

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Aβ<sub>42</sub>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<sup>9)・11)</sup>の集積である。

#### 【症例】

76歳、女性

主訴 物の忘れ

既往歴 高血圧症、糖尿病を近くの診療所にて通院治療を受けている。

家族歴：特記事項なし

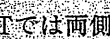
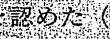
生活歴：飲酒歴・喫煙歴なし

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、当センターもの忘れ外来受診。現在、銀行に行き用事を足すことや内服の管理、身の回りのことも自分でできる。

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HbA1c 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（）。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（）。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は手段的ADL、基本的ADLに障害なし。抑うつ傾向なし。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「健忘型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

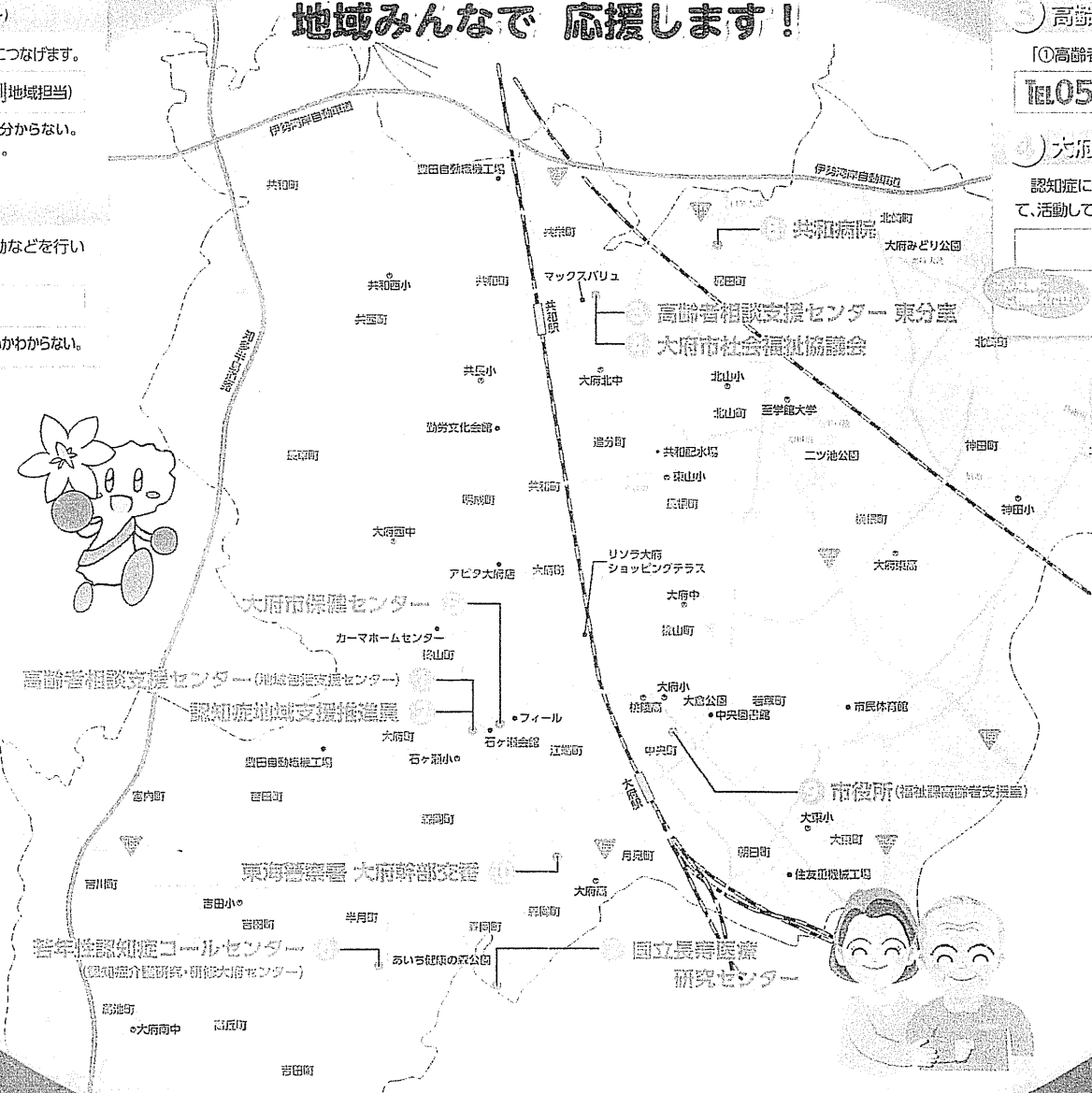
## おわりに

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！



## 心身サポートセンター「スピカ」内

### ① 高齢者相談支援センター (地域包括支援センター)

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。

**Tel.0562-45-5455** (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ほしい。  
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、医療機関などとの連携、啓発活動などを行います。認知症に関することなら、何でもご相談いただけます。

**Tel.0562-45-5447**

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。

### ③ 認知症予防センター

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。

**Tel.0562-47-8000**

認知症予防について知りたい。  
予防の教室に参加したい。

### ④ 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。

**Tel.0800-100-2707**  
(月～土 10:00～15:00)

### ⑤ 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 **Tel.0562-46-2547**  
(平日 9:00～16:00)  
