然のことながら、発話が増え、発話が増えれば前頭前野は賦活するということを示している。これらの結果から、たとえ認知症症状があっても、一生懸命、何かに能動的に取り組めば、前頭前野は賦活されるということが示された。しかしそのためには、本人の好きなことや得意なことで、やる気が出るよう、意欲的に取り組めるようにすることが必要といえる。つまり、音楽療法の効果を高めたかったら、対象者の好みをきちんと把握して、好み、気分合うもの、意欲的に取り組めるものを提供することが大切であるといえるのではないか。そのことが、音楽療法の効果をより高めるための留意点である。

□ 音楽療法の認知症領域での発展性

超高齢化社会に突入しようとしている日本で、平成22年現在の高齢化率は22.5%と、実に人口の4人に1人が65歳以上の高齢者になろうとしている。また、日本人の平均寿命が延び、高齢化社会が進むなか、65歳以上の高齢者のうち8.1%が認知症を有し、85歳以上では27.3%に上るといふ。

高齢者の方々には、ただ長生きするのではなく、健康に心豊かに暮らせる老後が求められる。したがって、認知症の発症を少しでも遅らせること、認知症を発症せずに天寿を全うできる人を増やすこと、すなわち認知症の予防、進展抑制が大切であり、音楽療法はその一部に貢献できると考える。

音楽療法には、回想法と類似の効果があるといわれているが³⁾、見当識が失われていくなか、断片的な記憶の世界で生きる認知症患者にとって、昔懐かしい音楽は、過去と今の自分とがつながる時間ということができ、これが回想法と同様の効果を与えると考えられる。また、音楽を用いた回想法では、よりポジティブな回想を促すなどの効果もあるといわれている⁴⁾。

また、音楽を用いることで活動性が向上したり、身体運動を誘発するなど脳にも好ましい刺激となり、認知機能が向上したり、残存機能を最大限に高めたり、精神的安定を促したり、ひいては高齢者のQOLを向上することにつながるなどの効果も得られる。このような、音楽が脳や心身に与える物理的な刺激や、療法の場で患者とセラピストが交わす温かな時間、精神的充足、それら両面が脳の可塑性をも促進し、脳内のネットワークを再度、構築、強化し、認知機能を向上させることにつながると思われる。このように、音楽療法は認知症患者にさまざまな効果をもたらすことから、高齢者領域での音楽療法の導入は今後さらに増加するのではないだろうか。しかし、個々にスポットをあてた療法としてではなく、ただ単に大勢の人を楽しませることを目的とした音楽レクリエーションのようなところも多い。もちろん、レクリエーション自体を否定するつもりは全くないが、やはり療法として行うのであれば、セラピストが専門性を活かし、きちんとした目的を持ち、個々の患者の嗜好に合わせた音楽療法の提供が重要である。

まとめ

高齢化社会の現代、今後ますます認知症患者の増加が想定されるわが国で、寝たきりではなく元気に生き生きと暮らせることが求められる。高齢者を対象とした音楽療法では、機能の維持および

改善、活動性の向上、認知症予防、認知症の進行を遅らせる、QOLの向上などが期待される。

音楽療法で認知症そのものを改善することは難しい。しかし、認知症の中核症状である認知障害、記憶障害、見当識障害などは、患者の心理状態や身体的状況によって左右されることから、それらの症状に音楽療法が貢献できることは少なくない。また、認知症の進行を遅らせたり、認知症予防に必要な前頭前野の賦活化は、音楽を用いたアプローチであれば、より活動性を高めたり、楽しんで行うことができるなどトレーニングが容易となる。たとえば、ある言葉のみを抜いて歌うトレーニングでは、注意、集中を促し、認知機能の向上を目的とした活動となり、季節に合った歌を歌うトレーニングでは、見当識強化、そしてそこから回想法のような展開にもつながる。

