

23. アルコール使用障害

表面化している症状:

患者が訴える可能性のある症状:

- 飲酒に関連した問題: 抑うつ気分、神経質さ、不眠、および
- アルコール摂取による身体面での合併症(例:潰瘍、胃炎、肝疾患)
- アルコール摂取による事故または怪我、あるいは
- 記憶力または集中力の低下

他に考えられる可能性:

- アルコール摂取が原因の法的または社会的問題(パートナーや家族との問題、家庭内暴力、欠勤)
- アルコールの離脱症状(発汗、震え、朝の吐き気、幻覚)
- 患者がアルコールの問題を否認、または問題であることに気付いていない可能性もある。

本人に先立って、家族が援助を求めるかもしれない(例:患者が家ではいらいらしている、もしくは欠勤する)。症状表出は、男女間で異なることがある。

臨床記述:

この障害の特徴は、過剰な量のアルコール摂取と、派生する心理的、社会的および身体的な実害と依存である。アルコール摂取の方法は、継続して一定量を摂取する場合もあるし、飲むときには一気に飲む「大量飲酒」する場合もある。

診断に必要な症状:

アルコールの危険な摂取—飲酒が本人および他者の健康に多大なリスクをもたらす。酒量は各地の基準により定義されるものとする。例:男性であれば週に 21 基準飲酒量以上、女性であれば週に 14 基準飲酒量以上(基準酒量の NB アルコール含量は様々である)。

アルコールの有害な摂取—飲酒者にとって、アルコール摂取が身体的、社会的または心理的な実害の原因である(または実質的に貢献している)ことが明らかである。これらの害には、判断の障害や適応的でない行動が含まれる。アルコールの他に楽しめる活動があったとしても、それらが段々と目に入らなくなる。

依存症候群

- 実害があるにも関わらずアルコール摂取を続ける
- アルコール摂取のコントロールが困難である
- アルコール摂取への強い欲求
- 耐性(大量に飲酒しても酩酊しているように見えない)
- 離脱症状(不安、震え、発汗、せん妄、発作)

妊娠時の飲酒は、脳発達の異常、発育不全、典型的な顔の特徴、神経系の異常を伴う胎児性アルコール症候群となる可能性がある。

小児期:

児童であってアルコールを過剰摂取し、アルコール関連障害を発症する可能性がある。

鑑別診断:

不安または抑うつなどの精神医学的な病態もアルコール問題の原因となりうるので、これらを考慮すること。また、これらの精神症状は、一定期間の禁酒の後に現れることもある。

双極性障害は、アルコールおよび薬物の使用の両方と関連する。



24. 薬物使用障害

表面化している問題:

患者が訴える可能性のある症状:

- 抑うつ気分、神経質さ、不眠
- 薬物使用による身体面での合併症
- 薬物使用による事故または怪我
- 急性薬物中毒または離脱による他の様々な症状および兆候

他に考えられる可能性:

- 行動、外見または機能における、薬物のほかに説明がつかない変化
- 薬物使用の否認
- 麻薬または他の薬物を目的に痛みを訴えたり、また直接的にそれらを要求したりする
- 薬物使用が原因の法的または社会的問題(パートナーや家族との問題、家庭内暴力、欠勤)

本人に先立って、家族が援助を求めるかもしれない(例:患者が家ではいらしている、もしくは欠勤する)。症状表出は、男女間で異なることがある。

臨床記述:

この障害の特徴は、薬物(違法薬物(例:オピオイド、覚せい剤、大麻)、処方薬(例:ベンゾジアゼピン系薬剤、合成オピオイド)、およびその他の一般的に入手可能な中毒性化学物質(例:ソルベント、軽油)の過剰摂取と、派生する心理的、社会的および身体的な実害と依存である。

診断に必要な症状:

- 多量の、または頻繁な使用
- 薬物使用が身体的な害(例:中毒状態での怪我)、心理的な害(例:薬物使用による精神症状、薬物使用による精神障害の悪化)
または
- 薬物使用が有害な社会的帰結(例:失業、深刻な家族およびパートナーとの問題、経済および法的な問題)

深刻なケースで起こりうる症状:

依存症候群

- 実害があるにも関わらず薬物使用を続ける
- 薬物使用のコントロールが困難である
- 薬物使用への強い欲求

鑑別診断:

- 不安または抑うつなどの精神医学的な病態も薬物使用問題の原因となりうるので、これらを考慮すること。また、これらの精神症状は、一定期間薬物を使用しなかった期間の後に現れることもある。
- 双極性障害は、アルコールおよび薬物の使用の両方と関連する。

25. タバコ使用障害

表面化している症状:

患者は、禁煙についての相談で来院する可能性がある。

咳、痰または頻繁な呼吸器感染、高血圧または心臓疾患など喫煙による疾患がある患者には、直接喫煙の習慣について尋ねるべきである。

臨床記述:

依存性および身体的実害に繋がるタバコ使用(喫煙または咀嚼)を特徴とする障害である。

診断に必要な症状:

使用形態を問わず、定期的な使用は実害をおよぼす可能性があり、依存につながる。

依存症候群

- 実害があるにも関わらずタバコ使用を続ける
- 使用のコントロールが困難である
- 喫煙への強い欲求
- ニコチンの離脱症状

健康情報

- 親が喫煙者である場合、その子どもは呼吸器系の問題を患う可能性がある。
- 妊娠時の喫煙は、早産や低体重での出生を引き起こす可能性があり、また乳幼児突然死の可能性は二倍になる。
- 喫煙は、肺がん、高血圧、心臓疾患および末梢血管疾患に対し強い因果関係にある。

小児期:

児童は若年時に喫煙を始める可能性があり、また依存の症状を呈することもある。

鑑別診断:

一般に、他の物質使用障害と併発する。

26. パーソナリティ障害

表面化している問題:

他者との関係において、徐々に問題行動の特徴的なパターンを呈する。パターンの表出は、以下の様態を示すことがある: 自傷するとの脅しまたは実際の自傷、気分の不安定、他者の行動への猜疑心または反復的な不満、または単純な他者の回避。対人関係における深刻な衝突と攻撃性と暴力のエピソードがみられることもある。

診断に必要な特徴:

他者との関係が困難または荒れるパターンが持続する。

関連する特徴:

他者との関係における困難は、攻撃的または敵対的な態度、社会的接触への猜疑心、ひきこもりまたは回避、またはコントロールと規律への過剰な要求、もしくは怒りや自己嫌悪まで幅のある範囲での情緒の急激な変化のカタチで表出化する。

ケースによっては、激しく不安定な指摘人間関係に巻き込まれる負担が反復的な情緒面での危機的状況を引き起こし、しばしば自傷や自殺の脅しのエピソードがみられることもある。危機に際して、抑うつおよび/あるいは不安症状への急激な移行を伴う過剰な怒りを示すかもしれない。その他に、アルコールや薬物使用、万引き、無謀な運転およびむちゃ食いなど、自己破壊的な行動がある可能性もある。

重度のケースにおける可能性:

- 薬物使用と関連のない短期間の精神病症状
- 自傷または適切な自己管理を怠ることによる自己への深刻なリスク
- 暴力または搾取により、他者の安全に深刻なリスクを及ぼす

鑑別診断

- 双極性障害
- 抑うつ性障害
- 薬物使用障害

27. 認知症

表面化している訴え:

- 患者自身は、物忘れや気分の落ち込みを訴えることがある。
- 患者の家族は、患者における記憶力の低下、性格または行動上の変化、不衛生を訴えたり、より重篤な病態では、混乱、徘徊、失禁などの症状を訴えたりすることもある。

臨床記述:

認知症は、脳細胞損傷の臨床症状であり、変性過程、脳卒中または代謝要因により引き起こされるものである。

診断に必要な症状:

認知的変化: 中核的症状は、記憶における問題である。最近の出来事の回想を含め、新たな情報の学習における困難と、かつて学習した情報回想の困難(**記憶喪失**)の両方が考えられる。

関連症状:

- **失語**(表出性または受容性)、**失行**(感覚および運動器官が損なわれていないにも関わらず、着衣などの行為が遂行できない)および**失認**(身近なひとやものを認識できない)が、他の認知症状に含まれる。
- **行動上の問題**には、騒がしさ、落ち着きのなさ、徘徊や迷子、失禁、脱抑制による反社会的かつ不適切な行動、興奮、ベッドを抜け出すもしくはベッドにこもる、などが挙げられる。料理、買い物、外出や岡年お支払いなど日常生活に影響がおよぶこともある。
- **精神症状**には、気分の落ち込み、猜疑心、妄想思考(他人に害される、または物を盗まれる)、幻覚、眠りが妨げられる、徘徊、無感情もしくは不安が挙げられる。

認知症の一般的な要因は:

- アルツハイマー病(漸進的かつ進行性の過程)
- 血管性認知症(段階的過程をたどり、高血圧と関連する)
- パーキンソン病

下記が認知症の要因となっていれば、治療による回復が見込める:

- 抑うつ—気分の落ち込みが持続的かつ顕著で、記憶と集中の問題を伴う場合
- ビタミン B₁₂ および葉酸の欠乏
- コルサコフ症候群(チアミン欠乏による深刻な短期記憶の問題でアルコール依存症にみられる)
- うっ血性心不全
- 尿毒症 —回復の可能性はある
- 肝機能不全—回復の可能性はある
- 硬膜下血腫
- 脳腫瘍
- 常圧水頭症
- HIV 感染
- 神経梅毒
- 処方薬またはアルコール

鑑別診断:

- 軽度の認知機能障害 (mild cognitive impairment; MCI) : 記憶に機能障害があっても、仕事や社会生活を送るうえで支障をきたさない
- 加齢にともない通常みとめられる記憶の機能低下

1. 認知症医療・ケア体制

—円滑で切れ目のない医療（身体疾患，BPSD）を行い，患者，家族の安心ネットワークを築くには—

地域包括ケアシステムの構築とわが国の認知症施策の方向性：特に，認知症の早期診断・早期対応について

粟田 圭一

1. はじめに

2012年4月に施行された改正介護保険法（厚生労働省，2011a）は，地域包括ケアシステムの構築を国及び地方公共団体の責務として明確に位置づけ，第5期介護保険事業計画（厚生労働省，2011b）はその実現を基本目標に据えている。また，2012年2月に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱（内閣官房，2012）は，地域包括ケアシステムの構築を社会保障改革の基本的考え方の一つに掲げ，診療報酬・介護報酬の同時改定（厚生労働省，2012a）や医療計画の策定（厚生労働省，2012b；厚生労働省，2012c）も，それを具体化させる方向で進められている。このような動きの中で，2012年6月18日に厚生労働省は「今後のわが国の認知症施策の方向性について」（表1）（厚生労働省，2012d）を発表し，9月5日に「認知症施策推進5か年計画（オ

レンジプラン）」（表2）（厚生労働省，2012e）を提示した。本稿では，地域包括ケアシステムの構築という文脈の中で，今後の認知症施策の方向性，特に，認知症の早期診断・早期対応の方向性を概観し，課題の整理を試みた。

