

特集：認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

臨床に役立つ Q&A

1. 認知症ケアに向けた地域の 取組みについて教えてください

武田 章敬

特集 認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

臨床に役立つ Q&A

1. 認知症ケアに向けた地域の取組みについて教えてください

武田 章敬

KEY WORD

- 認知症疾患医療センター
- 認知症サポート医
- 地域密着型サービス
- 地域包括支援センター
- 認知症サポーター
- ネットワーク構築

SUMMARY

■ 認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して生活するためには、必要な医療・介護サービスやインフォーマルサービスが切れ目なく提供され、地域で働く人や住む人からも温かく見守られ、支えられることが重要である。そのために、国や自治体などが医療・介護サービス資源の整備や認知症に関する啓発活動などを行い、これらの地域資源・人材のネットワークも構築しつつある。現在の課題により適切に対応するため、制度改正や新たな取組みが行われつつある。

認知症の人と家族を支える地域資源・人材の整備

1. 認知症疾患医療センター

国は平成 20 年度(2010 年度)から新たに認知症の専門医療機関として、認知症疾患医療センターの指定を開始した。認知症疾患医療センターに求められる役割は、鑑別診断とそれに基づく初期対応や合併症・認知症の行動・心理症状(BPSD)への急性期対応といった専門医療の提供、専門医療相談などの情報センターとしての機能、地域包括支援センターなどとの連携機能である。平成 22 年度(2010 年度)から、認知症疾患医療センターは一般病床と精神病床の両者を有し、休日・夜間を含め救急対応が可能な基幹型と、ほかの医療機関との連携などにより指

定を受ける地域型の 2 類型に分けられることとなった。平成 24 年(2012 年)5 月 1 日現在、全国で 171 カ所の認知症疾患医療センターが指定されており、そのうち基幹型は 7 カ所、地域型は 164 カ所である¹⁾。

2. 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修

国は平成 17 年度(2005 年度)から地域における認知症に関する地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師として、認知症サポート医養成研修事業を開始した。認知症サポート医は、地域における連携の推進役としての役割を期待されており、具体的には、①かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案・講師、②かかり

図たけだ あきのり(独立行政法人国立長寿医療研究センター)

つけ医の認知症診断などに関する相談役・アドバイザーとなること、およびほかの認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力が求められている。

この認知症サポート医の協力のもと、平成18年度(2006年度)から、都道府県・指定都市は都道府県・指定都市医師会や郡市医師会などと連携し、地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を行っている。地域のかかりつけ医には、この研修を通じて、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、といった役割を担うことが求められている²⁾。

平成17年度(2005年度)から平成22年度(2010年度)までに養成された認知症サポート医は1,677名であり、平成18年度(2006年度)から平成22年度(2010年度)までに認知症対応力向上研修を受けた地域のかかりつけ医は29,150名となっている³⁾。

3. 介護保険制度と改革

平成12年度(2000年度)に「介護の社会化」をキーワードとしてスタートしたわが国の介護保険制度は、現在では高齢者の暮らしを支える上でなくてはならない制度として定着している。平成18年度(2006年度)に行われた介護保険制度改革では、認知症高齢者の増加を背景として身体ケアのみではなく、認知症ケアも視野に入れた地域密着型サービス(認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護など)の創設、独居高齢者の増加などを背景とし、地域ケア体制を整備するための地域包括支援センター創設などが行われた。

4. 地域密着型サービス

認知症グループホーム(認知症対応型共同生活介護)とは、住み慣れた地域の、小規模で、家庭的な生活空間で、少人数(1ユニット5~9名)の認知症の人が専門のスタッフに支えられ

つつ、なじみの関係性を保ちながら、普通の暮らしを行っていく共同住居のことをいい、平成12年度(2000年度)に始まった介護保険制度においても居宅サービスの1つとして位置づけられた。平成18年度(2006年度)の介護保険制度改革において認知症グループホームは、市区町村が指定・監督を行う地域密着型サービスに位置づけられた。現在、認知症グループホームの事業所は11,439カ所あり、16.41万人がサービスを受けている⁴⁾。

また、平成18年度(2006年度)から創設された小規模多機能型居宅介護は「通い」を中心として、状態や希望に応じて「泊まり」「訪問」のサービスを提供するもので、通い慣れた場所でのなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフから介護を受けられるサービスであり、徐々に普及しつつある。現在、小規模多機能型居宅介護の事業所は3,526カ所あり、5.7万人がサービスを受けている⁴⁾。

5. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、平成18年度(2006年度)から地域において高齢者の生活を支える役割を果たす総合機関として設置が開始され、平成23年(2011年)4月末時点で全国で4,145カ所が設置されている³⁾。保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が、包括的・継続的ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、虐待対応などの権利擁護、介護予防マネジメント事業などを行っている。

6. 認知症サポーター

平成16年(2004年)に「痴呆」という用語が「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の展開などにより、国民の認知症についての理解は進んできた。その中で大きな役割を果たしたのが、「認知症サポーター100万人キャラバン」である。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校などへの講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組

みである。平成24年(2012年)9月30日現在で、キャラバン・メイトを含めた認知症サポーターの数は363万1,903人となっている⁵⁾。

■ 地域資源・人材のネットワーク化 ■

上述のように、国や自治体を中心となって、認知症疾患医療センターの指定、認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修、地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、地域や職域の人々に対する認知症サポーター養成などを行っており、着実に地域における認知症の人を支える資源や人材は整いつつあるといえる。これらの資源や人材をネットワーク化する目的で平成19年度(2007年度)から平成22年度(2010年度)の間、全国のモデル地域にコーディネーターの配置、地域資源マップの作成、徘徊SOSネットワークの構築などの事業を行う「認知症地域支援体制構築等推進事業」が実施され、その方針は事業の終了後も様々な施策へと引き継がれている。

平成20年(2008年)の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」⁶⁾における提言を受けて、平成21年度(2009年度)から、認知症疾患医療センターのある市区町村の地域包括支援センターに、認知症の介護や医療における専門的知識を有する者を「認知症連携担当者」として配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家などとのネットワークを構築し、相談・連絡体制を確立するとともに、近隣地域の地域包括支援センターへの専門的見地からの相談・援助を行うこととなった。平成23年度(2011年度)から「認知症連携担当者」を配置する「認知症対策連携強化事業」は、認知症疾患医療センターの指定がない市区町村であっても配置が可能で、地域包括支援センターに限らず、市区町村本庁であっても配置が可能な「認知症地域支援推進員」を中心に実施する「市町村認知症施策総合推進事業」へと再編された⁷⁾。

また、平成22年度(2010年度)途中から「地域支え合い体制づくり事業」が開始され、その中で地域における徘徊・見守りSOSネットワ

ークの構築が支援されることとなった⁷⁾。

■ 今後の方向性 ■

平成24年度(2012年度)から施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重視されており、独居・重度の要介護者や医療ニーズの高い要介護者などにも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護などを組み合わせた複合型サービスが創設された。また、地域包括支援センターに関して、介護事業者や医療機関、民生委員、ボランティアなどとの連携に努めることや、実施主体の市区町村がその運営により密接に関わることが新たに規定された。

平成24年(2012年)6月、厚生労働省認知症施策推進プロジェクトチームは「今後の認知症施策の方向性について」という報告書¹⁾をまとめた。そこでは、現在の基幹型・地域型認知症疾患医療センターのみでは増加しつつある認知症の人に対応することが困難であるとの観点から、新たに的確な診断やかかりつけ医や地域包括支援センターなどとの連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300カ所程度整備するとしている。また、早期診断・早期対応を促進する観点から、看護職員、作業療法士などの専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターなどに配置し、認知症が疑われる人の家庭を訪問し、生活状況や認知機能などの情報収集や評価を行い、適切な診断へと結びつけ、本人・家族への支援を行うとしている。平成24年(2012年)9月には「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」⁸⁾が公表され、認知症施策の平成25年度(2013年度)から平成29年度(2017年度)までの数値目標が示された。

文 献

- 1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/houkousei.html>), 2012.
- 2) 平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト, 2012.
- 3) 厚生労働省老健局：平成24年2月24日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd.html>), 2012.
- 4) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報(平成24年5月審査分) (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2012/05.html>), 2012.
- 5) 地域ケア政策ネットワーク：「認知症サポートー100万人キャラバン」ホームページ (<http://www.caravanmate.com/#statusContents>), 2012.
- 6) 厚生労働省：認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>), 2008.
- 7) 厚生労働省老健局：平成23年2月22日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000133sr.html>), 2011.
- 8) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>), 2012.

