

表2 「転倒スコア」

過去一年に転んだことがありますか？	(はい いいえ)	
「はい」の場合、転倒回数 (回/年)		
1. つまずくことがありますか	(はい いいえ)	身体機能
2. 手すりを使わないと階段昇降ができませんか	(はい いいえ)	
3. 歩く速度が遅くなってきましたか	(はい いいえ)	
4. 横断歩道を青のうちに渡りきれますか	(はい いいえ)	
5. 1 km くらい続けて歩けますか	(はい いいえ)	
6. 片足で5秒くらい立つことができますか	(はい いいえ)	
7. 杖をつかっていますか	(はい いいえ)	
8. タオルはかたく絞れますか	(はい いいえ)	
9. めまい・ふらつきがありますか	(はい いいえ)	
10. 背中が丸くなってきましたか	(はい いいえ)	
11. 膝が痛みますか	(はい いいえ)	
12. 目が見えにくいですか	(はい いいえ)	
13. 耳が聞こえにくいですか	(はい いいえ)	
14. もの忘れが気になりますか	(はい いいえ)	
15. 転ばないかと不安になりますか	(はい いいえ)	環境要因
16. 毎日、お薬を5種類以上飲んでますか	(はい いいえ)	
17. 家の中が暗く感じますか	(はい いいえ)	
18. 家の中によけて通るものがありますか	(はい いいえ)	
19. 家の中に段差がありますか	(はい いいえ)	
20. 階段を使わなくてはなりませんか	(はい いいえ)	
21. 生活上、急な坂道を歩きますか	(はい いいえ)	

(鳥羽研一, 他: 日老医誌 42: 346-352, 2005 より引用)<sup>3)</sup>

### まとめ

サルコペニアの結果、身体機能は低下し、やがて歩行障害や転倒を初めとし日常生活が障害される。したがって、サルコペニアを適切な方法でいち早くキャッチし、適切な進行予防対策を講じることが介護予防の観点から重要である。

### 文献

- 1) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al.: Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People, *Age Ageing* 39: 412-423, 2010
- 2) Kikuchi R, Kozaki K, Iwata A, et al.: Evaluation of risk of falls in patients at a memory impairment outpatient clinic. *Geriatr Gerontol Int* 9: 298-303, 2009
- 3) 鳥羽研一, 大河内二郎, 高橋 泰, 他: 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. *日老医誌* 42: 346-352, 2005

## 《高齢者と地域医療》

# 認知症の地域連携

## ——三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状

長谷川 浩 神崎恒一\*

### 要 旨

- 増え続ける認知症患者に対し、認知症専門医療機関のみでは対応が不可能であり、地域の医療機関をはじめとする地域連携が必要である。
- 認知症患者を診るためには、専門医療機関とかかりつけ医との医療連携が必要であるほか、認知機能の低下自体が生活に障害をきたすという疾患の性質上、在宅で患者の生活を支える部門、すなわち地域包括支援センターや在宅介護支援センターなど、介護、福祉、その他の行政部門が深くかかわる必要がある。
- 認知症の地域連携を促進するツールとして情報交換シートを作り出した。

### 認知症患者の現状○

さまざまなデータ・根拠があり正確に算出することはむずかしいが、現在、認知症高齢者は日本全国で240万人を越えるといわれている。杏林大学医学部付属病院は東京都三鷹市(人口18万人、高齢化率19%)にあるが、日本全国での65歳以上の高齢者での認知症有病率8.5%という統計値を用いた場合、三鷹市だけで現在3,000人近い認知症高齢者がいると推計される。これに軽度認知障害を加え、しかも近隣の市、区を併せると、数万人の高齢者が認知症の精査もしくは治療の対象ということになる。これは脂質異常症の患者数とほぼ同じである。これだけの数の認知症もしくはその疑いのある患者を地域でみていくためには、認知症専門医療機関のみでは到底不可能であり、地域の

医療機関をはじめとする地域連携が必要である。

### 地域連携とその必要性○

認知症患者を診るためには、専門医療機関とかかりつけ医との医療連携が必要であるほか、認知機能の低下自体が生活に障害をきたすという疾患の性質上、在宅で患者の生活を支える部門、すなわち、地域包括支援センターや在宅介護支援センターなど、介護、福祉、その他の行政部門が深くかかわる必要がある。しかしながら、在宅支援部門(ケアマネジャーなど)は認知症の疑いのある高齢者に対して、医療機関を受診させる具体的な手立てを有していないことが多い。一方、病院や診療所は介護保険の申請に始まり、ホームヘルプやデイサービスなど、地域資源の利用を進めるための知識や方法をもたないことが多い。地域包括支援センターにいくよう患者さんや家族に指示はするが、この指示だけでは患者さんや家族は具体的

