

複数選択

CDR : Clinical Dementia Rating

いずれの臨床ステージにおいても「A. 家族介護者にかかわる困難事象」が84.0%以上の頻度で認められ、「B. 地域社会との間で生じる困難事象」は46.7~62.5%の頻度で認められた。「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」「D. 身体医療にかかわる困難事象」は、認知症の臨床ステージの進行に伴い増加した。

図1 臨床ステージ別にみる、認知症高齢者が抱える困難事象 (相対度数分布表)

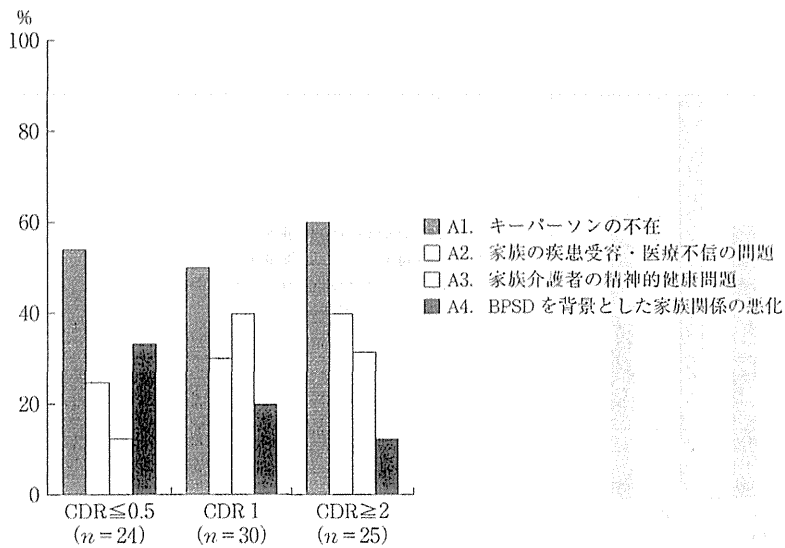
で認められた (図1)。下位カテゴリーを検討すると (図2), 「A1. キーパーソンの不在」は全臨床ステージを通じて「A. 家族介護者にかかわる困難事象」として最も頻度が高く、全臨床ステージを通じて50.0%以上の頻度で認められた。「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなり、「A4. BPSDを背景とした家族関係の悪化」は臨床ステージの進行に伴って頻度が低くなった。

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」は全臨床ステージを通じて46.7~62.5%の頻度で認められた (図1)。下位カテゴリー「B1. 地域社会に対する攻撃」と「B2. 地域社会からの排除」の頻度を比較検討すると (図3), CDR ≤ 0.5では「B1. 地域社会に対する攻撃」の頻度のほうが高かったが、CDR 1で両者の頻度は逆転し、CDR ≥ 1では「B2. 地域社会からの排除」の頻度のほうが高かった。

「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」は

認知症の臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった (図1)。下位カテゴリーを検討すると (図4), 「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」は CDR ≤ 0.5では把握されず、CDR ≥ 1で把握された。「C2. 介護放棄」は認知症の臨床ステージの進展に伴って頻度が高くなり、「C1. 身体的・心理的虐待」と「C2. 介護放棄」の頻度を比較検討すると、CDR 1では「C1. 身体的・心理的虐待」の頻度のほうが高かったが、CDR ≥ 2では「C2. 介護放棄」の頻度のほうが高かった。「C3. 経済的虐待」と「C4. 財産管理不能」は全臨床ステージで認められ、臨床ステージの進展に伴い頻度が高くなった。

「D. 身体医療にかかわる困難事象」は認知症の臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった (図1)。全臨床ステージを通じて約20%の頻度で「D1. せん妄」が認められた。「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった。全臨床ステージ