(執筆者連絡先) 武田章敬 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 独立行政法人国立長寿医療研究センター

2. わが国の認知症施策

武田 章敬
TAKEDA Akinori

◆ Key Point

- ◎ わが国におけるこれまでの認知症施策として、認知症疾患医療センターの指定、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症グループホーム等の整備、認知症サポーター100万人キャラバン、認知症地域支援推進員の配置などが行われてきた。
- ◎ 介護保険制度改革により、認知症の人にとっても適した地域包括ケアシステムの構築が、よりいっそう推進されることとなった。
- ◎ 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが、認知症の早期診断・早期対応を推進する観点から、身近型認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームといった新たな施策を盛り込んだ報告書を取りまとめた。

◆ はじめに

平成24年（2012年）6月、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは「今後の認知症施策の方向性について」という報告書¹⁾をまとめた。その基本方針は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとしており、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成——の7つの視点から具体的な取り組みについて記述されている。本稿では、認知症施策のこれまでの流れと課題、今回の報告書で新たに提示された施策について概説する。

◆ 医療面での取り組み

1. 認知症疾患医療センター

平成元年（1989年）から地域の認知症専門医療機関として国が指定していた老人性痴呆疾患センターは活動状況の格差が大きく、周知が不十分であったこともあり、平成18年度（2006年度）で廃止となった。その教訓を踏まえて、一般病床と精神病床の両方をもつ病院の指定を念頭に認知症疾患医療センターが平成20年度（2008年度）から新たに創設された。認知症疾患医療センターには、①鑑別診断とそれに基づく初期対応、②合併症・認知症の行動・心理症状（BPSD）への急性期対応といった専門医療の提供、専門医療相談などの情報センターとしての機能、地域包括支援センター等との連携機能が求められている。平成22年度（2010年度）から、認知症疾患医療センターは一般病床と精神病床の両者を有し、休日・夜間を含め救急対応が可能な基幹型と、他の医療機

関との連携等により指定を受ける地域型の2類型に分けられることとなった。平成24年（2012年）5月1日現在、全国で171カ所の認知症疾患医療センターが指定されており、そのうち基幹型は7カ所、地域型は164カ所である。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書において、現在の基幹型・地域型認知症疾患医療センターのみでは、増加しつつある認知症の人に対応することが困難であるとの観点から、新たに的確な診断やかかりつけ医、地域包括支援センター等との連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300カ所程度整備するとしている。その要件としては、専門医と臨床心理技術者、連携担当者（かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携を担当）を配置し、一般病院や介護保険施設・事業所を訪問し、BPSDの治療を行い、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとしている。

2. 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修

国は平成17年度（2005年度）から、認知症に関する地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師として認知症サポート医養成研修事業を開始した。都道府県・指定都市の長が都道府県・指定都市医師会と相談のうえ、地域において認知症の診療に携わっている医師、または後述する認知症サポート医の役割を適切に担える医師として認めた医師を対象として、国立長寿医療研究センターに委託し、年に5回、全国で研修が行われている。認知症サポート医は地域における連携の推進役としての役割を期待されており、具体的には、①かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなること、および他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力が求められている。

この認知症サポート医の協力のもと、平成18年度（2006年度）から、都道府県・指定都市は都道府県・指定都市医師会や郡市医師会等と連携し、地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を行っている。地域のかかりつけ医には、この研修

を通じて、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携——といった役割を担うことが求められている（図1）²⁾。平成17年度（2005年度）から平成22年度（2010年度）までに養成された認知症サポート医は1,677名であり、平成18年度（2006年度）から平成22年度（2010年度）までに認知症対応力向上研修を受けた地域のかかりつけ医は29,150名となっている³⁾。

● 介護面での取り組み

1. 介護保険制度改革と認知症施策

平成12年度（2000年度）に「介護の社会化」をキーワードとしてスタートしたわが国の介護保険制度は、現在では高齢者の暮らしを支えるうえでなくてはならない制度として定着している。平成18年度（2006年度）に行われた介護保険制度改革は「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を基本理念とし、認知症高齢者の増加を背景として身体ケアのみではなく認知症ケアも視野に入れた地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護等）の創設、独居高齢者の増加等を背景とし、地域ケア体制を整備するための地域包括支援センター創設、介護のみではなく予防をも重視したシステムへの転換などが行われた。平成24年（2012年）4月1日から施行（一部は公布日）された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重視されており、市町村はこの基本理念を基盤として日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を作成することが求められる。独居・重度の要介護者や医療ニーズの高い要介護者などにも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護と訪問看護等を組み合わせた複合型サービスが創設されたほか、医療ニーズの増大に対しては介護福祉士（平成27年4月1日以降）や一

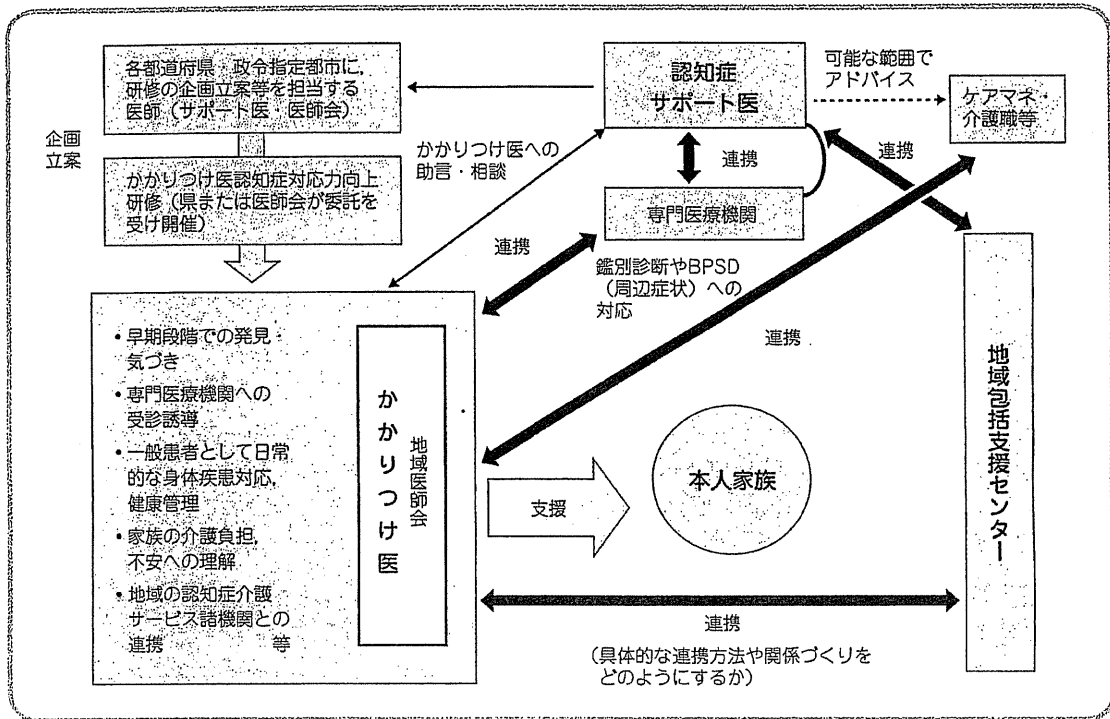


図1 かかりつけ医・認知症サポート医・専門医療機関等が参画した認知症地域支援体制

[平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト、2012より引用]