認知症専門医療相談 **Tel.0562-87-0827**  
(平日 9:00～15:00)

### 大府市医師会・もの忘れ相談医院

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。薬面に診察ができる医院を掲載しています。

### ⑥ 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。

**Tel.0562-46-0022** (緊急事態は110番)

### ⑦ 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。

**Tel.0562-48-1051** (JR東海道線から東側地域担当)

### ⑧ 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、地域の人と一緒になって、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。

**Tel.0562-48-1805**

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。

### ⑨ 共和病院

認知症治療病棟があります。

**Tel.0562-46-2222**

### ⑩ 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。

**Tel.0562-45-6289** (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。

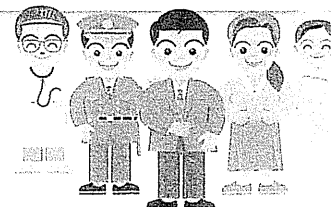
### 認知症サポーター

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。

### 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。

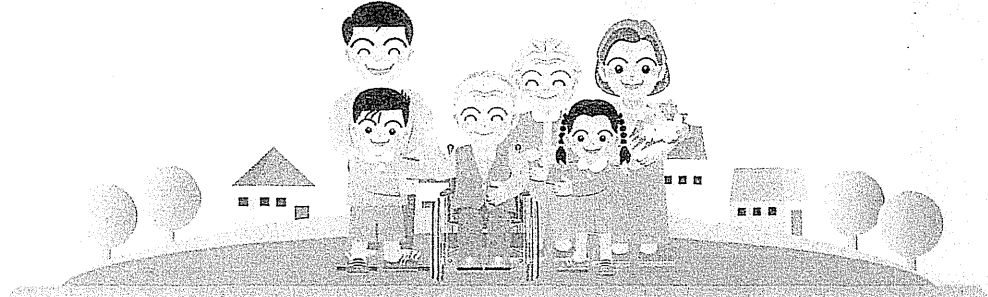
⇒介護保険の認定を受けたい場合は「9」へ。  
⇒サービスの利用などについては、「1」,「2」,「3」,「9」へ。



認知症の人やその家族の人の暮らしをみんなで応援します

# おおぶ あったか 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。

「加齢に伴うもの忘れ」…体験などの一部を忘れる。忘れていない自覚がある。

「認知症によるもの忘れ」…体験などのすべてを忘れる。忘れていない自覚がない。

この人、名前は何だっけ？

この人、知らない名前。誰？

加齢に伴うもの忘れ

認知症

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

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！

## 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かけることが大切です。

3つの「ない」が基本です

1 怒がせない

2 急がせない

3 自尊心を傷つけない

## 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** 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** 大府市役所 福祉課 高齢者支援室