こういった脳に刺激となるようなトレーニングも、音楽療法であれば楽しんで取り組み、さらに意欲的に取り組みれば前頭前野も賦活化すると、認知症患者に音楽療法を用いる利点は数多い。認知症そのものの改善には至らなくても、対象者が健康に、心豊かに、その人がその人らしく、周囲との関係も良好に天寿を全うする……、そこに音楽療法が貢献できることは少なくない。

文 献

- 1) 渡辺恭子：老年期認知症患者を対象とした音楽療法に関する研究。風間書房、東京、2008
- 2) 近藤真由、灰田宗孝、村上 優、他：音楽療法の新しい客観的指標の探索—聴取状況による違い：受動的音楽聴取と能動的音楽聴取。日本音楽療法学会誌 7 (2) : 138-144, 2007

こうして乗り切る、切り抜ける 認知症ケア 家族とプロの介護者による究極の知恵袋

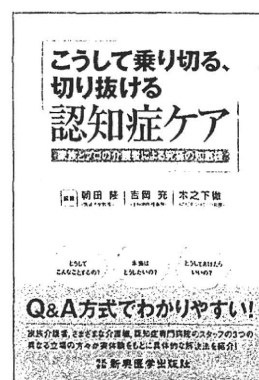
編著：朝田 隆(筑波大学教授)
吉岡 充(上川病院理事長)
木之下徹(こだまクリニック院長)

本邦認知症 BPSD の第 1 人者が、実際に現場で日々なされている創意工夫をあますことなく紹介。知っているだけでラクになる知識が満載です。ドクターもケアスタッフも、家族もみんなで読んで下さい。

認知症ケアの現場でよく起こる「困った」「キレそう」な場面を厳選。介護に携わる人々による多方面からの視点を元に練られた、具体的にで現実に役立つ対応策を Q&A で紹介。

主 要 目 次

在宅の認知症の人への対応／介護スタッフ・関連職域の人たちの疑問や悩み／
病院・施設での認知症対応／起こりがちな病気と障害／用語解説



A5判 204頁
定価1,785円
(本体1,700円+税5%)
ISBN978-4-88002-809-5



株式会社 新興医学出版社
〒113-0033 東京都文京区本郷6-26-8

TEL. 03-3816-2853 FAX. 03-3816-2895
<http://www.shinkoh-igaku.jp>
e-mail: info@shinkoh-igaku.jp

若年性認知症のための施策

遠藤 英俊* 佐竹 昭介* 三浦 久幸*

抄録：若年性認知症に対する理解の促進や早期診断，医療，介護の充実はもとより，雇用継続や就労の支援，障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行うことが喫緊の課題となっている。国は介護保険導入時に「初老期認知症」が特定疾病の一つとして介護保険サービスの利用が可能とした。また2008年厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において，今後の認知症対策をさらに効果的に推進し，「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことを目標とした。特に若年性認知症施策は重点化され，短期的にはコールセンターの設置，連携担当者によるオーダーメイドの支援を行うこと，就労支援ネットワークの構築，ケアのモデル事業の実施，国民に対する広報啓発，中長期的には介護サービスの評価，就労継続に関する研究が重点対策として，取り上げられた。精神科治療学 25(10) ; 1359-1362, 2010

Key words : juvenile dementia, long term care insurance, emergency project of health policy for dementia in Japan

I. はじめに

若年性認知症は，その絶対数の少ないこともあり，以前は積極的な国の施策による支援はほとんどなく，施策の対象となっていなかった。最近になり若年性認知症の本人の声が直接厚生労働大臣に届いたという経緯もあり，また厚生労働省においてもその社会的重要性に鑑み，若年性認知症に特化した施策がなされるようになってきている。その点では施策立案において，最近になりその対策に前進があったが，依然として十分ではないこ

とは明らかである。本稿ではその現状と課題について述べてみたい。若年性認知症は65歳未満で発症する認知症の総称である。正確には64歳～40歳に発症する初老期認知症と，39歳～18歳に発症する若年期認知症を合わせた総称であり，全国では3万人を超えると予想されている。

II. 若年性認知症の過去と現状

若年性認知症の施策の始まりは，本人の生活課題が大きく，本人の声に耳を傾けることにより施策立案の必要性が出てきたという背景がある。その契機となったのが2004年京都で行われた国際アルツハイマー学会であろう。オーストラリア人のクリスティーン・ブライデンがその講演で本人がアルツハイマー病であることを告白し，「認知症の本人の声」を聴いてほしいとのメッセージを宣言した。それに引き続き日本における認知症の

Health policy for juvenile dementia.