2. 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは，世界的には Community-based Integrated Care System と呼ばれるものに相当する。これは，慢性疾患の増加，とりわけ高齢患者の増加に対する医療体制の適正化（限られた医療資源，限られた財政資源の下で，ケアの質を高めていくための変革）という観点から，1990年代より主として先進国の間で積極的に導入が進められてきたものである（筒井，2012）。

Community-based Integrated Care System は，Community-based Care System と Integrated Care System という2つの独立した概念によって構成される。Community-based Care System は，その地域の保健ニーズに応じて運営されるサービス提供体制であり，地域に暮らす人々の考え方，好み，価値観によって設計され，一定レベルの「地域参加」によって保障されるという性質をもつ。一方，Integrated

Direction of the national dementia strategy in the context of the establishment of a community-based integrated care system: Early diagnosis and intervention

Shuichi Awata

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム [〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2]

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015)

表 1. 今後の認知症施策の方向性について

-
1. 標準的な認知症ケアパスの作成
 - ① 認知症状態に応じた適切なサービスの提供
 2. 早期診断・早期対応
 - ① かかりつけ医の認知症対応力向上
 - ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
 - ④ 早期診断を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 - ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 - ③ 一般病院での認知症対応力の向上
 - ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
 - ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
 - ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
 - ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
 - ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
 - ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力向上
 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
 - ① 認知症に関する介護予防の推進
 - ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
 - ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
 - ④ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取り組みの推進
 - ⑤ 市民後見人の育成と活動支援
 - ⑥ 家族に対する支援
 6. 若年性認知症施策の強化
 - ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
 - ② 若年性認知症の人の居場所づくり
 - ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取り組みの推進
 - ④ 若年性認知症の人の就労等の支援
 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
 - ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
 - ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
 - ③ 介護従事者への研修の実施
 - ④ 医療従事者への研修の実施
-

Care System は、サービス提供の分断を減少させるために、医療や介護など異なる領域間でのケアの調整と継続性の促進を図ることを目的としたサービス提供体制である (Plochg & Klazinga, 2002)。

わが国では、2003年に厚生労働省老健局長によって立ち上げられた高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」(高齢者介護研究会, 2004)の中で、はじめて、地域包括ケアシステムの確立が提案され、2005年の介護保険法改正(厚生労働省, 2006a)に

において、「予防重視型のシステムへの転換」という観点から介護予防事業がスタートし、「新たなサービス提供体制の確立」という観点から地域包括支援センターと地域密着型サービスが創設された。また、老人保健健康増進等事業によって2009年に立ちあげられた「地域包括ケア研究会」(地域包括ケア研究会, 2010)において、地域包括ケアシステムとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するため

表 2. 認知症対策推進 5 年計画 (オレンジプラン)

<p>1. 標準的な認知症ケアパスの作成</p> <p>○ 「認知症ケアパス」の作成・普及</p> <p>2. 早期診断・早期対応</p> <p>○ かかりつけ医の認知症対応力向上受講者数; 35,000 人 (2012 年度末) → 50,000 人 (2017 年度末) 【考え方】 高齢者人口 600 人 (認知症高齢者 60 人) に対して 1 人.</p> <p>○ 認知症サポート医養成研修受講者数; 2,500 人 (2012 年度末) → 4,000 人 (2017 年度末)</p> <p>○ 「初期集中支援チーム」の設置; 地域包括支援センター等に配置し, 家庭訪問を行い, アセスメント, 家族支援等を行う. モデルスキーム (2012 年) → モデル事業 (2013~2014 年度) → 制度化検討</p> <p>○ 早期診断等を担う医療機関の数; 約 500 か所整備 (2012~2017 年度) 【考え方】 認知症患者医療センターを含めて 2 次医療圏に 1 か所以上.</p> <p>○ 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着</p> <p>3. 地域での生活を支える医療サービスの構築</p> <p>○ 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定</p> <p>○ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化; 調査研究を実施 (2012 年度~)</p> <p>○ 「退院支援・地域連携クリティカルパス (退院に向けての診療計画)」の作成</p> <p>4. 地域での生活を支える介護サービスの構築</p> <p>○ 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために, 必要な介護サービスの整備を進める.</p> <p>5. 地域での日常生活・家族の支援の強化</p> <p>○ 認知症地域支援推進員の人数; 175 人 (2012 年度末見込) → 700 人 (2017 年度末) 【考え方】 5 つの中学校区あたり 1 人配置 (2,200 人), 当面 5 年間で 700 人配置.</p> <p>○ 認知症サポーターの人数; 350 万人 (2012 年度末見込) → 600 万人 (2017 年度末)</p> <p>○ 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村; 40 市町村 (2012 年度見込) → 将来的にはすべての市町村 (約 1,700) で整備</p> <p>○ 認知症の人やその家族に対する支援; 調査・研究 (2012 年度) → 認知症カフェの普及など (2013 年度以降)</p> <p>6. 若年性認知症施策の強化</p> <p>○ 若年性認知症支援のハンドブック作成; 作成と配布 (2012 年度~)</p> <p>○ 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数; 17 都道府県 (2012 年度見込) → 47 都道府県 (2017 年度)</p> <p>7. 医療・介護サービスを担う人材の育成</p> <p>○ 「認知症ライフサポートモデル」の策定; 調査・研究 (2012 年度) → 多職種協働研究等で活用 (2013 年度以降)</p> <p>○ 認知症介護実践リーダー研修の受講者数; 2.6 万人 (2012 年度) → 4 万人 (2017 年度) 【考え方】 すべての介護保険施設 (15,000) と GH (14,000) の職員 1 ずつが受講. 小規模多機能, 訪問介護, 通所介護については, すべての中学校区 (11,000) で 1 人ずつが受講.</p> <p>○ 認知症介護指導者養成研修の受講者数; 1,600 人 (2012 年度) → 2,200 人 (2017 年度) 【考え方】 5 つの中学校区あたり 1 人が受講</p> <p>○ 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数; 新規 → 87,000 人 (2017 年度末) 【考え方】 約 8,700 の病院 1 か所あたり 10 人 (医師 2 人, 看護師 8 人) が受講.</p>	
--	--