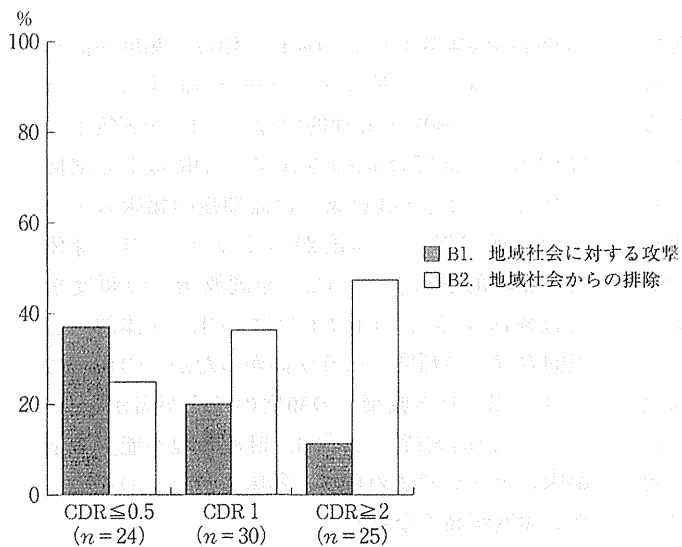


複数選択

CDR : Clinical Dementia Rating

「A1. キーパーソンの不在」がいずれの臨床ステージでも 50.0%以上の頻度で認められた。「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は臨床ステージの進行に伴って増加し、「A4. BPSD を背景とした家族関係の悪化」は臨床ステージの進行に伴い減じる傾向が認められた。

図 2 臨床ステージ別にみる、認知症高齢者が抱える困難事象：A. 家族介護者にかかわる困難事象（相対度数分布表）

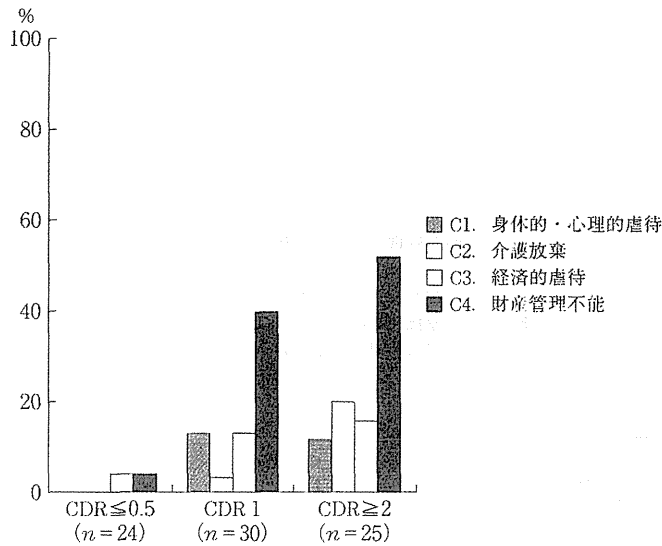


複数選択

CDR : Clinical Dementia Rating

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」を、「B1. 地域社会に対する攻撃」と、「B2. 地域社会からの排除」の2類型に分けて比較検討すると、CDR ≤ 0.5では「B1. 地域社会に対する攻撃」の頻度のほうが高かったが、CDR ≥ 1では「B2. 地域社会からの排除」の頻度のほうが高かった。

図 3 臨床ステージ別にみる、認知症高齢者が抱える困難事象：B. 地域社会との間で生じる困難事象（相対度数分布表）



複数選択

CDR: Clinical Dementia Rating

「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」は CDR ≥ 1 で、「C3. 経済的虐待」と「C4. 財産管理不能」は全臨床ステージで把握された。虐待と財産管理にかかわる困難事象は、臨床ステージの進展に伴い増加する傾向が認められた。

図4 臨床ステージ別に見る、認知症高齢者が抱える困難事象：C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象（相対度数分布表）