**TEL** 0562-45-6289 (直通) **E-MAIL** fukushi@city.obu.lg.jp



## 大府市医師会「もの忘れ相談センター」

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	広川レディスクリニック	一層町四丁目88	44-1188
大府こころのクリニック	終山町一丁目175-1	46-2002	鷹羽外科医院	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
なだか山ククリニック	横根町名高山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、「何かおかしさ」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会、大府市通所系サービス事業所連絡会、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、きわやが愛知、ネットワーク大府(多機能ホームいしがせ)、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)

## 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、行政担当者に呼びかけ、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。



### 〔Ⅲ〕活動の実際

#### (1) 認知症リハビリテーション

最近、認知症リハビリに関する関心が高まっているが、統一した定義がなされていない。リハビリの現場では、認知症のリハビリテーションは主として、次の二つに解釈されている。1つは、ADL 障害に認知症を合併している場合、ADL 改善のために理学療法、作業療法、言語療法などを行なうことである。もう1つは、ADL が自立している認知症患者に対して、神経心理療法（回想法、音楽療法、認知療法等）を行なうことである。

筆者は、日本リハビリテーション病院施設協会のリハビリテーションの定義に準じて、「認知症のリハビリテーションとは、認知症によって心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行なう療法である」と考えている。<sup>1)</sup>

筆者は、アルツハイマー病の病期と生活機能変化の状態像として、表1と図1のモデルを提唱している。認知症初期には、記憶障害が進行して、意欲も低下してくるが、この時期に塩酸ドネペジルと通所リハビリを併用すると、単独に使用した場合よりも、生活機能の改善に効果的であることが最近発表されている。<sup>2)3)</sup> 認知症が初期から中期になり、BPSD が出現している時にも、薬物療法と認知リハビリの併用が有効であると発表されるようになった。<sup>4)</sup> また、軽度から重度認知症高齢者に対して短期集中リハビリテーションとして、記憶の訓練、日常生活活動の訓練を個別に20分以上、週3回、3ヶ月間行なうと、HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）の改善とともにBPSD（同じことを何度も聞く、昼夜逆転、暴言、介護拒否、無関心等）も改善することが発表され<sup>5)</sup>、2008年の介護報酬にも導入された。

さらに後期になると、歩行障害が進行して、転倒・骨折により救急病院へ入院することになり、ADL や認知機能が低下する。<sup>6)</sup> この時期にも、骨折の治療後にリハビリ病院へ転院してリハビリ治療を行なうと、ADL の回復とともに認知機能も改善する。<sup>7)</sup>

終末期に肺炎、癌、心筋梗塞、脳卒中などを発症して救急病院に入院すると、寝たきりになったり、嚥下障害や認知機能の低下が生じたりするが、この時期でも、上記疾患が改善して退院後、終末期リハビリ<sup>8)</sup> を行なうことで、ADL や嚥下機能などが改善することがある。



表1 アルツハイマー病の病期と症状及び受診医療機関

病期	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害（軽度） 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心が薄れる 閉じこもり	記憶障害（中等度） BPSD(妄想、徘徊、不穏、暴言、暴力)	記憶障害（重度） 歩行障害～転倒 骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害（最重度） 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 癌
受診医療機関	診療所（かかりつけ医） 認知症専門医（神経内科、老年科、脳外科、精神科）	精神科 老人性認知症治療病棟	救急病院（整形外科） リハビリテーション病院	救急病院（内科） 診療所（かかりつけ医）