定の教育を受けた介護職員等による痰の吸引や経管栄養が可能となるなどの施策が打ち出された。

認知症の人は環境変化に脆弱であることから、住み慣れた地域で生活を継続することが望ましく、今回の改正の基本理念である「地域包括ケアシステム」の構築は特に認知症の人にとって大きな意義をもつ。ほかにも今回の改正では、市町村介護保険事業計画に認知症の人の地域における自立した日常生活の支援に関する事項を記載すること、および市町村は市民後見人の育成および活用などを通じて高齢者の権利擁護を推進することが求められている。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書では、これらの取り組みを引き続き推進するとともに、介護保険施設・事業所職員の認知症対応力向上を図るための研修の拡充や、BPSDに対して「身近型認知症疾患医療センター」の医師等が介護保険施設等を訪問して助言や治療を行うことが盛り込まれている。

2. 認知症グループホーム

認知症グループホームとは、住み慣れた地域の、小規模で、家庭的な生活空間で、少人数（1ユニット5～9名）の認知症の人が専門のスタッフに支えられつつ、なじみの関係性を保ちながら、普通の暮らしを行っていく共同住居のことを言い、認知症の人が穏やかに、生き生きと暮らし、BPSDの緩和に有効であると言われている。

平成3年（1991年）に日本で最初の認知症グループホームが誕生し、平成6年（1994年）から認知症グループホームに関する調査研究が行われた。平成9年（1997年）以降、国は認知症グループホームの運営や整備に対して補助を行うようになった。平成11年（1999年）に策定されたゴールドプラン21において、平成16年度（2004年度）には認知症グループホームを全国で3,200カ所整備することが目標として掲げられた。平成12年度（2000年度）に始まった介護保険制度においても、サービスの一つとして位置づけられた。平成18年度（2006年度）に

行われた介護保険制度改革において、認知症グループホームは市町村が指定・監督を行う地域密着型サービスに位置づけられた。現在、認知症グループホームの事業所は1万1,378カ所あり、16.53万人がサービスを受けている⁴⁾。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書においては、認知症グループホーム事業所が地域の認知症ケアの拠点としての活動を行うことが求められ、具体的には認知症対応型通所介護やショートステイといったサービスの提供や、在宅で生活する認知症の人や家族への相談や支援を行うとされている。

地域における取り組み

1. 認知症サポーター

平成16年(2004年)に「痴呆」という用語が「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想の展開などにより、国民の認知症についての理解は進んできた。そのなかで大きな役割を果たしたのが「認知症サポーター100万人キャラバン」である。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が、地域・職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。平成24年(2012年)6月30日現在で、キャラバン・メイトを含めた認知症サポーターの数は343万6,848人となっている⁵⁾。

2. 認知症地域支援推進員

平成20年(2008年)の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」⁶⁾における提言を受けて、平成21年度(2009年度)から、認知症疾患医療センターのある市町村の地域包括支援センターに、認知症の介護や医療における専門的知識を有する者を「認知症連携担当者」として配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家等とのネットワークを構築し、相談・連絡体制を確立するとともに、近隣地域の地域包括支援センターへの専門的見地からの相談・援助を行うこととなった。しかし、市町村に複数の地域包括支援センターがある場合の配置場所の選定困難、ペアとなるべき認知症疾患医

療センターの指定の遅れ等の理由もあって、「認知症連携担当者」の配置は進まなかった。そこで平成23年度(2011年度)から「認知症連携担当者」を配置する「認知症対策連携強化事業」は、認知症疾患医療センターの指定がない市町村であっても配置が可能で、地域包括支援センターに限らず、市町村本庁であっても配置が可能な「認知症地域支援推進員」を中心に実施する「市町村認知症施策総合推進事業」へと再編された(図2)⁷⁾。

「認知症地域支援推進員」に求められる役割としては、①認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従事者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図る、②認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて各市町村内の認知症の人やその家族を支援する事業(地域資源マップの作成や研修会、交流会の開催など)を実施する——といったものがあげられている。

3. 認知症初期集中支援チーム

「今後の認知症施策の方向性について」報告書において、早期診断・早期対応を促進する観点から、看護職員、作業療法士等の専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、認知症が疑われる人の家庭を訪問し、生活状況や認知機能等の情報収集や評価を行い、適切な診断へと結びつけ、本人・家族への支援を行うとしている。また、かかりつけ医の認知症対応能力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取り組みが普及するまでの間は、主として上記の「身近型認知症疾患医療センター」の医師が「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスをしたりする役割を果たすとされている。

筆者らは以前、「認知症地域支援推進員」に関して、「地域で認知症が疑われ不自由な生活を送っているが医療機関への受診を拒否している人への対応が必要な場合、認知症地域支援推進員が市町村や民生委員、地域包括支援センター等と連携して対応し、状況に応じて地域のかかりつけ医や認知症疾患医療センター等に訪問診療

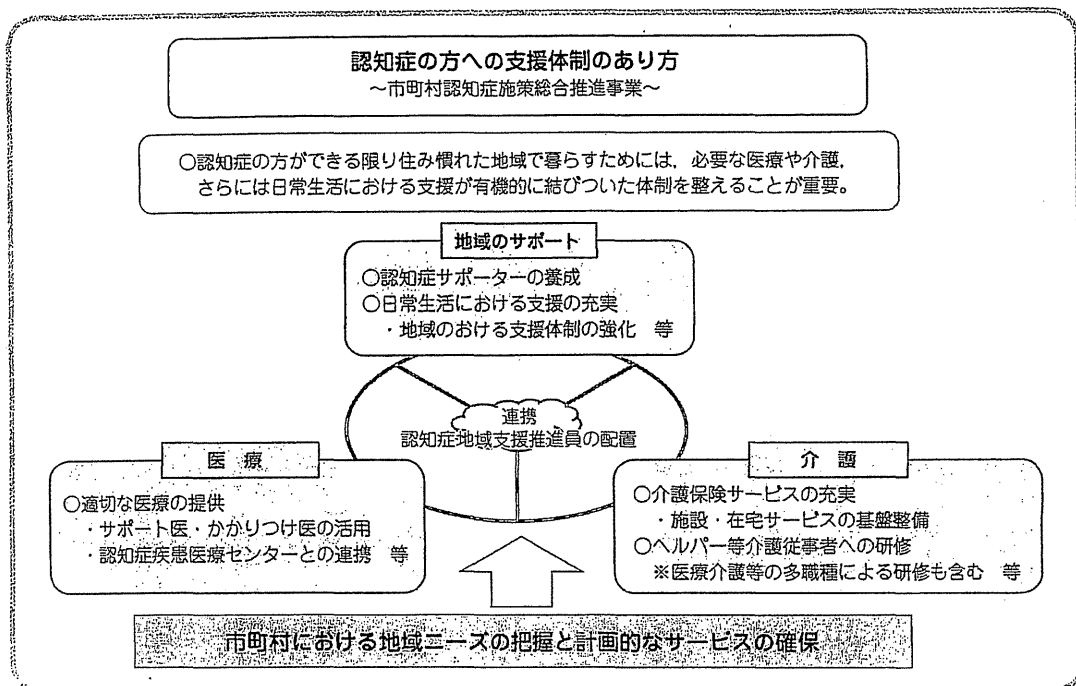


図2 市町村認知症施策総合推進事業

〔厚生労働省老健局：第76回社会保障審議会介護給付費分科会資料、2011より引用〕

などを依頼し、介護保険サービスの利用などに結びつけるなどの、最も連携が必要な場面での活躍に期待したい」と記述した³⁾が、今回の報告書によればこの役割は「認知症初期集中支援チーム」が担うことが想定される。