を通じて「D3. 身体医療の受療拒否」は4.2～8.0%、「D4. 医療機関とのトラブル」は8.0～10.0%の頻度で認められた（図5）。

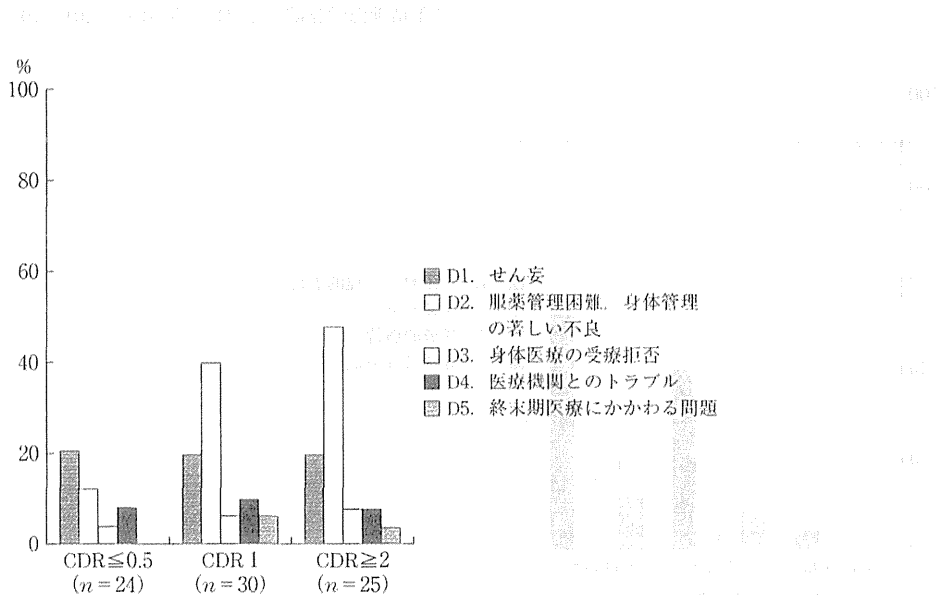
Ⅲ. 考 察

地域在住認知症高齢者の困難事例では、認知症の臨床ステージの進展に伴って困難事象が認められるカテゴリー数が増え、困難事象が重層化する傾向が認められた。

臨床ステージにかかわらず家族介護者にかかわる困難事象が高い頻度で認められ、そのうち、最も頻度の高い困難事象はキーパーソン不在であった。この結果からは、現行の認知症高齢者支援体制がキーパーソンとして機能できる家族介護者の存在を前提としていることが示唆される。キーパーソン不在にはキーパーソンになりうる家族がいない問題よりも、家族はいるがその家族がキーパーソンとして機能していないという問題のほうが頻度が高かった。こういった事例の多く

はいわゆる多重問題家族^{8,12)}であり、認知症の進行に伴い、家族介護者のかかわりがより多く求められるようになるにしたがって、家族が抱える問題がいつそう明確に顕在化することが予測される。本研究では把握できた症例数が少ないために十分な検討ができなかったが、終末期医療にかかわる問題として、終末期医療にかかわる意思決定者の不在が困難事象となっている事例、諸機関と家族とのトラブルのために看取りの場所が見つからないことが困難事象になっている事例が把握された。家族介護者にかかわる困難事象が終末期の問題にも大きく影響する可能性が示唆される。こういった事例では、本人の問題のみならず、家族の問題を介入早期より扱うことが重要と考えられる。

地域社会との間で生じる困難事象は認知症の臨床ステージによって異なる特徴が認められた。臨床ステージが低い時期には、本人が周囲に対して攻撃的な行動をとることによって近隣トラブルが生じ、困難事例化していることが特徴として認め



複数選択

CDR: Clinical Dementia Rating

「D1. せん妄」は全臨床ステージを通じて約20%の頻度で認められ、「D2. 服薬管理困難, 身体管理の著しい不良」は臨床ステージの進行に伴い増加した。

図5 臨床ステージ別にみる、認知症高齢者が抱える困難事象：D. 身体医療にかかわる困難事象（相対度数分布表）

られた。本人の攻撃性の背景には、幻聴による“騒音”被害、侵入妄想、物盗られ妄想、被毒妄想、被害妄想、嫉妬妄想などがあり、これらのBPSDを背景として、近隣住民宅の玄関等に張り紙をする、頻回に訪ねて苦情を申し立てる、諸機関に頻回の苦情申立てをする等の行動化に及ぶことで近隣トラブルが引き起こされ、地域社会との間で困難事象が生じていた。本研究対象者は、事例化した段階でも本人の認知症に気づき適切な援助希求行動をとる家族がいないことを共通の特徴として有している。認知機能障害および生活機能障害に気づく家族介護者がいない場合、地域社会が本人の認知症を認知症初期段階で認識することは困難であり、本人の攻撃性はBPSDとは理解されないまま地域社会との間に軋轢が生じ、困難事例化していた。認知症であると理解されないために地域社会の人間関係はより困難なものとなり、人間関係の困難さは迫害妄想をより強固なものとして事態をいっそう複雑困難化する悪循環が認め