\* H. Hasegawa(講師), K. Kozaki(教授): 杏林大学医学部高齢医学。



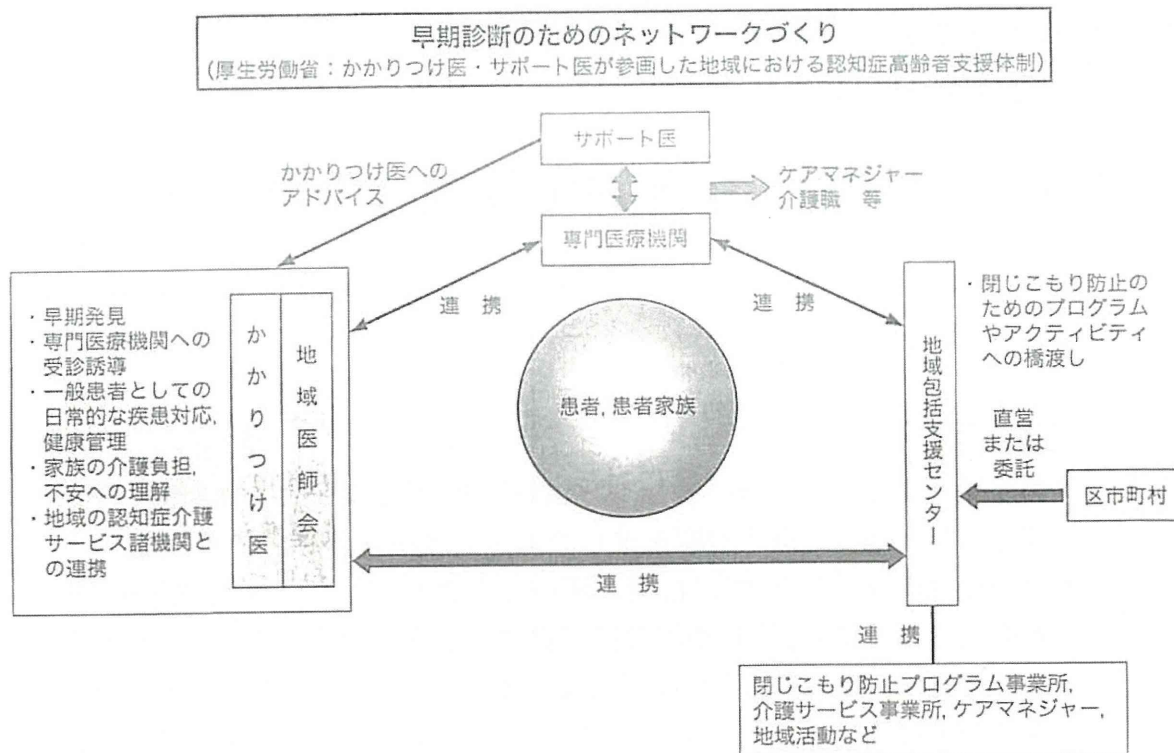


Fig. 1. 国の地域ネットワーク構想

Table 1. 三鷹・武蔵野認知症連携ワーキンググループ

三鷹市	行政	三鷹市健康福祉部高齢者支援課 5名
	地域包括支援センター	地域包括支援センター(主任ケアマネジャー)4名
	医師会	医師 2名
	専門病院	杏林大学病院もの忘れセンター医師 2名, 認知症看護認定看護師 2名, 地域医療連携室 3名
		吉岡リハビリテーションクリニック
長谷川病院(精神科)		
		井之頭病院
武蔵野市	行政	健康福祉部高齢者支援課, 地域包括支援センター計 6名
	地域包括支援センター	
	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター 2名
	医師会	医師 2名
	専門病院	武蔵野赤十字病院医師, ソーシャルワーカー

協力病院：慈雲堂病院(周辺症状対応病院)