に, 医療や介護のみならず, 福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場 (日常生活圏域) に適切に提供できるような地域の体制」であり, 日常生活圏域とは「おおよそ 30 分以内」に必要なサービスが提供される圏域 (中学校区) と定義された. さらに, 団塊の世代が 75 歳以上高齢者となる 2025 年に向けて, 「現行のサービス提供体制では重度の要介護高齢者や医療ニーズが高い高齢者を地域で支えることが困難, 特に, 単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることが困難であり, 日常生活支

援 (見守り, 配食, 緊急時通報等) や権利擁護等の介護保険制度外サービスを含む地域づくりとともに, 高齢者に配慮された住宅の整備が必要」(社会保障審議会介護保険部会, 2010) とされ, 地域包括ケアシステム確立の必要性が明確に打ち出されるようになった.

こうして, 2012 年施行の改正介護保険法 (厚生労働省, 2011a) においては, 地域包括ケアシステムの構築が国及び地方公共団体の責務とされ, 第 5 期介護保険事業計画 (厚生労働省, 2011b) において,

予防、医療、介護、住まい、生活支援の5つのサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現が基本目標に据えられるに至ったのである。

3. 今後の認知症施策の方向性について

「今後の認知症施策の方向性について」（表1）では、「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めざす」ことを基本目標に、7つの方向性が示されている。これは、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現をめざした、現段階での国家戦略と捉えることができよう。また、この報告書に沿って提示された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（表2）には、2013年～2017年までの社会資源整備に関する具体的な数値目標も示されている。ここでは、特に、認知症の早期診断・早期対応に関連する社会資源整備とシステムづくりについて課題整理を試みたい。

4. 早期診断・早期対応

地域包括ケアシステムの構築という文脈の中で構想される認知症の早期診断・早期対応とは、認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断とアセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを統合的に提供し、それによって認知症の人と家族介護者の生活の質を保持し、穏やかで安全な暮らしを継続できるようにしていこうとするものである（粟田、2012a）。これを実現するためには、少なくとも以下の観点からの社会資源整備とシステムづくりが求められよう。

4.1. 認知症に対する偏見の解消

認知症に気づき、医療機関や相談機関につながり、認知症の診断とアセスメントが行われることが、認知症の人と家族の生活を守る支援の入り口である。そのためには認知症に対する偏見の解消が不可欠である（Alzheimer's Disease International, 2012）。

2004年12月に厚生労働省は認知症の呼称を「痴呆」から「認知症」に変更し、2005年4月より「認知症を知り、地域をつくる10カ年構想」というキャンペーン下で、認知症サポーター養成事業を開始した（厚生労働省、2006b）。この事業は、地域や職場において認知症の人と家族を支える認知症サポーターを養成する事業「認知症サポーター養成講座」と同講座の企画・立案・実施を担うキャラバン・メイトを養成する事業「キャラバン・メイト養成研修事業」で構成されている（厚生労働省、2009a）。認知症サポーターの数は2012年度末には350万人に達するものと予測されており、2017年度末までには600万人に増員することが目標とされている（表2）。

こうした事業をより効果的なものにしていくためには、「高齢者の見守り活動」「カフェやサロンなどの居場所づくり」「家族会活動」「単身・生活困窮高齢者への支援活動」など、認知症サポーターが、認知症の人と家族を支える多様な地域活動に連結していけるようなシステムづくりが求められる。また、認知症の一次予防をめざした介護予防事業も、同時に、認知症に対する偏見の解消と、認知症の人と家族を支える地域活動に連結できるようなシステムづくりが望まれる。

4.2. 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、2005年の介護保険法改正（厚生労働省、2006a）において創設された、地域包括ケアシステムの理念を実現するための実践的調整機関である。① 総合相談支援、② 権利擁護、③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援、④ 介護予防ケアマネジメントという4つの業務とともに、どのようなサービスを利用すべきかわからない住民に対しても、そのニーズに適切に対応できる「ワンストップサービス」の拠点となることが求められている。こうした業務の枠組みの中で、地域に暮らす認知症高齢者への対応が求められるのは当然であるが、しかし、全国版の地域包括支援センター業務マニュアル（長寿社会開発センター、2011）の中には、認知症関連の業務が明確にされていないという問題が指摘されている（菊地ら、2012）。

地域包括支援センターは、認知症の「早期発見・対応」「本人・家族支援」「地域における支援体制づくり」の役割を果たす必要があり、少なくとも、① 認知症の相談窓口であることを地域住民に周知させること、② 認知症の総合アセスメントを実施すること、③ 医療機関等と情報を共有すること、を地域包括支援センターの業務水準の中で明確化させる必要がある。国と地方自治体は、地域包括支援センターが認知症に関連したこうした業務を遂行できるように、環境の整備に努める必要がある。

4.3. かかりつけ医

認知症に対する医療サービスの強化をめざして、厚生労働省は、2006年から、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」によって構成される認知症地域医療支援事業を開始した（厚生労働省、2006b）。

認知症サポート医には、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担うことが求められており、具体的には、① 都道府県・指定市医師会を単位とする、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、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、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、という3つの役割が求められている。一方、かかりつけ医には、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することが期待されており、具体的には、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（医療連携）、⑤ 地域の認知症介護サービス諸機関との連携（多職種協働）という5つの役割が求められている。