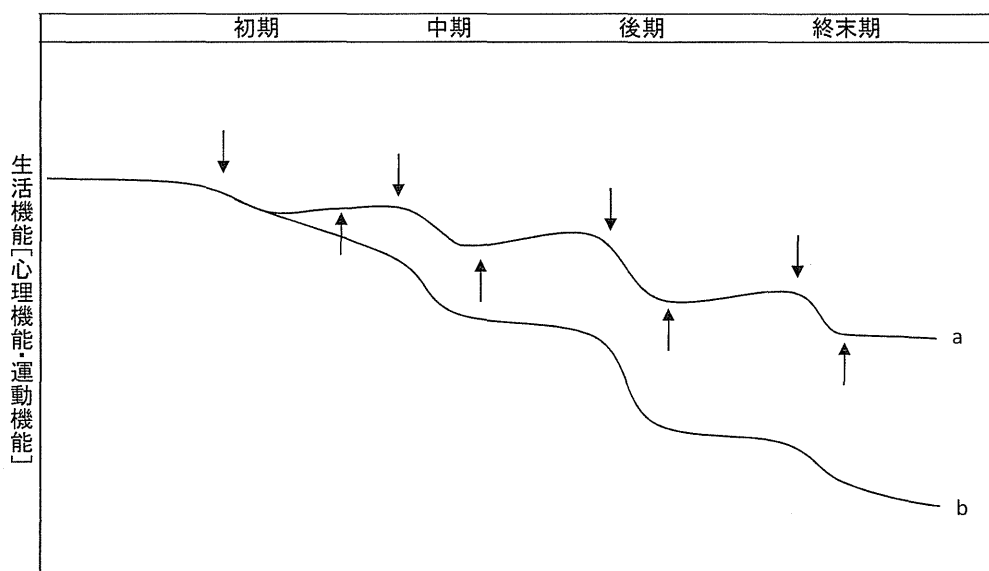


図1 アルツハイマー病の病期と生活機能変化

## (2) 認知症の診療の現状と問題

認知症高齢者は病期により、診療所医師、認知症専門医療機関、救急病院、リハビリ病院、精神科病院で治療を受けているが、表 2 であげたような問題点を抱えている。当院は、認知症専門医療機関として認知症の外来診療と認知症高齢者に対するリハビリテーション治療を行っており、診療所からの紹介を含めて、年間約 500 名の新患認知症高齢者が受診している。その中で、BPSD が悪化したときには、精神科病院への入院を、身体合併症を併発したときには救急病院へ入院を依頼している。反対に、精神科病院や救急病院での治療によって BPSD が安定した後、及び身体合併症の治療後に、ADL が低下してリハビリが必要となった認知症高齢者を当院で受け入れている。このように、当院では松戸市内及び周辺さらに遠隔地の診療所、病院と連携をとって認知症高齢者に対する診療を行なっている。

表 2 認知症の診療の現状と問題点

(1) 診療所

1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時、診断と治療が困難。
2. BPSD 発症時
  - i) 徘徊、不穏、暴力行為出現時に対応困難。
  - ii) 紹介できる認知症専門医が分からない。
3. グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームに往診しているが対応困難。

(2) 救急病院

1. 肺炎、骨折、心筋梗塞、脳血管障害、意識障害などで救急病院に入院してくるが、入院当初は認知症の症状が目立たないが、入院後に出現した時、対応が困難となる。
2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない。
3. 治療終了後、転院先の精神科病院が少ない。

(3) リハビリ病院

1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった。(全国の回復期リハビリ病棟の入院患者のうち 52%に認知症合併)
2. BPSD のために看護、介護が困難。
3. 認知症専門医が少ない。

(4) 精神科病院

1. 認知症患者の合併症（肺炎、心筋梗塞、骨折等）の治療が困難である。
2. リハビリ病院が少ないため、歩行障害、日常生活障害、嚥下障害などの治療ケアができない。
3. 精神症状が安定しても退院先がないため、長期入院となり、緊急入院が困難になっている。
4. 認知症専門医が少ない。