*国立長寿医療研究センター内科総合診療部
〔〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35〕

Hidetoshi Endo, M.D., Shosuke Satake, M.D., Hisayuki Miura, M.D.: Department of General Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, 35, Gengo, Morioka-cho, Obu-shi, Aichi, 474-8511 Japan.

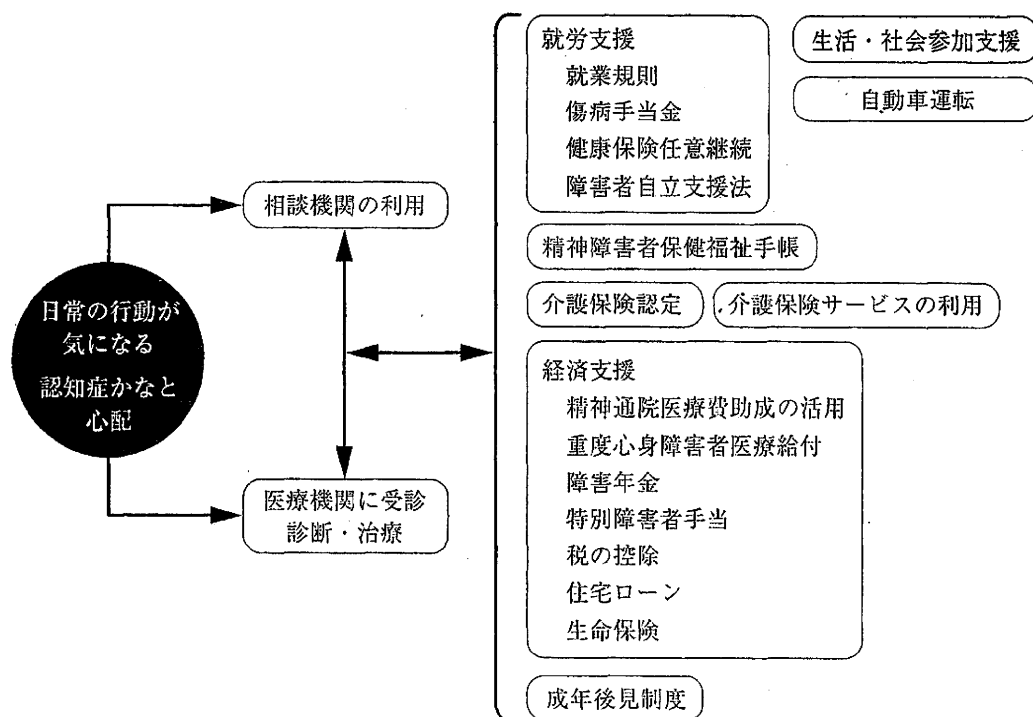


図1 若年性認知症の人と家族を支える各種支援制度（札幌市・北海道若年認知症の人と家族の会資料¹⁾より、2010)

表1 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト（2008年5月～7月）

- ・基本構想、短期的対策と長期的対策を立案
- ・研究と臨床の推進
- ・情報発信・介護者支援等
- ・地域連携の強化
- ・若年性認知症対策
- ・認知症研修の充実

人、本人によるカミングアウトが行われた。当時マスコミの反響も大きく、時代を変革した歴史的な会であった。特に若年性認知症の個人的問題に留まらず、社会的問題があることを訴え、社会の認知と社会的支援の必要性が訴えられた。