● おわりに

今回プロジェクトチームによって示された施策は、現在の認知症の人と家族が直面する多くの問題を解決の方向へ導くものと考えられる。特に新たに提案された「認知症初期集中支援チーム」に関しては、モデル事業によってわが国における有効性が検証された場合、全国の市区町村に配置されることが期待される。

● 引用文献

1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について、2012 (<http://www.mhlw.go.jp/>)

topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf)

- 2) 平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト、2012
- 3) 厚生労働省老健局：平成24年2月23日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、2012 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd.html>, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd-att/2r98520000023b2m.pdf>)
- 4) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成24年4月審査分）、2012 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2012/04.html>)
- 5) 地域ケア政策ネットワーク：「認知症サポーター100万人キャラバン」ホームページ (<http://www.caravanmate.com/index.html>)
- 6) 厚生労働省：認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書、2008 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>)
- 7) 厚生労働省老健局：第76回社会保障審議会介護給付費分科会資料、2011 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ft9d.html>)
- 8) 武田章敬，他：認知症ケアにおける地域連携の政策的展望。老年精神医学雑誌，23：280-286，2012

6. 軽度認知障害 (MCI)

武田 章敬

TAKEDA Akinori

Key Point

- ① 正常な状態と認知症との中間の状態を示す概念として軽度認知障害 (MCI) がある。
- ② MCIを示す人は健常な人と比べ、認知症へと進展する危険性が高いが、長期間にわたりMCIにとどまる人もいる。
- ③ MCIを来す病因は多岐にわたり、適切に対応するためには、可能な範囲で病因を明らかにする必要がある。
- ④ MCIの原因が単一ではないこともあり、薬物療法によってMCIから認知症への進展を防ぐことができたという報告はほとんどない。
- ⑤ アルツハイマー病を中心とするバイオマーカーに関する知見が集積しつつあり、病因や予後の判定がより正確にできるようになることが期待されている。

はじめに

人は年齢を重ねるにつれて、人の名前を思い出せないなど認知機能に関する衰えを自覚するようになる。それが加齢による自然な認知機能の低下なのか、認知症につながる病的な症状なのかを知りたいと思うのは人として自然なことである。また、アルツハイマー病などの疾患による認知症を呈する人は、診断基準を満たす状態になる前からわずかな認知機能障害を示すことが多いが、その段階で認知症になるのを阻止したいと考えるのも当然のことである。現在、研究や臨床試験が行われているアルツハイマー病の進行を止める薬（疾患修飾薬）が実用化した際には、アルツハイマー病を症状の軽い早期、または発症前の段階で発見することの重要性がさらに高くなる。

正常な状態と認知症との中間の状態を示す概念として、これまでにAAMI (age-associated memory

impairment), AACD (aging-associated cognitive decline), CIND (cognitive impairment no dementia)などの概念が提唱されてきたが、本稿では、アルツハイマー病の前駆状態を意識して提唱された軽度認知障害 (mild cognitive impairment ; MCI) の概念の変遷について概説する。

軽度認知障害 (MCI) 診断基準の変遷

1. Petersenらによる最初の診断基準

(1) 診断基準

MCIの診断基準は1996年にPetersenらによって提唱された¹⁾。その診断基準を表1に示す。この診断基準の特徴は、認知機能障害を記憶の障害に限定している点である。

認知症にはさまざまな診断基準があるが、それらに共通しているのは、記憶障害を中心とした複数の領域にわ

表1 Petersenらによる軽度認知障害の診断基準

- ・記憶障害の訴えがあること
- ・日常生活活動 (ADL) は正常
- ・全般的な認知機能は基本的に保たれている
- ・年齢に比べて客観的な記憶障害が存在する
- ・認知症ではない

[Petersen RC, et al : Arch Neurol, 56 : 303-308, 1999より引用]

たる認知機能障害があり、その結果、社会的、職業的あるいは対人関係上の障害を来している状態であるという点である。認知症とMCIの最も大きな分岐点は、年齢や教育歴では説明できないような認知機能障害によって、社会的、職業的あるいは対人関係上の障害を来しているか否かという点である。認知機能は神経心理学的検査によって障害があるか否かを測定することができるが、社会的、職業上の障害の有無は、その人の置かれた状況によって大きく異なってくるため判断が難しいことが少なくない。

(2) 認知症への進展

Petersenらはこの診断基準を用いて縦断研究を行い、MCIと診断された人はその後1年間に約12%が認知症となり、6年間で約80%が認知症となったと報告している²⁾。同じ地域での調査で健常者が1年間で認知症となる率は1~2%であったことから、この診断基準でMCIと診断された人は認知症発症のハイリスク群であることを示した。また、より早く認知症へ進展することを予測する因子として、アポリポ蛋白ε4遺伝子をもっていること、手がかりを与える記憶想起課題の得点が低いこと、頭部MRIで海馬容積が小さいことなどを示した²⁾。

2. 改訂された診断基準

(1) 診断基準の改訂とMCIの類型による病因の推定

アルツハイマー病や他の認知症を来す疾患の前駆症状は記憶障害に限定したMCIとは限らないこと、記憶障害に限定したMCIがアルツハイマー病に進展するとは限らないことなどの知見を踏まえ、2003年に診断基準が改訂された³⁾。新しい診断基準は記憶だけではなく、言語機能や遂行機能、視空間機能などの認知機能の障害を含んでおり、また、認知機能の障害が単一領域に限られるのか、他の領域に及んでいるのかにも注目して評価され

る。その診断と分類の手順を図1に示す。

MCIがどの類型にあてはまるかによって、どのような疾患が病因として想定されるかの仮説も示されている⁴⁾(表2)。例えば、健忘型MCI(単一領域)で、緩徐に発症し徐々に進行するという変性疾患の特徴を有していればアルツハイマー病の前駆状態である可能性が高くなる。また、遂行機能や視空間機能のような記憶ではない認知機能が障害されている場合はレビー小体型認知症のような、アルツハイマー病ではない認知症に進展する可能性が高いと想定されている。

(2) 病理学的な検討

健忘型MCI(単一領域または多領域)の病因について、Petersenらは病理学的な検討を行っている。それによれば、MCIの状態で死亡した人の脳は、早期アルツハイマー病、脳梗塞、レビー小体病、嗜銀顆粒性疾患、神経原線維変化型変化、海馬硬化症など多岐にわたり、複数の病理所見が併存している例も多かった⁵⁾。一方、健忘型MCI(単一領域または多領域)から認知症に進展した人の脳は71%がアルツハイマー病の病理所見を示し、アルツハイマー病以外ではレビー小体病、海馬硬化症、非特異的なタウオパチー(タウ蛋白の異常な蓄積がみられる神経変性疾患群)、前頭側頭葉変性症などを認めた⁶⁾。