られた。認知症の臨床ステージが進展し、生活機能障害が明らかになる段階では、ゴミ出しのルールを守れないことによる周辺環境の汚染、著しく不衛生な住居から発生する異臭やハエ、ウジ、ゴキブリ、ネズミ、あるいは身体の著しい不潔や季節に合わない服装が与える違和感、失火の懸念などが原因となって近隣トラブルが生じ、地域社会からの排除が起こって困難事例化していた。地域社会との間で生じる困難事象は、認知症の臨床ステージが進行するにつれて、本人による地域社会への攻撃から、地域社会による本人の排除へとその特徴が変化した。

虐待については、身体的・心理的虐待、および介護放棄はCDR ≤ 0.5では把握されなかった。これらはCDR ≥ 1で顕在化し、臨床ステージが進行して要介護度が増すに伴い、身体的・心理的虐待よりも介護放棄が目立つようになった。経済的虐待および財産管理不能は認知症の全臨床ステージを通じて把握され、臨床ステージが進展し

て認知機能障害および生活機能障害が進行するにしたがって頻度が高くなった。

身体医療にかかわる困難事象については、全臨床ステージを通じてせん妄が一定頻度で認められ、身体医療の受療拒否、医療機関とのトラブルもほぼ一定の頻度で認められた。CDR \leq 0.5の段階で服薬管理、身体管理ができなくなることによると考えられる体調変化が把握された。服薬管理と身体管理の問題は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなり、せん妄が認められた16人のうち9人でせん妄の背景因子になっていた。本研究では、身体医療にかかわる困難事象としてせん妄および服薬管理・身体管理以外の項目については把握された症例数が少なく、十分に検討することができなかった。しかしながら終末期医療の問題に家族介護者にかかわる困難事象が深くかかわる可能性が示唆され、家族介護者にかかわる困難事象に取り組むことで困難事例の終末期のあり方を改善しうる可能性がある。また、平成22年5月～平成24年3月までに担当した32人の生命予後を追跡調査したところ、32人中9人(28.1%)が本事業の対象となってから1年以内に死亡していた。このことから、本事業のなかで身体医療にかかわる問題を的確に把握し対応することができていない可能性が考えられ、本事業対象者の縦断的研究により予後の実態を把握し、身体的健康問題を含めた対応策を考案していくことが今後の課題と考えられる。

結 論

地域在住認知症高齢者に認められる困難事象を「家族介護者にかかわる困難事象」「地域社会との間で生じる困難事象」「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」の4カテゴリーに類型化した。地域在住認知症高齢者の困難事例では、認知症の臨床ステージが進展するほど、抱えている困難事象のカテゴリーが増える傾向が認められた。認知症の全臨床ステージを通じて家族介護者にかかわる困難事象は84%以上の頻度で認められ、地域社会との間で生じる

困難事象は46%以上の頻度で認められた。家族介護者にかかわる困難事象としては、認知症の全臨床ステージを通してキーパーソン不在の問題が大きかった。地域社会との間で生じる困難事象は認知症の臨床ステージによって特徴が異なり、臨床ステージが低い段階では本人の周囲に対する攻撃性が困難事象となっていたが、臨床ステージが進展するにつれて近隣トラブルによって本人が地域社会から排除されることが困難事象となっていた。虐待と財産管理にかかわる困難事象はCDR \geq 1で深刻化し、臨床ステージの進行に伴い増加した。身体医療にかかわる困難事象は認知症の臨床ステージの進展に伴い増加した。また、本事業の対象となった認知症高齢者の困難事例の生命予後はきわめて不良であった。本事業において、身体医療の問題を的確に把握し対応していくことが今後の課題として考えられる。

本研究にあたり、多大なご協力をいただいた東京都板橋区おとしより保健福祉センター専門相談係の皆様と、同センター専門相談事業対象者の方々に感謝いたします。なお、本稿の一部は第109回日本精神神経学会にて発表した。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

文 献

- 1) 栗田圭一, 島袋 仁, 小泉弥生, 進藤克博ほか: 認知症を地域で支える 宮城県栗原市の実践. 老年精神医学雑誌, 17 (5): 490-495 (2006).
- 2) 浜崎優子, 岸恵美子, 野村祥平, 野尻由香ほか: 地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難. 日本在宅ケア学会誌, 15 (1): 26-34 (2011).
- 3) 本間 昭: Clinical Demantia Rating. (大塚俊男, 本間 昭監) 高齢者のための知的機能検査の手引き, 65-69, ワールドプランニング, 東京 (2009).
- 4) 井上信宏: 地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応: 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために. 信州大学経済学論集, 57: 15-47 (2007).
- 5) 伊藤克彦: 事例援助と訪問・往診. 第4版, 1-2.