### (3) 千葉県認知症対策推進協議会

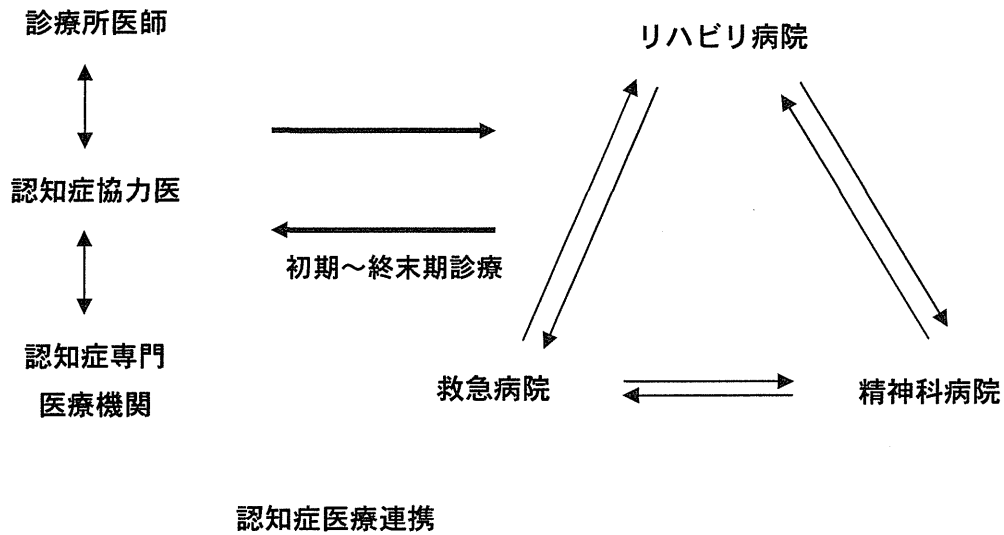
以上、述べてきた認知症診療の現状と問題点の改善をはかるために、千葉県内の医療機関や介護施設、行政と連携をとってきた。そして、2009年に千葉県認知症対策推進協議会が発足した。この協議会の目的と課題については表3に掲げてある。筆者は、作業部会長として、認知症診療・ケアの連携システムを構築することを第一の目的として提案し、協議会では、「現場主義」で認知症に関わる医療機関とケアに関わる看護介護施設の現状報告から開始した。各現場から認知症高齢者への診療・ケアの対応と問題点を発表し、討論を行なった。2009年から2010年まで1年間に10回の作業部会を行なった結果、多くの問題点と対応策が提案された。

表3 千葉県認知症対策推進協議会

<p>[目的]</p> <p>認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、協議会を設置し、医療と介護、福祉の連携における総合的な課題解決を図る。</p> <p>[課題]</p> <p>(I) 医療連携</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 救急病院・精神科病院・リハビリ病の連携（認知症及び身体合併症診療における医療連携）</li><li>2) かかりつけ医と専門医及び病院との連携</li><li>3) 早期発見・診断の確立</li></ol> <p>(II) 医療と介護・福祉の連携</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 認知症高齢者及び家族への包括的支援</li><li>2) 生活支援のための医療機関と介護施設間連携</li></ol> <p>(III) 地域連携</p> <p>県・市町村・医師会等の連携</p>
---