(3) 薬物療法

上記のようにMCIの原因は単一ではないこともあり、薬物療法によってMCIから認知症への進展を防ぐことができたという報告はほとんどない。わずかに、健忘型MCI(単一領域または多領域)の人がドネペジル塩酸塩10mgの使用によりプラセボ群と比較して12カ月後までは認知症への進展を防ぎ、36カ月後にはプラセボ群との差が認められなかったが、アポリポ蛋白ε4遺伝子を1つ以上もつ群では36カ月後まで認知症への進展を有意に防ぐことができたという報告⁷⁾がある。

3. アルツハイマー病によるMCIの診断基準

(1) 病因同定の重要性

MCIはさまざまな原因で起こりうるが、その原因によって将来認知症へ進展するか否か、治療が可能か否かの判断、治療法の選択などが異なる。その意味で、MCIの状態において、可能なかぎりその原因を明らかにする

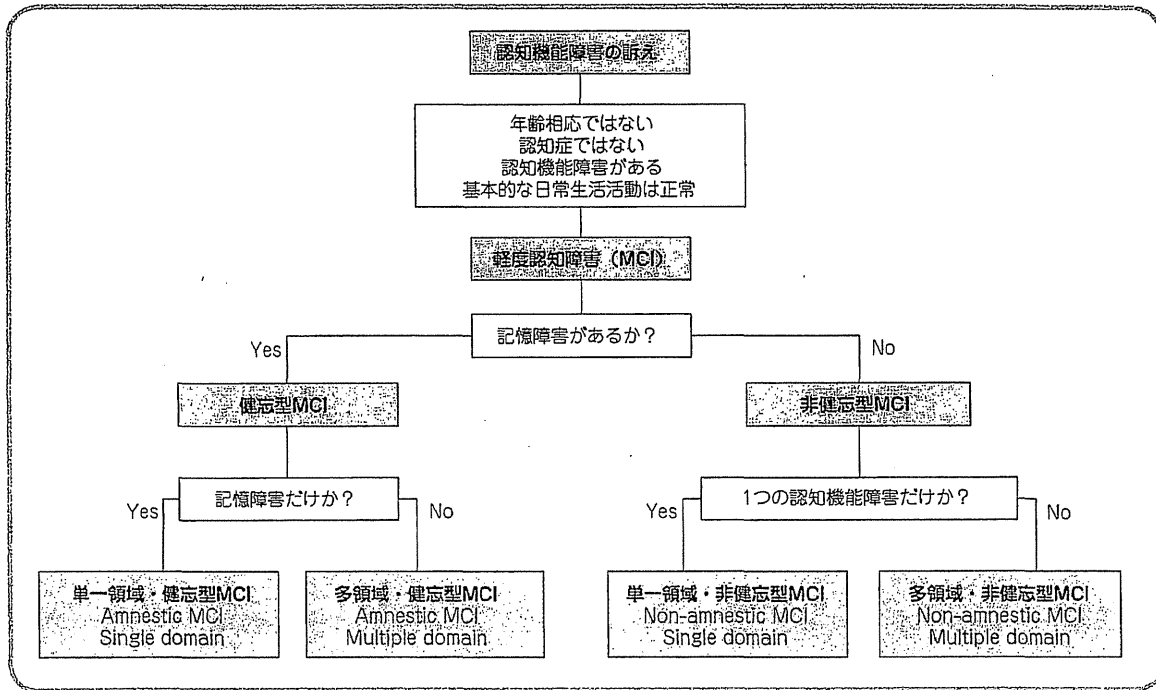


図1 改訂された軽度認知障害 (MCI) 診断基準による診断と分類の手順

(Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004より引用)

表2 軽度認知障害 (MCI) の臨床分類と、推定される病因の組み合わせ

		病因			
		神経変性	血管障害	精神疾患	身体状態
臨床分類	健忘型MCI	単一領域	アルツハイマー病		うつ病
	多領域	アルツハイマー病	血管性認知症	うつ病	
非健忘型MCI	単一領域	前頭側頭型認知症			
	多領域	レビー小体型認知症	血管性認知症		

(Petersen RC, et al : Arch Neurol, 62 : 1160-1163, 2005より引用)

ことが重要である。

今後、アルツハイマー病への早期の薬物介入を検討する際に、さまざまな原因で起こりうるMCIのなかから、アルツハイマー病が原因となっているMCIを適切に診断することが特に重要となってくる。

(2) アルツハイマー病によるMCI

2011年に米国国立加齢研究所 (National Institute on Aging ; NIA) と国際アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Association ; AA) のワークグループに

よって、アルツハイマー病による認知症とアルツハイマー病によるMCIの診断基準、さらに臨床症状が出現する前段階のアルツハイマー病の概念が提示された。アルツハイマー病によるMCIの診断基準⁶⁾は、中核となる臨床的な診断基準と、バイオマーカーを取り入れた研究用の診断基準が示されている (表3)。本診断基準の特徴は、記憶、遂行機能、言語、視空間機能、注意の各領域における評価において使用できる具体的な認知機能検査が提案されていることである。

表3 アルツハイマー病による軽度認知障害 (MCI) の診断基準

- 臨床的・認知機能に関する診断基準
 - ・本人、情報提供者、医師による認知機能低下の懸念がある
 - ・認知機能（記憶、遂行機能、注意、言語、視空間機能を含む。典型的には記憶）が1領域以上、年齢、教育歴を考慮しても客観的に障害されている（認知機能検査において年齢、教育歴、文化を考慮して、平均よりも1~1.5標準偏差より低い）
 - ・生活機能の自立が保たれている
 - ・認知症ではない
- アルツハイマー病の病態生理学的経過に合致したMCIの病因の検討
 - ・脳血管障害、外傷、身体疾患による認知機能低下を除外
 - ・認知機能の継時的な低下
 - ・アルツハイマー病の遺伝的要因に関する検討
- バイオマーカーを取り入れた研究用診断基準
 1. 中核となる臨床診断基準
 - Aβ、神経細胞障害のバイオマーカーが矛盾している/判定困難/未施行
 2. アルツハイマー病による可能性が中等度のMCI
 - Aβのバイオマーカーが陽性、神経細胞障害のバイオマーカーは未施行
 3. アルツハイマー病による可能性が高いMCI
 - Aβ、神経細胞障害のバイオマーカーがともに陽性
 4. アルツハイマー病による可能性が低いMCI
 - Aβ、神経細胞障害のバイオマーカーがともに陰性

[Albert MS, et al: Alzheimers Dement, 7: 270-279, 2011より引用]

今回の診断基準の作成に伴い、研究用に限定されているが、アルツハイマー病に関するバイオマーカーが取り入れられた。一つはアルツハイマー病脳の特徴的所見である老人斑の主要構成蛋白であるアミロイド・ベータ (Aβ) の蓄積に関するバイオマーカーで、具体的にはPETによるアミロイド蓄積と髄液中のAβ₄₂低下の所見である。もう一つは神経細胞の変性や障害に関するバイオマーカーで、具体的には髄液中のタウ蛋白 (アルツハイマー病脳のもう一つの特徴的所見である神経原線維変化の主要構成蛋白) の増加、fluorodeoxyglucose (FDG)-PETによる側頭頭頂部におけるブドウ糖取り込みの低下、頭部MRIによる側頭葉や頭頂葉の萎縮の所見である。これらの所見の有無などによりMCIがアルツハイマー病による可能性の高さを評価している。

これらの診断基準作成の背景にある要因の一つは、上記のバイオマーカーがMCIからアルツハイマー病への進展予測に有効であるという知見^{9)・11)}の集積である。

【症例】

76歳、女性

主訴 もの忘れ

既往歴 高血圧症、糖尿病を近くの診療所に通院治療を受けている。

家族歴 特記事項なし

生活歴 飲酒歴・喫煙歴なし

教育歴 小学校6年+中学校3年

現病歴 X-1年9月頃から週に1回程度、物の置き場所を忘れる。ときに人の名前が出てこないことはある。その後、置き忘れの頻度は減少してきた。本人も物の置き忘れがあることを気にしている。X年6月、当センターも忘れ外来受診。現在、銀行に行つて用事を足すことや内服の管理、身の回りのことも自分で行っている。