筆者らは、認知症対応力を評価する尺度を開発し、東京都の全診療所を対象に認知症対応力を調査した。その結果、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医療機関は、参加していない医療機関と比較すると、かかりつけ医機能のみならず、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能も有意に高いことが明らかにされた（栗

田ら、2012a）。また、認知症サポート医がいる診療所は、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所よりも、上記のすべての機能が有意に高いことが示された。しかし、得点の分布から、認知症の鑑別診断や地域連携を“通常の業務として”実施している認知症サポート医は限られていることが示唆された（栗田、2013）。認知症サポート医が、かかりつけ医や地域包括支援センターで応需した個別事例について、どの程度有効な支援を行っているかについては今後評価する必要がある。厚生労働省は、2012年度末から2017年度末までに、認知症サポート医を2,500人から4,000人に、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業受講者を35,000人から50,000人にすることを目標にしている（表2）。なお、現在サポート医養成研修で用いられるテキストについては、サポート医の役割をより明確にするために抜本的な改訂が行われている。

4.4. 認知症疾患医療センター

2008年に国庫補助金による事業として創設された認知症の専門医療機関である。その目的は、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」とされている。設置基準には、「専門医療機関としての機能」と「地域連携の機能」を担うことが求められており、事業内容には、① 専門医療相談、② 鑑別診断とそれに基づく初期対応、③ 合併症・周辺症状への急性期対応、④ かかりつけ医等への研修会の開催、⑤ 認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥ 情報発信の6項目が掲げられている（厚生労働省、2008）。また、2009年の実施要綱一部改正では、医療相談室に精神保健福祉士または保健師等を2名以上配置して、地域包括支援センターと連携することが明文化され（厚生労働省、2009b）、2010年の実施要綱一部改正では、基幹型と地域型の2類型が設けられ、基幹型には身体合併症に対する救急医療機関としての機能が求められるようになった（厚生労働省、2010）。2012年9月現

在で、全国に180か所（基幹型8、地域型182）の認知症疾患医療センターが設置されている（厚生労働省、2012c）。

筆者らは、「認知症疾患医療センター」（機能：専門医療相談、鑑別診断、地域連携、周辺症状・身体合併症の急性期医療、専門職の研修）と「もの忘れ外来」（機能：専門医療相談、鑑別診断、地域連携）の必要設置件数について、843人の日本老年精神医学会専門医を対象にアンケート調査を実施した（栗田ら、2009）。それによれば、50%以上の専門医が、少なくとも高齢者人口6万人に対して1件の認知症疾患医療センター、高齢者人口1万人に対して1件の「もの忘れ外来」の設置が必要であると回答している。これを現在の高齢者人口で単純換算すると、全国には約500か所の「認知症疾患医療センター」と約3,000か所の「もの忘れ外来」の設置が必要ということになる。

「今後の認知症施策の方向性」（表1）では、鑑別診断機能と地域連携機能を中心に据えた“身近型認知症疾患医療センター”が構想されており、2017年度末までに、認知症疾患医療センターを含め早期診断等を担う医療機関を約500か所設置するとしている（表2）。一方、かかりつけ医や地域包括支援センターとの連携・支援が期待される認知症サポート医は4,000人に増員するという数値目標が立てられている（表2）。これらの数値目標は筆者らが推計した「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」の必要設置件数に近い。

医療資源の整備には、① その地域の実情に応じた整備計画、② それを担うことができる人材の育成、という2つの基本課題がある。これを踏まえた現実的・段階的・包括的な設置計画の立案が求められよう。

4.5. 地域連携推進

認知症の早期診断・早期対応を実現するには、これまで述べてきたような社会資源の整備とともに、異なる領域間の連携を推進するための仕組みづくりが必要である。

第1に、施設内・組織内において、ケアの基本プロセスを多職種で決定するための仕組みが必要であ

る。「今後の認知症施策の方向性」（表1）は、「アセスメントのための簡便なツールの検討・普及」と「認知症の人のための適切なケアプラン作成のための体制整備」を掲げている。

第2に、施設間・組織間において情報を共有し、医療サービスや介護サービスなどを統合的に提供していくための仕組みづくりが必要である。筆者らは、認知症疾患の診断とともに、認知機能、生活機能、身体疾患、周辺症状、社会的状況の5領域を総合評価するアセスメントシートを作成し、これを組織間の情報共有ツールとして活用することを推奨している（栗田、2012b）。また、情報共有を促進するためには、異なる職種間、組織間で共通言語が使用できるように、多職種が一堂に会した研修会を開催することも有用である。

第3に、このような組織間での連携を可能にしていくためには、政策レベルでの基盤づくりが不可欠となる。国家の政策決定は、地方自治体の政策づくりを促し、現場の連携業務にインセンティブを与え、これを促進する。「今後の認知症施策の方向性」（表1）には「初期集中支援チーム」の構想が描かれているが、これは、認知症のアセスメント、情報共有、ケースカンファレンス、支援プラン作成、アウトリーチ等による継続的支援、モニタリングをパッケージとした事業イメージに近い。このイメージは地域包括支援センターに求められている包括的・継続的ケアマネジメントのイメージと大きくは変わらない。しかし、現実に地域包括支援センターを拠点にしてこのような事業を実施するには、インセンティブの形成、人材の確保、業務環境の改善など、政策的に解決していかなければならない課題が数多く残されている。

5. おわりに

Community-based Integrated Care System を確立する道は明らかに険しい。しかし、それでも、高齢者が暮らすその地域において、その地域に暮らす人々が主体的に参加し、その地域の特性に応じて、統合的なサービス提供体制を創出していくという理念

は、高齢者のウエルビーングの向上をめざす社会の必然的な方向かと思われる。世界一の長寿国であるわが国において、認知症の人と家族の暮らしを支える社会システムとして、これを実現させることができるのか。今、世界が注目している。

----- 文 献 -----

Alzheimer's Disease International (2012) National Alzheimer and dementia plans planned policies and activities: Early detection, access to diagnosis, and stigma reduction. April 2012.