その後宮永らを中心に若年性認知症という言葉が頻用され、単に認知症の家族のための会ではなく、若年性認知症本人の会が広島をはじめ、各地で開催され大きな動きとなった。その結果本人の宣言が行われ、国に対する要望という形となっていった。国では認知症の対策の充実が2003年頃より強く主張されていたが、若年性認知症対策とし

て決定的に位置づけられたのが、認知症の医療と生活の質の向上を目的とした緊急プロジェクトであった。その後2009年5月12日には若年性認知症者11人が厚生労働省を訪ね、老健局長や大臣に直接面会するというイベントが開催された。その結果厚生労働省のモデル事業において、認知症の人と家族の意見や希望を聴取することがモデル事業を行った市町村に求められた。地域行政から厚生労働省の施策立案に影響を与える要請が出たことは一種の前向きな、人に優しい改革であった。

Ⅲ. 若年性認知症に対する施策

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業および医療機関等が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが指摘されて

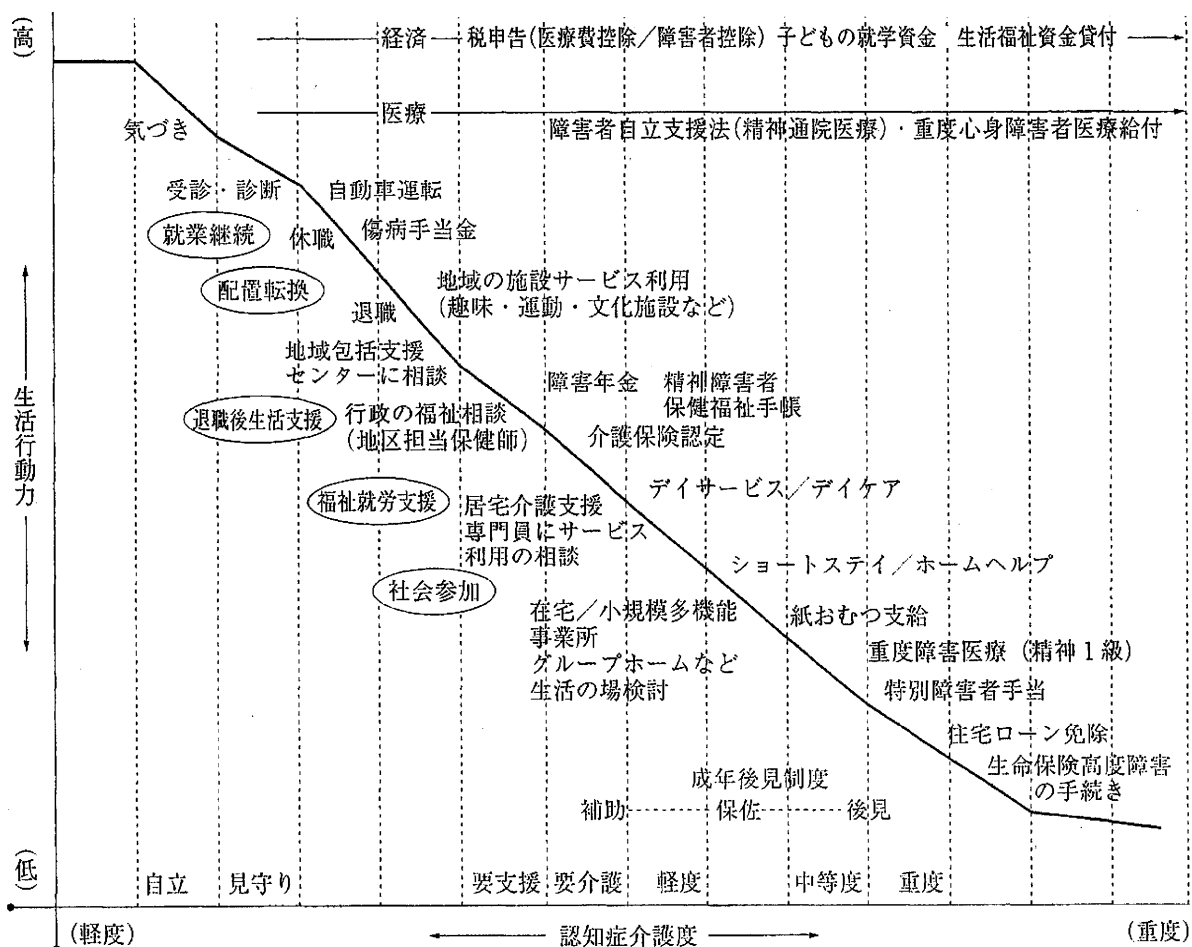


図2 若年性認知症の進行に伴う各種サービス利用の目安(札幌市・北海道若年認知症の人と家族の会資料²⁾より, 2010)

いる。このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行い、これらの施策の中から若年性認知症の人一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっている。国は介護保険導入時に、40歳以上の人を第二号被保険者として位置づけたうえで「初老期認知症」を特定疾病の一つとして介護保険サービスの利用が可能とした。2003年の高齢者介護研究会レポートでは認知症は国の施策の柱として位置づけられたが、当時は時期早尚で若年性認知症はその数の少なさから、政策の対象とはならなかった²⁾。

その後2008年厚生労働省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、同

プロジェクト報告書が取りまとめられた(表1)。本プロジェクトは、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことが必要との認識の下、厚生労働大臣の指示の下に設置された。特に若年性認知症施策は重点化され、短期的にはコールセンターの設置、連携担当者によるオーダーメイドの支援を行うこと、就労支援ネットワークの構築、ケアのモデル事業の実施、国民に対する広報啓発、中長期的には介護サービスの評価、就労継続に関する研究が重点対策として、取り上げられた。しかしその中身はまだ実現されていないものもある。