初診時現症 神経学的所見では深部腱反射が全般性に減弱していたほかは正常であった。一般身体所見に異常なし。

MMSE 24/30 (時間の見当識=1、場所の見当識=2、計算=2、遅延再生=1)

経過 精査を施行した。血液検査ではHbA_{1c} 6.9%、T-Chol 251mg/dLのほかは、ビタミンB群、甲状腺機能、梅毒を含め異常を認めなかった。頭部MRIでは側頭葉内側・海馬のごく軽度の萎縮を認めた (図1)。脳血流SPECTでは両側側頭葉前部・後部帯状回の血流低下を認めた (図2)。神経心理学的検査では、記憶検査で平均から1.5標準偏差以上の低下を認めた。遂行機

能、言語、集中、視空間機能の障害は認めなかった。高齢者包括機能評価で手段的ADL、基本的ADLに障害を認めない傾向なし。認知症の行動・心理症状なし。

以上、客観的な記憶障害を認め、その他の領域の認知機能障害を認めないこと、ADLの障害を認めないことから、単発型MCI(単一領域)と診断した。症状の悪化傾向はないため、経過観察とし、定期的な診察を受けることを勧めた。

■ 引用文献

- 1) Petersen RC, et al : Mild cognitive impairment; clinical characterization and outcome. Arch Neurol, 56 : 303-308, 1999
- 2) Petersen RC, et al : Current concept in mild cognitive impairment. Arch Neurol, 58 : 1985-1992, 2001
- 3) Petersen RC : Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med, 256 : 183-194, 2004
- 4) Petersen RC, et al : Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. Arch Neurol, 62 : 1160-1163, 2005
- 5) Petersen RC, et al : Neuropathologic features of amnesic mild cognitive impairment. Arch Neurol, 63 : 665-672, 2006
- 6) Jicha GA, et al : Neuropathologic outcome of mild cognitive impairment following progression to clinical dementia. Arch Neurol, 63 : 674-681, 2006
- 7) Petersen RC, et al. : Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med, 352 : 2379-2388, 2005
- 8) Albert MS, et al : The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement, 7 : 270-279, 2011
- 9) Shaw LM, et al : Cerebrospinal fluid biomarker signature in Alzheimer's disease neuroimaging initiative subjects. Ann Neurol, 65 : 403-413, 2009
- 10) Landau SM, et al : Comparing predictors of conversion and decline in mild cognitive impairment. Neurology, 75 : 230-238, 2010
- 11) Risacher SL, et al : Baseline MRI predictors of conversion from MCI to probable AD in the ADNI cohort. Curr Alzheimer Res, 6 : 347-361, 2009

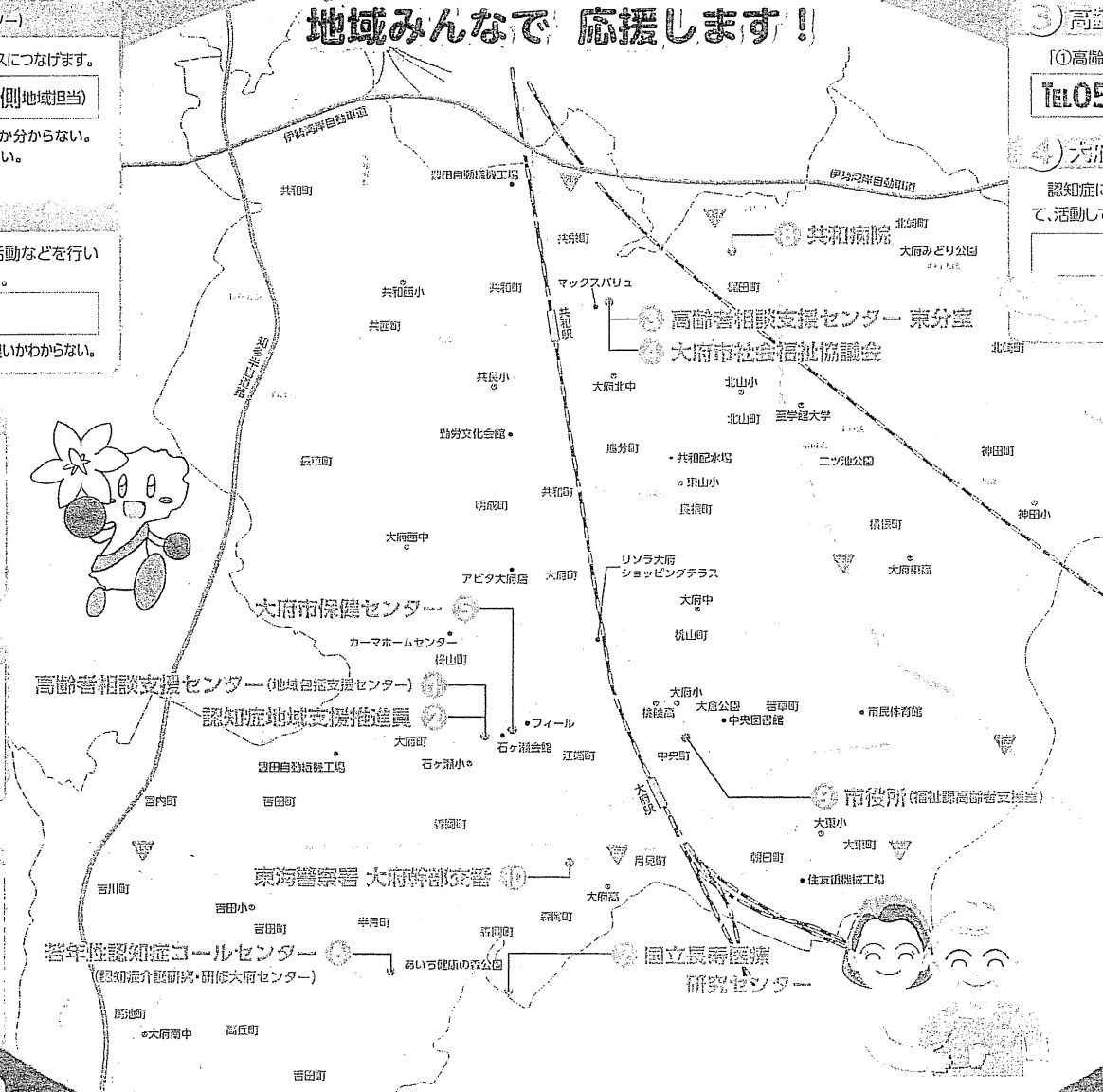
● おわりに

本稿ではMCIの診断基準の変遷を中心に、現状の課題、最近の研究の成果について概説した。アルツハイマー病のバイオマーカーについては、現時点で実施可能な施設は限られていることや、施設間の測定結果の変動をいかに小さくするか、複数のバイオマーカーで相反する結果が出た場合にどのように解釈するかなど、臨床への応用に向けた課題が残されている。さらなる研究の進捗により、MCIの病因・予後のより正確な判定が可能になり、より適切な対応ができるようになることが期待されている。

あなたを支える オレンジリング



地域みんなで 応援します!