表 4 今後の課題

(1) 千葉県内での認知症診療の新しいシステムの構築



(2) 医療と介護の連携

医療職・看護職・介護職の連携

(3) 認知症研修会

医師、リハビリ療法士、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、その他の関連職種

(4) 認知症コーディネーターの育成

病々連携、病診連携

医療と介護の連携、行政との連携

(5) 認知症疾患医療センターの拡充

(6) 地域支援体制構築

(7) 在宅ケアの支援

#### [IV] 今後の課題

今後の認知症対策における課題を表4に挙げた。(1) 認知症高齢者を初期から終末期まで診療していくためには、診療所(認知症協力医)、専門医療機関、救急病院、リハビリ病院、精神科病院の連携システムの構築が必要である。そのためには、認知症連携パス、認知症リハビリの拡充が重要である。(2) 認知症診療とケア連携のためには、医療職と介護職、福祉関係職種、及び介護施設との協力体制を構築する。(3) 認知症研修会を拡充して、各関連職種の認知症診療・ケアの技術向上をはかる。(4) 医療とケアに関わる諸機関の連携をはかるために、認知症コーディネーターを育成する。(5) 認知症疾患医療センターが、2010年に千葉県内に1ヵ所、2012年千葉大学医学部付属病院にも設置され、今後徐々に拡充される予定である。(6) 地域支援体制の構築。2011年千葉県では表5に示す千葉県認知症連携パス試案が作成された。この連携パスは、BPSDの診療・ケアに重点を置いて、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。この連携パスが円滑に活用されるためには、認知症診療に関わる医師、コメディカル、介護関係者、病診・病病の連携が必要であり、この連携に主として関わる認知症コーディネーターの育成が重要課題であると考えられる。2012年8月より、千葉県松戸市、佐倉市、旭市、袖ヶ浦市で、この連携パスを使ったモデル事業を2年間にわたって行う予定である。当初は、BPSDの診療・ケアに重点を置いて運用していくが、その後に身体合併症治療、リハビリにおける救急病院及びリハビリ病院とも、この連携パスの活用を働きかけていきたいと考えている。<sup>9)</sup> 今後、認知症は急増して行くと考えられているが、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携パスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケアシステムの構築が急務であると考えられる。

最後に、アルツハイマー病は、原因が解明されておらず、治療も確立していない現在において、図1のbのような生活機能変化をたどるが、以上述べた課題が改善されると、aのような穏やかな生活機能に改善され、終末期に在宅で穏やかな最期を迎えることも可能であると考えており、今後も、その実現のために活動を続けていきたいと考えている。





## 引用文献・参考文献

- 1) 旭俊臣, 篠遠仁, 畠山治子, 辻央生, 小川喜胤: 認知症のリハビリテーションと地域活動. 老年精神医学, 16: 1139-1148, 2006.
- 2) 渡辺広美, 太田信子, 高尾武男: 痴呆進行予防と中核症状へのアプローチ3 痴呆の早期から在宅までの対応 アリセプト投与と脳活性化リハビリテーション併用による臨床効果について. 痴呆介護, 2(3): 58-64, 2001.
- 3) Matsuda O.: Cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: the effect of cognitive stimulation therapy on the progression of mild Alzheimer's disease in patients treated with donepezil. *International Psychogeriatric*, 19(2): 241-52, 2007.
- 4) Olazarán J, Muñoz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, García de la Rocha ML, Frank A, Galiano M, Fernández-Bullido Y, Serra JA, González-Salvador MT, Sevilla C.: Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63(12): 2348-2353, 2004.
- 5) 全国老人保健施設協会: 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書. 平成 19 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分). 2008.
- 6) 博野信次: 臨床痴呆学入門ー正しい診療正しいリハビリテーションとケア. 金芳堂. 2001.
- 7) 下村辰雄: 認知症の記憶・言語障害へのケア. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 18(3): 220-228, 2009.
- 8) 大田仁史: 終末期リハビリテーション. 荘道社, 2002.
- 9) 旭俊臣: 認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み. *Jpn. J Rehabil Med*, 49(3): 123-126, 2012.