栗田主一 (2012a) 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進. 保健医療科学 61: 125-129

栗田主一 (2012b) 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシートの信頼性と妥当性の検討. 老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」(主任研究者: 栗田主一) 平成 23 年度研究報告書: 121-128

栗田主一, 井藤佳恵, 岡村 毅, 認知症の地域連携システム(認知症疾患医療センター) (2012a) 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」(主任研究者: 鳥羽研二) 平成 23 年度総括・分担研究報告書: 14-27

栗田主一, 山下元康, 福島 撰ほか (2009) 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」(主任研究者: 黒澤尚). 平成 20 年度総括・分担報告書: 119-148

栗田主一 (2013) 診療所医師の機能—認知症地域医療支援事業の意義について. Geriatric Medicine 51: 2013 (印刷中).

長寿社会開発センター (2011) 地域包括支援センター業務マニュアル (平成 23 年 6 月)

地域包括ケア研究会 (2010) 地域包括ケア研究会報告書. 平成 21 年度老人保健健康増進等事業による報告書 (平成 22 年 3 月)

菊地和子, 佐藤彰子, 山口健太ほか (2012) 地域包括支援センターの機能: 現状と課題—仙台市における認知症対策の取り組みから. 老年精神医学雑誌 23: 299-304

高齢者介護研究会 (2004) 2015 年の高齢者介護: 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて (2004 年 5 月 21 日)

厚生労働省 (2006a) 介護保険制度改革の概要: 介護保険法改正と介護報酬改定 (平成 18 年 3 月)

厚生労働省 (2006b) 認知症対策等総合支援事業の実施について (平成 18 年 5 月 30 日)

厚生労働省 (2008b) 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について (平成 20 年 3 月 31 日)

厚生労働省 (2009a) 「認知症対策総合支援事業の実施について」の一部改正について (平成 21 年 6 月 2 日)

厚生労働省 (2009b) 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について (平成 21 年 4 月 22 日)

厚生労働省 (2010) 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について (平成 22 年 3 月 30 日)

厚生労働省 (2011a) 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等の公布について (平成 23 年 6 月 22 日)

厚生労働省 (2011b) 第 5 期介護保険事業計画の策定に当たってのポイント等について (平成 23 年 7 月)

厚生労働省 (2012a) 平成 24 年度診療報酬改定の概要 (平成 24 年 2 月 10 日)

厚生労働省 (2012b) 医療計画について (平成 24 年 3 月 30 日)

厚生労働省 (2012c) 精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について (平成 24 年 10 月 9 日)

厚生労働省 (2012d) 今後の認知症施策の方向性について (平成 24 年 6 月 18 日)

厚生労働省 (2012e) 認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン). (平成 25 年度から 29 年度までの計画) (平成 24 年 9 月 5 日)

内閣官房 (2012) 社会保障・税一体改革大綱について (平成 24 年 2 月 17 日閣議決定)

Plochg T, Klazinga NS (2002) Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14: 91-101

社会保障審議会介護保険部会 (2010) 介護保険制度の見直しに関する意見 (平成 22 年 11 月 30 日)

筒井孝子 (2012) Community-based Integrated Care の基本的考え方: 地域包括ケアシステムにおける認知症患者の支援. 老年精神医学雑誌 23: 271-279

Direction of the national dementia strategy in the context of the establishment of a community-based integrated care system : Early diagnosis and intervention

Shuichi Awata

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

The Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare released the Direction of the National Dementia Strategy on 18th June 2012 and the Five Year's Plan for Promoting Dementia Strategy (Orange Plan) in 5th on September 2012. These are regarded as the national plan for establishment of community-based integrated care systems supporting the lives of people with dementia and their families at this stage. In the context of community-based integrated care systems, it is especially important to establish the early diagnosis and intervention system through addressing prejudice against dementia among general population, strengthening the function of the Community-based Integrated Support Centers, promoting the capacity of Primary Care Physicians, placing adequate number of the Medical Centers for Dementia and/or comprehensive memory clinics, and creating the local strategy for integration of community care.

Address correspondence to Dr. Shuichi Awata, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015)

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—

Seminar

1. 非薬物療法と啓発活動

5) 診療所医師の機能

—認知症地域医療支援事業の意義について—

栗田 圭一

KEY WORD

- 認知症地域医療支援事業
- 認知症サポート医
- かかりつけ医認知症対応力向上研修事業
- 認知症の医療サービス調査票

SUMMARY

■「認知症のための医療サービス調査票」を開発し、東京都において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加している医師(研修受講医)がいる診療所」「認知症サポート医がいる診療所」の認知症対応力を調査した。その結果、「研修受講医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」に比較して、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能が有意に高く、「認知症サポート医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」「研修受講医がいる診療所」のいずれと比較しても、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能、周辺症状入院対応機能、身体合併症入院対応機能が有意に高いことが示された。

はじめに

認知症に対する医療サービスの強化を目指して、厚生労働省は2006年から、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」によって構成される認知症地域医療支援事業を開始した¹⁾。

認知症サポート医には、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担うことが期待されており、具体的には、①都道府県・指定市医師会を単位とする、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、②かかりつけ医の認知症診断などに関する相談役・アドバイザー、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²⁾。一方、かかりつけ医には認知症に関する正しい知識と理解をもち、地域で認知症の人や家族を支援することが期待されており、具体的には、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(医療連携)、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携(多職種協働)が求められている³⁾。