- 診療新社, 大阪 (1985).
- 6) 岩間伸之: 介護保険制度と支援困難事例. 支援困難事例へのアプローチ, 7-8, メディカルレビュー社, 東京 (2008).
 - 7) 岩間伸之: 困難事例とは何か; 3つの発生要因と4つの分析枠組み. ケアマネジャー, 11 (9): 16-19 (2009).
 - 8) 小松源助: 家族中心アプローチの基本的な視点と課題. ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究; 21世紀への継承を願って, 第1版, 166-266, 川島書店, 東京 (2002).
 - 9) 厚生労働省: 高齢者虐待防止の基本. (2006). <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/02.pdf>
 - 10) 厚生労働省: 居宅介護支援 (特定事業所加算算定条件). (2010). http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0311-7d_0003.pdf
 - 11) 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. 平成24年6月18日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
 - 12) 窪田暁子: 多重問題家族への社会福祉援助. 東洋大学社会学部紀要, 30 (1): 157-176 (1993).
 - 13) 小倉千恵子, 榎原千佐子, 近藤あゆ子, 杉本佐菜子: 介護保険制度開始後の行政機関が関わる事例の類型化とその役割の研究; A市B区2行政機関と在宅介護支援センターが関与した困難事例の分析から. 保健師ジャーナル, 63 (11): 1012-1017 (2007).
 - 14) 岡田朋子: 支援困難事例の量的調査. 支援困難事例の分析調査; 重複する生活課題と政策とのかかわり, 121-142, ミネルヴァ書房, 京都 (2010).
 - 15) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター: 平成16年度老人保健健康増進等事業「認知症 (痴呆症) の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究」(代表: 須貝佑一) 報告書. (2005).
 - 16) 武ユカリ, 小杉真司, 浅井 篤, 塀原秀一: 在宅ケアにおける困難事例に関する研究と対応ツールの作成. 2005年度財団法人在宅医療助成勇美記念財団最終報告書. (2006).
 - 17) 和気純子: 高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース. 人文学報, 351 (社会福祉学 21): 99-121 (2005).
 - 18) 吉澤みどり: 援助困難ケースの全体像; 実態把握票作成とその集計分析より. 地域保健, 34 (3): 81-89 (2003).

Characteristics of complex cases of community-dwelling elderly with dementia

— Relationship with clinical stage —

Kae Ito^{*1,2}, Mamiko Tada^{*3}, Chie Sakurai^{*3}, Miyuki Hara^{*3}, Yuta Mizusawa^{*3}, Shiho Yamada^{*3}
Norikazu Kobayashi^{*3}, Yukari Sasaki^{*4}, Takanobu Matsuzaki^{*5}, Kentaro Shimokado^{*2}
Shuichi Awata^{*1}

* 1 *Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*

* 2 *Geriatrics and Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University Graduate School*

* 3 *Health and Welfare Center for Elderly, Itabashi, Tokyo*

* 4 *Health and Welfare Center, Itabashi, Tokyo*

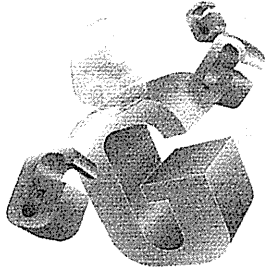
* 5 *Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities, Mental Health and Welfare Division, Ministry of Health, Labour and Welfare*

The aim of this study was to clarify the characteristics of complex problems facing elderly community-dwelling persons with dementia and their relationship with the clinical stage of dementia. Subjects were 79 recipients of municipal outreach services for elderly persons with dementia. From analyses of case records, we categorized the characteristics of the complex problems into four types : (1) Family caregivers ; (2) Community life ; (3) Abuse and property management ; and (4) Medical treatment of physical health. Problems concerning family caregivers were mentioned frequently throughout all clinical stages. Problems concerning community life changed as the clinical stage progressed; during the early stage of dementia, the main feature of the problem was aggression toward neighbors ; however, as the stage progressed, it changed to exclusion from the community. Problems concerning abuse and property management and problems concerning medical treatment of physical health became more serious as the clinical stage progressed. The complexity of the problems also increased as the clinical stage progressed.