認知症リハビリテーションにおける  
地域連携システムの取り組み\*

旭神経内科リハビリテーション病院

旭 俊 臣

表 1 認知症リハ

「認知症によって心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々と、あらゆる面で同水準の生活がなされることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行う療法である。」

(日本リハビリテーション病院・施設協会より改変)

目 的

認知症リハビリテーション（以下、リハ）に関する、救急病院、精神科病院、リハ病院、介護施設、在宅などの諸施設と医師、コメディカル、介護職、介護者等の連携を図る。

方 法

認知症リハは、現在のところ明確な定義はされていないが、筆者は表 1 のように定義づけている。これは、日本リハビリテーション病院・施設協会の地域リハの定義を改変したものである。表 1 の神経心理療法には、現実見当識訓練 (Reality Orientation: RO)、回想法、音楽療法、園芸療法などがある。認知症は、原因疾患としてアルツハイマー病が全認知症疾患の約 50% を占めるので、この項では、アルツハイマー病を認知症として述べる。筆者は、アルツハイマー病を表 2 のごとく、病状の進行に応じて、初期、中期、後期、終末期に分類している。アルツハイマー病は、初期から終末期まで 10 年以上の長い経過をたどり、認知症に伴う行動・心理学的症候 (BPSD)、運動障害、内科疾患を合併する。診療には、神経内科、脳神経外科、精神科、老年科、リハ科、整形外科、内科などの医師が関わることになる。認知症の診療と合併症診療の際には、表 3 に示したような問題点がある。そこで、病診及び病病連携が不十分であると問題点の改善を図ることが困難である。現状では、BPSD、運動障害が進行すると、

長期入院もしくは施設への長期入所をせざるを得ない状態となっている。

当院の所在地である松戸市においては、松戸市医師会認定の認知症協力医と当院及び市内の認知症専門医療機関が連携をとって認知症診療を行っている。当院の 2009 年度の新患認知症患者数は 308 名である。そのうち BPSD が進行して、精神科病院へ入院した人数は 12 名であった。認知症の原因疾患名、BPSD の種類は表 4 に示す。入院後の経緯については表 5 に示す。14 名中 6 名は BPSD が軽快して、退院後に自宅や他の介護施設に移っているが、残りの 8 名は、主として身体合併症のために長期入院となっていた。次に、骨折、肺炎、脳血管障害、心臓病などを合併した時、当院から救急病院へ入院した認知症患者は 29 名であった。救急病院から当院へ脳血管障害、骨折、廃用症候群で、リハ治療目的のため転入院した患者は 156 名であり、そのうち、認知症を合併している患者は 71 名であった。

このように当院では、病診連携及び病病連携をとって認知症診療にあたっている。このような認知症診療を円滑に行うために、病診連携・病病連携を千葉県全域に拡充する必要があった。2009 年に千葉県認知症対策推進協議会が発足し、筆者は、作業部会長として認知症診療ケアの連携システムを構築することを重要課題として提案した。そして、協議会では、認知症診療に関わる医療機関とケアに関わる看護・介護施設関係者が現状報告を行った。作業部会の議題については、表 6 に示す。その結果、表 7 に示す千葉県認知症連携バス試案が作成された。この連携バスは、BPSD の診療・ケアに重点を置いて、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。

\*本稿は第 48 回日本リハビリテーション医学会学術集会パネルディスカッション「地域連携バスの有効性」(2011 年 11 月 2 日、千葉)の講演をまとめたものである。

表 2 アルツハイマー病の病期と症状及び受診医療機関・認知症リハ

病期	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害（軽度） 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心がうすれる 閉じこもり	記憶障害（中等度） BPSD（妄想，徘徊， 不穏，暴言，暴力）	記憶障害（重度） 歩行障害～転倒骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害（最重度） 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 癌
受診 医療機関	診療所（かかりつけ医） 認知症専門医（神経内科， 老年科，脳外科，精神科）	精神科病院 老人性認知症治療 病棟	救急病院（整形外科） リハ病院	救急病院（内科） 診療所（かかりつけ医）
認知症 リハ	通所リハ	通所リハ	回想法 見当識訓練 音楽療法 理学療法 作業療法 摂食・嚥下療法 言語療法	摂食・嚥下リハ 訪問リハ