筆者らは、地域における認知症の医療サービスの現状を把握するとともに、医療機関における認知症対応力を評価することを目的に、「認知症のための医療サービス調査票」を開発した。本稿では、本調査票を用いて実施した東京都の全診療所を対象とする調査結果を報告するとともに、認知症地域医療支援事業の意義について

●あわた しゅいち(東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム)

考察する。

方法

1 「認知症のための医療サービス調査票」の作成

「認知症のための医療サービス調査票」の構成項目案を作成するため、以下の手順で候補項目の収集を行った。

まず、認知症疾患医療センターに勤務する医師、保健師、精神保健福祉士、看護師、臨床心理技術者および自治体の高齢保健福祉担当課に所属する保健師で作業グループを結成し、「認知症の医療に求められる役割」を可能な限り列挙した。次に、医師会登録医療機関を対象にアンケート調査を実施し、「認知症医療に関して取り組んでいること」について自由記述による回答を得た。以上の工程を経て60の候補項目案を作成し、類似項目の整理、一般性が低い項目の除外を行い、最終的に50項目を抽出した。

各項目について、その実施状況を問う質問文を作成し、回答選択肢を3件法(実施していない=0点、通常業務ではないが状況に応じて実施している=1点、通常業務として実施している=2点)とし、得点が高いほどサービスの提供水準(認知症対応能力)が高いことを示すようにした。50項目の質問文のわかりやすさのレビューは、保健師1人、看護師1人、臨床医1人に依頼し、わかりやすさと適切さが備わっているとの評価が得られるまで修正を繰り返した。

2 尺度構成項目の選択

上記で作成した50項目の質問票を用いて、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に登録されている病院のうち、「認知症の医療に取り組んでいる医療機関」として登録されている255施設と、「ひまわり」に登録されている全診療所20,233施設を対象に、郵送法によるアンケート調査を実施した³⁾。その結果、病院103施設(回収率40.4%)、診療所5,105施設(回収率25.2%)から回答を得た。このうち、歯科診療所2,309施設を除き、「認知症の診療を行って

る」と回答し、かつ欠損値のない病院100施設、診療所1,877施設、計1,977施設のデータを用い、各項目の回答分布の確認、項目間相関の検討、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行い、所属因子への因子負荷量0.4以上、共通性0.3以上を規準として、最終的に7因子28項目の尺度構成項目を作成した(表1)。

3 診療所における認知症対応力の比較

上記の項目を用いて、東京都の診療所1,877施設を対象に、①「研修受講医がいない診療所」(かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所)、②「研修受講医がいる診療所」(かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所、ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く)、③「認知症サポート医がいる診療所」の3群において、認知症対応能力を比較した。統計学的解析には一元配置分散分析と、最小有意差法を用いた post hoc 分析を行った。

結果

「研修受講医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」と比較して、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高かった。また、「認知症サポート医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」「研修受講医がいる診療所」のいずれと比較しても、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、身体合併症入院対応機能のすべてで有意に高い水準を示した(表2)。

考察

本調査の結果、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業に参加している医師がいる診療所は、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能の5領域において、相対的に高い機能水準にあるこ

表1 認知症のための医療サービス調査票

項 目	実施して いない	通常業務で はないが、 状況に応じ て実施して いる	通常業務と して、実施 している
1 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	0	1	2
2 介護保険主治医意見書の記載	0	1	2
3 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療	0	1	2
4 アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬	0	1	2
5 アルツハイマー型認知症の診断	0	1	2
6 脳血管性認知症の診断	0	1	2
7 レビー小体型認知症の診断	0	1	2
8 前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断	0	1	2
9 随伴する抑うつ症状に対する通院治療	0	1	2
10 随伴する幻覚や妄想に対する通院治療	0	1	2
11 随伴する興奮や徘徊に対する通院治療	0	1	2
12 せん妄に対する通院治療	0	1	2
13 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	0	1	2
14 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)	0	1	2
15 自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	0	1	2
16 精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	0	1	2
17 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療	0	1	2
18 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	0	1	2
19 入院による終末期医療	0	1	2
20 周辺症状(精神症状・行動障害)と身体疾患の併存例に対する入院治療	0	1	2
21 往診・訪問診療による身体疾患の治療	0	1	2
22 往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)	0	1	2
23 往診による施設(グループホーム、介護老人福祉施設など)での診療	0	1	2
24 往診・訪問診療による終末期医療	0	1	2
25 行政が関わっている事例の診断・助言	0	1	2
26 介護支援専門員への助言または連携	0	1	2
27 地域包括支援センター職員への助言または連携	0	1	2
28 グループホームなど施設職員への助言・指導	0	1	2

とが明らかになった。特に、かかりつけ医機能については、平均点6.65(8点満点)と高得点であり、これは、「認知症専門医療機関への紹介」「介護保険主治医意見書の記載」「合併する一般身体疾患に対する通院治療」「アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬」のほとん

どが、通常の診療業務として実施されていることを示している。この所見は、認知症対応力向上研修事業の意義を支持するものである。

しかし、本調査は横断調査であることから、研修受講と認知症対応力との因果関係は不明である。そもそも認知症対応力が高い診療所の医

表2 診療所における認知症対応力の比較

	研修受講医が いない N=1,114		研修受講医が いる N=407		認知症サポート 医がいる N=356		F 値	p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
周辺症状外来対応機能	2.29	2.83	2.82	2.63	4.18	2.88	61.82	<0.001
鑑別診断機能	1.75	2.49	2.51	2.68	3.97	2.85	99.29	<0.001
身体合併症入院対応機能	0.14	0.63	0.16	0.62	0.40	1.09	16.62	<0.001
在宅医療機能	1.39	2.20	2.38	2.37	3.22	2.68	91.44	<0.001
かかりつけ医機能	4.90	2.70	6.65	1.54	7.06	1.33	168.71	<0.001
地域連携機能	1.58	2.12	2.03	2.07	3.15	2.47	69.99	<0.001
周辺症状入院対応機能	0.12	0.46	0.11	0.53	0.29	0.82	15.04	<0.001