Key words : community dwelling, complex cases, complex problems, elderly with dementia, outreach services

特集

オレンジプランと地域からの挑戦



認知症早期支援体制

—— とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題 ——

粟田 圭一

抄録

認知症早期支援体制の確立を目指した国のモデル事業「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」がスタートした。本事業は、地域包括支援センター等に専門職のチームを配置し、“サービスにつながっていない”または“BPSDに苦慮している”認知症の人を対象にアウトリーチによる支援を行い、認知症の人ができるかぎり住み慣れた地域で暮らせるようにすることを目指している。本事業の課題を、「地域包括支援センターの役割」「精神保健福祉相談事業との関連」「拠点となる医療機関の確保」という観点から論じた。

Key words : オレンジプラン, 認知症初期集中支援チーム, 地域包括支援センター, 精神保健福祉相談事業, 認知症疾患医療センター, 認知症医療支援診療所

老年精神医学雑誌 24 : 883-889, 2013

はじめに

2012年9月5日に公表された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」¹⁾は、2013～2017年の5年間の達成目標を示したわが国の認知症施策の国家計画である。その基本目標は、『『ケアの流れ』を変えることにあり、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考え方を改め、『認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎ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』ことにあるとされている²⁾。

このような基本目標が定められた背景には、診断の遅れ、それによる支援の遅れ、それらの遅れによる認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）の出現と悪化、身体状態の悪化、家族介護者の疲

弊、地域社会のなかでのトラブル等が、本人および家族介護者の生活の質（quality of life ; QOL）を低下させ、それらすべての要因によって“住み慣れた地域”での暮らしが困難となり、精神科病院への入院や施設入所によらざるを得ない状況に直面する認知症の人が少なくないという現実があるからである。それゆえに、認知症の臨床像が重篤化し、困難な状況に陥る前に、認知症疾患を診断し、必要な支援を提供すること、つまり、認知症の早期支援体制を構築することが強く求められている³⁾。

このような考え方は、諸外国の認知症施策にも共通している。たとえば、2009年に認知症国家戦略を策定したイギリスでは、「正式な診断を受けているのは認知症の人の1/3に過ぎない」「診断されるときには、すでに認知症が進行し、自分の意思で選択することができなくなっている」「診断は、しばしば危機的状況においてはじめてなされるが、その危機は、早期診断によって回避できていた可能性がある」とし、新たに認知症に

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

罹患するすべての人が、質の高い早期診断のもとで必要な支援が受けられるようすることを国家戦略の基本目標に掲げている⁷⁾。

1 認知症の早期支援は認知症の人と家族介護者のQOLを改善するか

早期支援によって、認知症の人や家族介護者のQOLを改善し、不必要な入院や入所を回避できることを示したいくつかの報告がある。

Gauglerら⁸⁾は、4,761人の認知症介護者を3年間追跡し、早期からの居宅サービスの利用が施設入所の時期を遅らせることを示している。Challisら⁹⁾は、困難事例においてすら、高い技能をもった精神保健チームのケースマネジメントは施設入所の頻度を有意に減じると報告している。Mittelmanら¹⁰⁾は、診断の段階で家族介護者を支援し、カウンセリングを行うことによって、家族介護者のQOLが向上し、認知症の人の施設入所を28%減じることができたと報告している。Banerjeeら¹¹⁾は、The Croydon Memory Serviceに紹介された290人の連続症例を6か月間追跡し、認知症の早期診断と早期支援を可能とするケアモデルが、BPSDを軽快させ、認知症の人のQOLを向上させたと報告している。

2 認知症の早期支援を実現するうえでの課題

認知症の早期支援を実現するためには、認知症の人が、適切なタイミングで必要なサービスに容易にアクセスできる体制を構築しなければならない。認知症の人が容易にサービスにアクセスできるようにするには、少なくとも以下の5つの課題を克服する必要がある。