さらに認知症の地域資源構築等事業においても、若年性認知症の人と家族の意見を聴き、施策を行うことが規定されている。また具体的な施策

表2 主な若年性認知症対策

- ・若年性認知症のモデル事業によりボランティアなどとともに本人の意向に沿った軽作業などを通じたデイサービスを平成21年4月より支援(例:おりづる園せりがや, いきいき学芸大学, ジョイントなどを想定)。
- ・若年性認知症者を一人でも受け入れたショートステイ, 特養など3施設, グループホームにも介護報酬を加算(若年性認知症受入加算: 加算分1人1日1,200円, デイサービス600円)(これまでは数人集めたデイサービス(通所介護, 通所リハ)のみに1人1日600円)。
- ・認知症介護実践リーダー研修修了者, 認知症介護指導者研修修了者を配置する一定の介護保険3施設, グループホームの介護報酬を加算(認知症専門ケア加算)。
- ・平成21年度からの認知症ケア高度化事業は本人の個性, 生活歴などを踏まえた上でケアの対処方法の気づき, ヒントを多くの事例分析とともにDCネットで介護スタッフが閲覧できるようにする。

としては若年性認知症コールセンターが開設されており, 利用が可能である。若年性認知症と診断されれば, 医師の支援のもとで医療保険制度・介護保険制度の利用が可能である(図1)¹⁾。また権利擁護の観点からは成年後見制度も重要である。若年性認知症においても避けては通れない問題である。

IV. 若年性認知症の生活課題の解決

若年性認知症の医療の継続を支援するものとしては, 傷病手当金の利用, 自立支援法による医療費の公費負担などがある。40歳以上では介護保険の対象となり, サービスの利用が可能となる。しかしながら若年性認知症専門のサービスを提供している施設は全国的にも数えるほどしかなく, 十分ではない。なぜなら大都市を除けば, サービス

提供施設の数はいくつか地域に集中することが難しく, サービス内容がもともと高齢要介護者に限定的であるからである。この点では厚労省がいくらか施策を立案しても, 内容の充実, 質の向上に至るためには, 対策が十分でないことを示している。また初診から6ヵ月以上経過すると精神保健福祉手帳の申請が可能になる。このような社会福祉制度を利用するためにも, 早期の診断とソーシャルワーカーへの相談が必要である(図2)¹⁾。若年性認知症の人と家族により, それぞれの時期に必要な各種サービスは異なるため, 時期に応じた対応や申請が必要となる。本人や家族によりそれぞれ条件も異なるため, 支援者は知識をもつことが安心につながる。一日も長く在宅支援を継続し, より高い生活の質を維持することが目標となる。