「研修受講医がいない」：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所、「研修受講医がいる」：かかりつけ医認知症対応力向上研修事業に参加した医師がいる診療所（ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く）、「認知症サポート医がいる」：認知症サポート医がいる診療所。一元配置分散分析を用いた群間比較では、すべての機能について有意差を認めた。最小有意差法を用いた post hoc 分析（多重比較）では、身体合併症入院対応機能と周辺症状入院対応機能について、「研修受講医なし」と「研修受講医あり」の間で有意差を認めなかったが、ほかの組み合わせについてはすべて有意差を認めた。

師が、研修を受講する傾向にあるのかもしれない。それでも、研修受講の有無によって、診療所の認知症対応力の差が可視化されたことの意義は大きい。研修受講医がいる医療機関リストを作成するなどして、住民一般に認知症に対するかかりつけ医機能をもつ医療機関情報を提供することは、認知症の本人・家族にとって重要なサービスとなろう。

本調査によって、認知症サポート医がいる診療所は、研修受講医がいる診療所よりも、さらに高い認知症対応力が発揮されていることが明らかにされた。このことは、認知症サポート医制度の意義を支持するものである。しかし、認知症サポート医に特に求められている「地域連携機能」の平均点は約3点であった。この所見は、通常の診療業務として地域の関係職への助言・指導を行っているサポート医は限られていることを示している。また、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」も約4点であり、これらの役割を通常の診療業務として実践している認知症サポート医も限定的であることがわかる。

厚生労働省は、2012年度末から2017年度末までに、認知症サポート医を2,500人から4,000人に、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業受講者を35,000人から50,000人にすることを

目標としている¹⁾。今後は、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業の効果を縦断的に評価するとともに、認知症サポート医が、かかりつけ医をはじめとする地域の関係職の相談役・アドバイザーを担う医師として、あるいは地域医師会と地域包括支援センターの連携づくりを担う医師として、どの程度の機能が発揮できているかを再評価する必要がある。また、「地域連携機能」とともに、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」を通常の診療業務として実践できる診療所を整備することが強く求められる。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症対策等総合支援事業の実施について（平成18年5月30日）。
- 2) 厚生労働省：「認知症対策総合支援事業の実施について」の一部改正について（平成21年6月2日）。
- 3) 栗田圭一ほか：認知症の地域連携システム（認知症疾患医療センター）。厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」（主任研究者：鳥羽研二）平成23年度総括・分担研究報告書 2012, 2012；pp14-27。
- 4) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成25年度から29年度までの計画）（平成24年9月5日）。

（執筆者連絡先） 栗田圭一 〒173-0015 東京都東横区栄町 35-2 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム

特集：地域包括ケアシステムを巡る諸課題と国際的な動向

<総説>

地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進

粟田主一

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム

Promotion of an early-diagnosis system for dementia in the context of the establishment of a community-based integrated care system

Shuichi AWATA

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

抄録

地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムとは、認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断と総合アセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを統合的に提供し、それによって認知症の人と介護者の生活の質を保持し、穏やかで安全な暮らしを継続できるようにしていこうとするものである。このようなシステムを推進するためには、(1)地域住民の高齢者に対する日常生活支援機能（認知症の「気づき」や「地域包括支援センターとの連携」を含む）を強化し（認知症サポーター養成事業、さまざまな住民組織の地域サポート活動の促進など）、(2)地域包括支援センターにおける「相談／アセスメント」「受療支援」「情報共有」機能を強化し（認知症アセスメント・シート、情報共有ツール、地域連携バスの活用など）、(3)かかりつけ医療機関における「診断」「日常診療」「医療連携」機能を強化するとともに（認知症対応力向上研修事業、認知症疾患医療センターとの連携など）、(4)「専門医療相談」「鑑別診断」「身体合併症・周辺症状対応」「地域連携」を基本機能とする認知症疾患医療センター等の拠点医療機関を適正に配置し（拠点となる専門医療機関を高齢者人口6万人に1件程度または基礎的自治体に1件設置）、(5)基礎的自治体においては、地域の認知症対策や地域連携推進の具体的戦略（多職種が一堂に会した研修会の企画、情報共有ツールや地域連携バスの作成、地域包括支援センターを拠点とする地域ケア会議の事業化など）を検討するための会議（例：認知症対策推進会議、医療・介護連携協議会、担当圏域包括ケア推進会議など）を設置する必要がある。

キーワード：地域包括支援センター、認知症アセスメント・シート、かかりつけ医療機関、認知症疾患医療センター、認知症対策推進会議

Abstract

Early-diagnosis systems for dementia in the context of community-based integrated care systems are designed to be able to conduct early diagnosis and comprehensive assessment for dementia within the community prior to disease progression. This, in turn, contributes to the provision of integrated community services, including prevention, medicine, care, housing, protection of rights, and support of daily living activities in order to enable patients to live peacefully, safely, and continuously in the community. In order to promote this system, the following series of measures is needed: (1) strengthening the roles of community residents in supporting elders' daily lives; (2) strengthening the functions of the Community General Support Centers (CGSCs) in terms of conducting comprehensive assessments, helping patients to visit clinics, and sharing information

連絡先：粟田主一

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

35-2, Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo, 173-0015, Japan.

Tel: 03-3954-3241

E-mail: awata@tmig.or.jp

[平成24年4月11日受理]