認知症サポートセンター「スズカ」内

1 高齢者相談支援センター (認知症支援センター)

高齢者の介護などの総合相談に応じ、必要に応じて適切なサービスにつなげます。

Tel0562-45-5455 (JR東海道線から西側地域担当)

家族が認知症かもしれないけど、どうすれば良いかわからない。
認知症と診断され、日常生活のサポートが受けない。
近所に認知症かもしれない人がいて、気になる。

2 認知症地域支援推進員

認知症の人の相談・支援、医療機関などの連携、啓発活動などを行います。認知症に関することから、何でもご相談いただけます。

Tel0562-45-5447

認知症についての情報が欲しい。どこに相談して良いかわからない。

5 大府市保健センター

認知症・閉じこもり・うつ予防の教室(いきいき教室)や、認知症予防の出前講座を行っています。

Tel0562-47-8000

認知症予防について知りたい。
予防の教室に参加したい。

6 若年性認知症コールセンター (認知症相談支援センター)

64歳以下で発症した「若年性認知症」について、全国からの相談に応じています。

Tel0800-100-2707
(月~土 10:00~15:00)

7 国立長寿医療研究センター

適切な診断・治療を行うための「もの忘れ外来」や専門医療相談を行っています。もの忘れ外来の受診には予約が必要です。

予約センター **Tel0562-46-2547**
(平日13:00~16:00)

認知症専門医療相談 **Tel0562-87-0827**
(平日10:00~15:00)

大府市医師会「もの忘れ相談病院」

認知症の診察については、まずは、かかりつけ医にご相談ください。裏面に診察ができる医院を掲載しています。



3 高齢者相談支援センター 東分室

「①高齢者相談支援センター」と同じ業務をしています。

Tel0562-48-1051 (JR東海道線から東側地域担当)

4 大府市社会福祉協議会

認知症になっても住みやすいまちづくりを目指し、地域の人と一緒に活動しています。認知症サポーター教室や介護者教室を開催しています。

Tel0562-48-1805

地域で認知症対策に取り組みたい。
認知症に関することについて活動したい、学びたい。

8 共和病院

認知症治療病棟があります。

Tel0562-46-2222

9 市役所(福祉課高齢者支援室)

介護保険や、市の高齢者福祉サービスなどの申請や相談に応じます。市の認知症施策の計画、実施をしています。

Tel0562-45-6289 (直通)

介護保険の認定申請をしたい、制度を知りたい。
市の福祉サービスを知りたい、利用したい。
経済的負担について相談したい。

民生児童委員

地域で身近な相談支援活動を行うボランティアです。市役所や高齢者相談支援センターに支援の必要な人の状況を伝えるなど、「橋渡し役」として活躍しています。

認知症サポーター

認知症サポーター教室を受講し、認知症の人のことを正しく理解し地域で見守る応援者です。オレンジリングを付けている人が目印です!
⇒認知症サポーター教室については「4」へ。

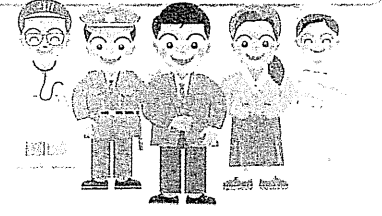
10 東海警察署 大府幹部交番

徘徊などで行方不明となった場合は、いち早く届け出てください。

Tel0562-46-0022 (緊急事柄は110番)

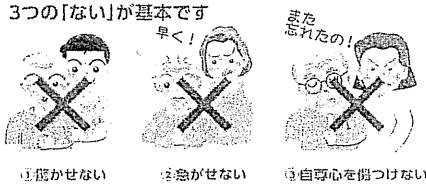
介護保険サービス事業所

介護保険の認定を受けた後に、サービスを利用することができます(自己負担1割)。デイサービスやヘルパーなどが利用できます。
⇒介護保険の認定を受けたい場合は「9」へ。
⇒サービスの利用などについては、「1」「2」「3」「9」へ。



認知症の人への接し方

認知症の人は、以前はできていたことが、上手くできなくなることなどによって、自分の現状や将来に、不安や恐怖を感じています。周りの人はそれらを少しでも和らげてあげられるように、あたたかい態度で接し、ひとつずつ分かりやすい言葉でゆっくりと話し掛けることが大切です。



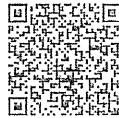
おおぶ・あったか見守りネット

「おおぶ・あったか見守りネット」は認知症の人やその家族の人など、地域で困っている人を支援するための情報を配信するメールマガジンです。どなたでも会員登録ができます。ぜひ、身近なボランティアとして皆様の登録をお待ちしています。



【お問い合わせ先】 徘徊高齢者捜索の協力依頼 認知症や介護に関する研修会、講座案内 など

【登録方法】 インターネット契約をした携帯電話やパソコンから、下記の登録アドレスにアクセスし、空メールを送信してください。



【登録アドレス】 <http://www.chitamaru.jp/fukushi/>

【お問い合わせ先】 大府市役所 福祉課 高齢者支援室

【電話番号】 0562-45-6289 (直通) 【Eメール】 fukushi@city.obu.lg.jp

大府市医師会 市の認知症医療一覧

山本医院	桃山町二丁目8-1	46-6850	久野内科医院	北崎町内田面26	48-4061
山田整形外科	中央町一丁目105	47-7011	いまむらクリニック	共和町七丁目68-3	45-5565
村瀬医院	中央町二丁目100	46-2012	みつばクリニック	共栄町六丁目475	44-0008
加藤内科・胃腸科	中央町六丁目91	46-8900	早川クリニック	東新町二丁目140	47-0993
児玉クリニック	若草町二丁目102	48-8567	伊東整形外科	東新町四丁目66-3	46-2000
大府ファミリークリニック	終山町一丁目3	48-6661	広川レディースクリニック	一屋町四丁目88	44-1188
大府こころのクリニック	終山町一丁目175-1	46-2002	應羽外科医院	明成町一丁目327	47-4111
清水内科クリニック	終山町一丁目175-1	46-7400	めいせい志賀クリニック	明成町二丁目280-1	45-5959
平野内科	月見町三丁目129	46-0030	やすい内科	桜木町二丁目192	44-6521
おおぶ眼科クリニック	月見町五丁目215	43-0022	診療所大府	吉川町一丁目55	46-7770
なだか山クリニック	構根町名高山5-26	46-7566	みやはら医院	森岡町一丁目188	44-6711

認知症は誰にでも起こりうる脳の病状による症状です。現在、65歳以上の人の10人に1人が何らかの認知症状があるといわれており、全国では約300万人の人が認知症と推計(厚生労働省)され、今後も増加していくことが予測されています。それは、大府市においても例外ではなく、今後、間違いなく高齢者人口は増加し、それに伴い認知症の人も増加していきます。

今回、大府市では、認知症になっても、その人らしく住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指し、地域住民、ボランティア、NPO、医療機関、介護保険事業所、行政などの関係機関で「大府市認知症支援ネットワーク検討会議」を組織し検討を重ねてきました。その取り組みのひとつとして、「何かおかしい」と感じた時や、困った時に役立つ相談窓口などを掲載した、「おおぶ・あったか見守りマップ」を作成しましたので、ご利用いただければ幸いです。

大府市認知症地域支援ネットワーク検討会議
(協力機関(順不同):国立長寿医療研究センター、認知症介護研究・研修大府センター、大府市居宅介護事業所連絡協議会、大府市訪問介護サービス事業所連絡協議会、大府市通所系サービス事業所連絡協議会、大府市民生児童委員協議会、ボランティアグループなごみ、さわやか愛知、ネットワーク大府(多機能ホームいしがて)、グループホーム・ルミナス大府、ニチイケアセンター大府、グループホームいこいの家、大府市高齢者相談支援センター、大府市社会福祉協議会)