V. おわりに

若年性認知症は施策的には対象者数が少なく, 置き去りにされてきた疾患群であるが, その社会的な影響の大きさから, 最近施策が行われるようになってきた。しかし現状はその生活の質の向上までには至らず, 十分とはいえない。今後も第二弾の認知症の緊急プロジェクトや, 認知症の基本対策法を策定するなどして, 認知症支援のさらなる強化を期待するものである。

文 献

- 1) 札幌市・北海道若年認知症の人と家族の会: 若年認知症の人と家族のためのサービス利用の手引き—もし若年認知症になっても—(2010年度版). 北海道若年認知症の人と家族の会, 札幌市, 2010
- 2) 田中慶司: 若年期の痴呆の処遇. 老年精神医学雑誌, 9; 1472-1476, 1998.

Differences in perceptions regarding driving between young and old drivers and non-drivers in Japan

Asuna Arai, Yoko Mizuno and Yumiko Arai[†]

Department of Gerontological Policy, National Institute for Longevity Sciences (NILS), National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG), Aichi, Japan

Correspondence to: Dr Y. Arai, E-mail: yarai903@ncgg.go.jp; yarai@nils.go.jp

[†]Departmental Head.

Objective: The issue of driving cessation for dementia patients is one of the urgent public health priorities in Japan and is often complicated, with family or social barriers yet to be sufficiently addressed. Because the possibility of dementia or family caregiving can befall anyone, we focused on the disparity in people's perceptions of driving as possible barriers. The present study aimed to assess perceptions of driving among the general public and examine differences in perceptions based on age and driving status.

Methods: A survey was conducted in a sample of the general public aged 40 and over in Japan. Respondents were 1010 people who received a self-administered questionnaire that included questions regarding perceptions about driving and sociodemographic factors.

Results: The drivers that participated in this study tended to highly agree that 'driving is a "right" which we all deserve', compared with the non-drivers. The most common reason for reluctance to stop driving among drivers was the possible loss of personal mobility. Apart from transportation, older drivers were more likely than younger drivers to value the qualitative aspects of driving, for example, driving was viewed as 'a motivating factor in my life'.

Conclusions: These disparities in the general public's perceptions about driving may be possible family or social barriers to driving cessation in the case of drivers with dementia. Our findings also suggest that when addressing the need for driving retirement, not only mobility but also the qualitative aspects of driving be paid more attention. Copyright © 2010 John Wiley & Sons, Ltd.

Key words: older drivers; driving cessation; perception; general public; dementia

History: Received 23 January 2009; Accepted 20 October 2009; Published online 21 April 2010 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).

DOI: 10.1002/gps.2457

Introduction

The number of older drivers has been increasing dramatically as Japan's population ages. People aged 65 and older account for 21% (27 million) of the total population in Japan. The number of licensed drivers over 65 ('older drivers') exceeded 11 million in 2007, accounting for 14% of the total drivers of all ages. The number of drivers in the older population is about 40% which is much lower than the 80% in the younger population under age 60 who drive. However, automobiles are nonetheless a practical form of

transportation for older people, and driving can play a key role in maintaining independence.

Given that advanced age is associated with a higher risk of chronic diseases as well as physical, sensory and cognitive impairments, older drivers are considered to be vulnerable to having motor vehicle crashes (Anstey *et al.*, 2005). Indeed, during 2008 in Japan, the traffic accident rate was estimated at 863 cases per 100 thousand older drivers, the third highest after 1685 cases in the 16–24 age group and 1036 cases in the 25–29 age group (Traffic accidents situation, National Police Agency (NPA), 2009). Moreover, the accident