には動かないし、動けない。このように、それぞれの立場で知識不足、交流不足に基づく不便、困難を抱えている<sup>1-3)</sup>。

### 三鷹・武蔵野認知症連携

地域包括支援センター, 地域の医師会, 専門医

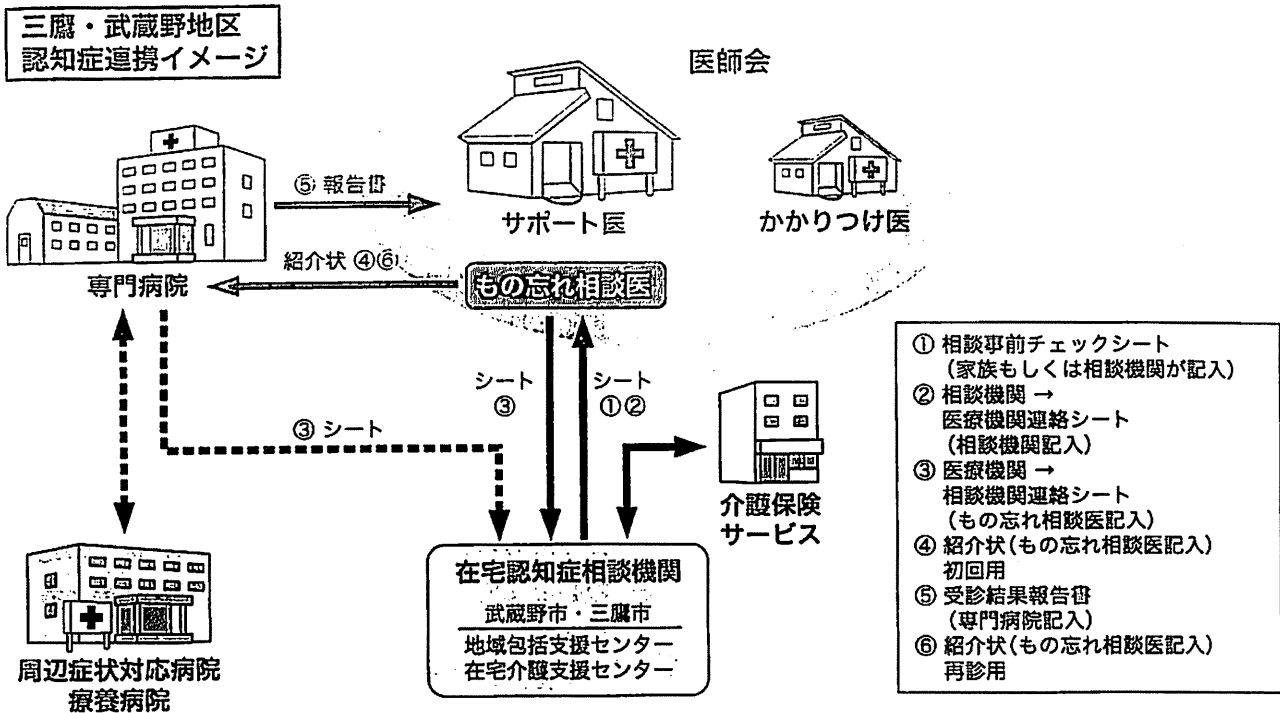


Fig. 2. 情報交換シート

療機関の三者が結びつく必要があるとの国の地域ネットワーク構想に基づいて (Fig. 1), 三鷹市と武蔵野市では (Table 1) のように, 両市の 1) 地域包括支援センター, 在宅介護支援センター, 行政, 2) 両医師会, 3) 専門病院の連携体制を構築するため, 三鷹・武蔵野認知症連携ワーキンググループを組織し, 2008 年より活動を開始した. 当初より 2 ヶ月に 1 回, 連携会議を開き, 具体的な課題について検討を行ってきた. その中で, 完成したのが情報交換シートである (Fig. 2).

本連携は基本的に, (I) 在宅相談機関, (II) 相談医, (III) 専門医療機関の三者間の連携である (Fig. 2). それぞれが上記 1)~3) に対応するが, 相談医はかかりつけ医の一部であり, 初診であっても積極的に認知症診療にかかわることを了承した医師会所属の医師である. 相談医は専門医療機関からの逆紹介を受けることもある.