表 3 認知症の診療の現状と問題点

(1) 診療所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時，診断と治療が困難.</li> <li>2. BPSD 発症時               <ol style="list-style-type: none"> <li>i) 徘徊，不穏，暴力行為出現時に対応困難.</li> <li>ii) 紹介できる認知症専門医が分からない.</li> <li>iii) グループホーム，老人保健施設，特別養護老人ホーム，有料老人ホームに往診しているが対応困難.</li> </ol> </li> </ol>
(2) 救急病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肺炎，骨折，心筋梗塞，脳血管障害，意識障害などで救急病院に入院してくるが，入院当初は認知症の症状が目立たないが，入院後に BPSD が出現した時，対応が困難となる.</li> <li>2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない.</li> <li>3. 治療終了後，転院先の精神科病院が少ない.</li> </ol>
(3) リハ病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった. (全国の回復期リハ病棟の入院患者のうち 52%に認知症合併)</li> <li>2. BPSD のために看護，介護が困難.</li> <li>3. 認知症専門医が少ない.</li> </ol>
(4) 精神科病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症患者の合併症（肺炎，心筋梗塞，骨折等）の治療が困難である.</li> <li>2. リハ病院が少ないため，歩行障害，日常生活障害，嚥下障害などの治療ケアができない.</li> <li>3. 精神症状が安定しても，退院先がないため，長期入院となり，緊急入院が困難になっている.</li> <li>4. 認知症専門医が少ない.</li> </ol>

この連携バスが円滑に活用されるためには，認知症診療に関わる医師，コメディカル，介護関係者，病診・病病の連携が必要であり，この連携に主として関わる認知症コーディネータの育成が重要課題であると考えられる。

### 今後の課題

2012 年 4 月より，千葉県では松戸市，佐倉市，旭市，袖ヶ浦市で，この連携バスを使ったモデル事業を 2 年間にわたって行う予定である。当初は，BPSD の診療・ケアに重点を置いて運用していくが，その後に身体合併症治療，リハ治療にお

認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み

表4 BPSDで緊急入院後の経緯 [I]

期間	2009年4月～2010年3月	
人数	14名(男性6名,女性8名)	
平均年齢	78歳(61～93歳)	
病名	アルツハイマー病	7名
	血管性認知症	4名
	前頭側頭型認知症	2名
	レビー小体病	1名
BPSD	暴力行為	5名
	不穏・徘徊	5名
	幻覚・妄想	3名
	うつ状態・自殺企図	1名

ける救急病院及びリハ病院とも、この連携バスの活用を拡大していきたいと考えている。

今後、認知症は急増して行くと考えられており、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携バスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケアシステムの構築が急務であると考えられる。

表5 BPSDで緊急入院後の経緯 [II]

<軽快後退院>		<現在入院中>	
人数	6名	人数	8名
自宅	2名	入院理由	不穏・徘徊 3名
老人保健施設	2名		肺炎の併発 3名
グループホーム	1名		胃瘻造設 1名
療養型病院	1名		特養待機中 1名
平均在院日数	92日	平均在院日数	424日

表6 千葉県認知症対策推進協議会 作業部会

第1回	認知症に関する課題の整理
第2回	精神科病院における認知症患者への対応
第3回	救急病院における身体合併症を有す認知症患者への対応
第4回	リハ病院における認知症患者への対応
第5回	認知症外来診療 ・かかりつけ医の立場から ・認知症専門医の立場から
第6回	認知症患者に対する看護・介護 ・看護の立場から(訪問看護ステーション) ・介護の立場から(グループホーム)(特別養護老人ホーム)
第7回	急性期病院における認知症認定看護師の取り組み
第8回	千葉県内精神科病院における認知症対応 実態調査報告
第9回	東総地区における認知症医療と介護の連携 認知症高齢者を支援する専門職の人材育成について
第10回	認知症疾患医療センター指定に伴う連携体制について