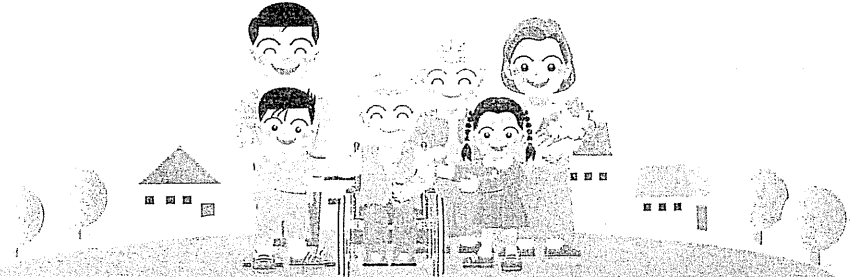
保存版

おおぶ あったか

認知症の人やその家族の人の
暮らしをみんなで応援します

認知症見守りマップ

～ 認知症になっても 安心して暮らせるまちをめざして～



認知症とは

認知症とは、脳の細胞が死んだり働きが悪くなったりすることで、もの忘れがひどくなったり、時間や場所がわからなくなったり、理解する力や判断する力が低下することなどにより、社会生活をおくるのが難しくなる状態をいいます。

認知症のサインを見逃さないで

「加齢に伴うもの忘れ」…体験などの一部を忘れる。忘れていた自覚がある。

「認知症によるもの忘れ」…体験などのすべてを忘れる。忘れていた自覚がない。



初期症状をチェックしてみよう

初期段階のサインを発見できれば、治療や適切なケアにより、症状を軽くしたり、進行を遅らせたりすることが可能な場合があります。早期発見、早期受診に心がけましょう。

- | | |
|---|--|
| ① <input type="checkbox"/> 同じことを言ったり聞いたりする。 | ⑪ <input type="checkbox"/> ささいなことで怒りっぽくなった。 |
| ② <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立ってきた。 | ⑫ <input type="checkbox"/> 蛇口、ガス栓の閉め忘れ、火の用心ができなくなった。 |
| ③ <input type="checkbox"/> 物の名前が出てこなくなった。 | ⑬ <input type="checkbox"/> 複雑なテレビドラマが理解できない。 |
| ④ <input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった。 | ⑭ <input type="checkbox"/> 料理の手順が悪くなった。 |
| ⑤ <input type="checkbox"/> 以前はあった関心や興味が失われた。 | ⑮ <input type="checkbox"/> 機械の操作が覚えられない、使いこなせない、使い方を忘れる。 |
| ⑥ <input type="checkbox"/> だらしくなった。 | ⑯ <input type="checkbox"/> 思考が遅くなった、判断力が落ちた。 |
| ⑦ <input type="checkbox"/> 日課をしなくなった。 | ⑰ <input type="checkbox"/> 夜中に急に起き出して騒いだ。 |
| ⑧ <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになった。 | ⑱ <input type="checkbox"/> 幻覚を見る。 |
| ⑨ <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷った。 | |
| ⑩ <input type="checkbox"/> 財布などを盗まれたという。 | |

チェック項目があてはまるようであれば医師に相談してください。(このチェックは、あくまで目安ですので、必ずしも認知症と診断されるわけではありません。)

(国立長寿医療研究センターもの忘れ外来で使われているチェックリストより)

大府市

中面をご覧ください!

千葉県認知症対策におけるネットワーク活動

旭神経内科リハビリテーション病院

旭 俊臣

[I] 地域の概要

[II] 活動の歴史

- (1) 千葉認知症研究会
- (2) 松戸認知症研究会

[III] 活動の実際

- (1) 認知症リハビリテーション
- (2) 認知症の診療の現状と問題
- (3) 千葉県認知症対策推進協議会

[IV] 今後の課題

千葉県認知症対策におけるネットワーク活動

旭神経内科リハビリテーション病院

旭 俊臣

[I] 地域の概要

千葉県は高度成長期の1965年頃より人口が急増して、2009年には人口620万人となり、高齢化率は18%で全国平均(23%)より低い。しかし、団塊の世代(1947年～1949年生まれ)が高齢期を迎える2015年には、高齢化率が26%になると予想されており、埼玉県に次いで全国2番目の伸び率で高齢者数が急増すると考えられる。当院の所在地である松戸市は、1990年は人口46万人で高齢化率は6.7%であったが、2010年には人口48万人で高齢化率20%となり、高齢者人口は32,000人から96,000人に急増している。そして、認知症高齢者は、1,200人から7,500人(介護認定を受けた人数)に増えている。介護認定を受けていない認知症高齢者を含めると、15,000人以上の認知症高齢者が在住していると考えられる。

千葉県の認知症高齢者は、2009年には7万人であり、今後、急増していくと予想される。認知症高齢者は、診療所、認知症専門医療機関(神経内科、精神科、脳神経外科、老年科等)、救急病院、リハビリテーション病院(回復期リハビリ病棟)、精神科病院などで診療を受けているが、このような医療現場では多くの問題が発生している。本稿では、千葉県及び松戸市における、認知症高齢者の診療の現状と診療システムの構築への取り組みを述べる。

〔Ⅱ〕活動の歴史

(1) 千葉認知症研究会

松戸市において認知症に関する地域活動は、1990年に行なわれた松戸市シルバー健康実態調査が発端である。この調査において、松戸市の人口は46万人、高齢化率6.7%、高齢者31,000人であり、認知症発現率は3.9%(1,200人)、重度別分類では、軽度認知症43%、中等度認知症25%、重度認知症32%であった。調査の10年後の2000年には、認知症高齢者は2,000人に達する見込みであったので、対策として地域ケアシステムの必要性が提唱されていた。

1994年には、筆者らが、医師、看護師、保健師、臨床心理士、行政担当者呼びかけ、10数名で松戸痴呆性老人研究会を発足して、数ヶ月に1度の勉強会を行なった。1996年までの3年間研究会を続けた結果、認知症患者の長期在宅ケアを促進するためには、医療関係者と行政の連携だけでなく、福祉関係者、介護者との連携を進めることが必要となってきた。そこで、1997年に千葉県内の関係者に呼びかけて、千葉痴呆研究会(2006年、第10回研究会より千葉認知症研究会と改称)を立ち上げた。第1回の研究会には、千葉県下から200名近くの参加者があり、研究発表や講演会を行なった。

認知症患者及び家族から医療・保健・福祉関係施設及び行政への相談が急速に増えていく中で、認知症の治療・ケア上の問題点も多く出現した。そこで、年に1回開催される研究会において、関心の高いテーマを取り上げてシンポジウムを行ない、会員の啓蒙活動として講演会を行なってきた。

(2) 松戸認知症研究会

2006年には松戸市医師会が中心となり、松戸市認知症研究会として発足し研修会を行なった。松戸市医師会は、研修会に参加した医師を「認知症協力医」と認定した。2009年には松戸市役所主催の研究会となり、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、認知症の人と家族の会、福祉施設関係者にも拡大されて、2ヶ月に1度開催されるようになった。

その後、現在までに医師及び看護・介護職への研修会、一般市民への講演会などを行なった結果、認知症高齢者の診療に関する協力医や専門医、看護・介護職との連携が徐々にとられるようになった。また、一般市民への講演会などを通して、認知症高齢者への理解者となってもらう認知症サポーターの育成をはかった。その結果、2012年にはサポーターは9500名になった。そのサポーターのうち、920名が松戸市内に在住する認知症高齢者に対して見守り活動を行なう「松戸市あんしんオレンジ隊」として発足した。サポーターの見守り活動により、徘徊中の認知症高齢者が、以前より早く発見されるようになった。