情報交換シートは三者間で双方向に行う形になっている. 病診連携は ④~⑥ のシートを用いて行う. その際, シート ⑤ (専門医療機関から紹介

医への報告書) には認知症の経過を診るうえで必要な, 日常生活自立度 (基本的 ADL と手段的 ADL, JABC, I~IV, M), 認知機能 (MMSE, 病期評価のための FAST), うつ (GDS15), 生活意欲 (意欲の指標) など総合的機能評価のほか, 周辺症状, 画像として MRI と SPECT の所見, 診断名, 治療方針 (薬物療法と非薬物療法), 患者さん, 家族への説明内容などを記載するようになっている. 逆方向のシート (紹介医→専門医; ④ と ⑥) には ADL, 周辺症状, 治療内容と介護の状況などを記載する. これらのシートを用いて継続的に患者の評価を行う. また, 本シートで重要なのは ③ である. シート ①② は, 地域包括支援センターや在宅介護支援センターなどの在宅相談機関から, 相談医や専門医に向けて, 家族やケアマネジャー等が, 認知症にかかわる日常生活上の問題点を記載するためのものであり, これを受けて相談医, 専門医はシート ③ に, 受診結果, 本人や家族への説明, 導入すべきサービス内容, 今後のフォローの予定などを在宅相談機関に返す. 情報が一方に

認知症地域連携の理想的な形は…

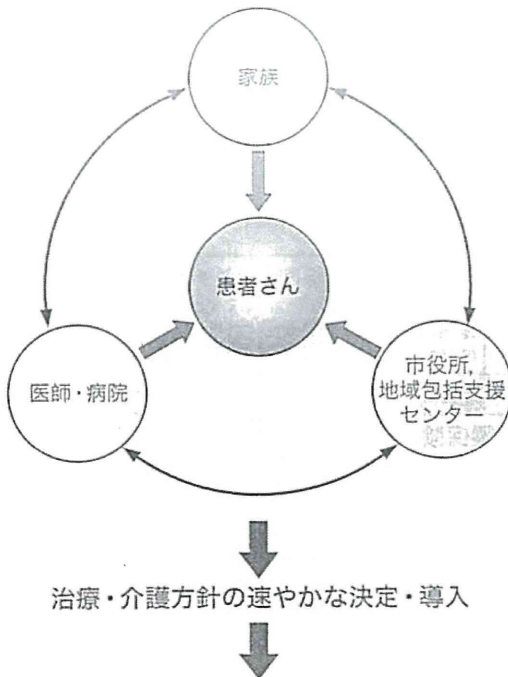


Fig. 3. 地域連携システム

ならないよう、また、情報のやりとりが継続的に行えるよう工夫している。また、シートの利用の仕方を理解する手助けとして、“シートの目的と使い方”の説明書類を添付している。

三鷹・武蔵野認知症連携の現状と課題

2010年6月より上記シートの試験的運用を開始しており、2ヵ月に1回開催されるワーキンググループ会議で、事例発表を行い、毎回成果を確認している。また、シートはより使いやすいものに改訂を行っている。運用しながら課題をみつけ、修正していくのが本ワーキンググループのやり方である。

情報交換シートの作成以外にワーキンググループでは、医師会での認知症研修会、相談医への参加表明の確認、ケアマネジャー等を対象とした研修会、認知症サポーター養成、サポート医養成の援助などを行っている。認知症研修会では、認知

症全般に関する勉強、シートの説明、事例検討などを行っている。有効な連携を築くためには、書面だけでなく顔のみえる連携が重要と考えている。また、今後は市民向けの勉強会の開催も予定している。

なお、周辺症状が著しい患者さんへの対応(入所、入院が必要な場合の受け入れ先の担保)、在宅相談機関でも行える認知症早期診断バッテリーの開発と普及などが当面の課題である。

さらに認知症連携に求められるもの

認知症連携は、都市部と地方の違いなど地域により求められる内容が異なる。このためその地域の必要な要素を強化し特化した方法が必要と考えられる。

当初、患者さんや家族は、患者さんの一見おかしな言動や行動が認知症とは判断できず、どこに相談に行ってもよいかわからなくなっていることが多い。大事なポイントとしては、患者さんや家族が最初に医師、市役所、地域包括支援センターのどこに相談しても、治療、介護の情報を入手することができ、地域連携システムが回り始めることが肝要である(Fig. 3)。

また、認知症の患者さんが身体疾患(肺炎、心不全など)を発症した場合、どこで診るかが速やかに決定されることも重要であり、その患者さんが退院となった場合の行き先の決定も重要(直接自宅には戻れないケースもあるため)である。これらが速やかに決定されるためにも地域に密着した認知症医療・介護連携が重要と考えられる。

文献

- 1) 武田章敬：在宅医療の制度・システム・教育：認知症地域連携ネットワーク。Geriatr Med 48：1489, 2010
- 2) 松田 実：認知症：認知症地域連携における専門医の役割。治療 90：1166, 2008
- 3) 弓倉 整：専門医に求められる地域連携実践講座：認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践・地域連携の実践：都市型の医師会が主体となった地域連携実践について。老年精医誌 17：125, 2006