第1に、地域に暮らす人々が認知症について正しい知識をもち、偏見を解消し、認知症に気づき、「援助を希求する行動」と「援助を提供する行動」の両者が促進されていなければならない。第2に、地域のなかに、認知症の相談に応需し、包括的なアセスメントを行い、必要なサービスを調

整できる機関が適正に配置されていなければならない。第3に、質の高い迅速な診断が可能な医療機関が適正に配置されていなければならない。第4に、認知症疾患の診断に基づき、一般医学的管理を継続的に行うことができる医療サービスが確保されていなければならない。第5に、こうした課題を戦略的に解決するための意思決定能力が自治体になければならない。

ここでは、とくに第2の課題解決を目指して、2013年度より実施されている国のモデル事業を紹介し、これを実施するにあたっての課題を考察しておきたい。

3 認知症初期集中支援チーム

2013年度より、市町村を対象とする国庫補助事業「市町村認知症施策総合推進事業」において、「認知症初期集中支援チーム等設置促進事業」が実施されることになった¹²⁾。この事業は、①認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業(表1)と、②認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業(表2)によって構成されている。ここでは認知症初期集中支援設置促進モデル事業の概要と支援の実際について紹介する。

1. 事業の概要

本事業は、地域包括支援センター等に「認知症初期集中支援チーム」を配置し、拠点となる医療機関(認知症疾患医療センター等)やかかりつけ医療機関と連携し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築しようとするものである(図1)。

ここでいう認知症初期集中支援チームとは、「複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム」と定義されている。また、支援チームが訪問支援を行う対象者は、①医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者、②医療サービス、介護サービスを受けているがBPSDが顕著なため対応に苦慮している者、とさ

表1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の実施要綱(抜粋)

(1) 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期にかかわる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

(2) 定義

①認知症初期集中支援チーム(以下、「支援チーム」という)

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人(以下、「訪問支援対象者」という)およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

②訪問支援対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

- a) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- b) 継続的な医療サービスを受けていない者
- c) 適切な介護保険サービスに結びついていない者
- d) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(3) 実施主体

本事業の実施主体は、市町村(特別区を含む、以下同じ)とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

(4) 事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める要式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

(5) 実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者およびその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、診療所等の機関とする。

(6) 認知症初期集中支援チームの構成

①認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、認知症初期集中支援チーム員(以下、チーム員という)を地域包括支援センター、診療所等に配置するものとする。

②チーム員の配置人数と職種

チーム員は、以下のアを満たす専門職2人以上、イを満たす専門医1人の計3人以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者2人以上とする

- a) 「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- b) 認知症ケア実務経験3年以上または在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- c) 国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

イ 日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可)1人とする

(7) チーム員の役割

(上記のアを満たす)専門職は、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うための訪問活動等を行う。専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応じる。なお、訪問する場合のチーム員数は2人以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1人以上で訪問する。

(8) 事業内容

①普及啓発事業

地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行う。

②認知症初期集中支援の実施

(本文参照)

③「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「検討委員会」を設置し、支援チームの設置および活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努める。

表2 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業におけるモデル実施機関の要件

- (1) より身近な地域において、早期診断・早期対応および危機回避支援機能を有する診療所であって、当該機能を発揮する地域を有する市町村の長により委託を受けた医療機関
- (2) 以下の3つの要件を満足する
- a. 人員体制に関する要件
- ① 専任の日本老年精神医学会または日本認知症学会の定める専門医、または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であり、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（1人以上）が配置されている
 - ② 認知症の鑑別診断に係る神経心理検査（MMSE、CDR等）について一定程度の知識および技術を修得している者である看護師、保健師、精神保健福祉士等（1人以上）が配置されている
- b. 検査体制に関する要件
- 当該診療所において、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制としてコンピュータ断層撮影装置（CT）・磁気共鳴画像装置（MRI）等を他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されている。
- c. 連携体制に関する要件
- ① 当該活動地域の市町村医師会、郡市医師会および都道府県を通じて都道府県医師会との支援協力体制を確保している
 - ② 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院または精神科病院との連携体制を確保している（なお、当該診療所が所在する二次医療圏内に設置されている認知症疾患医療センターとの連携体制を通じて確保される場合はこの限りではない）

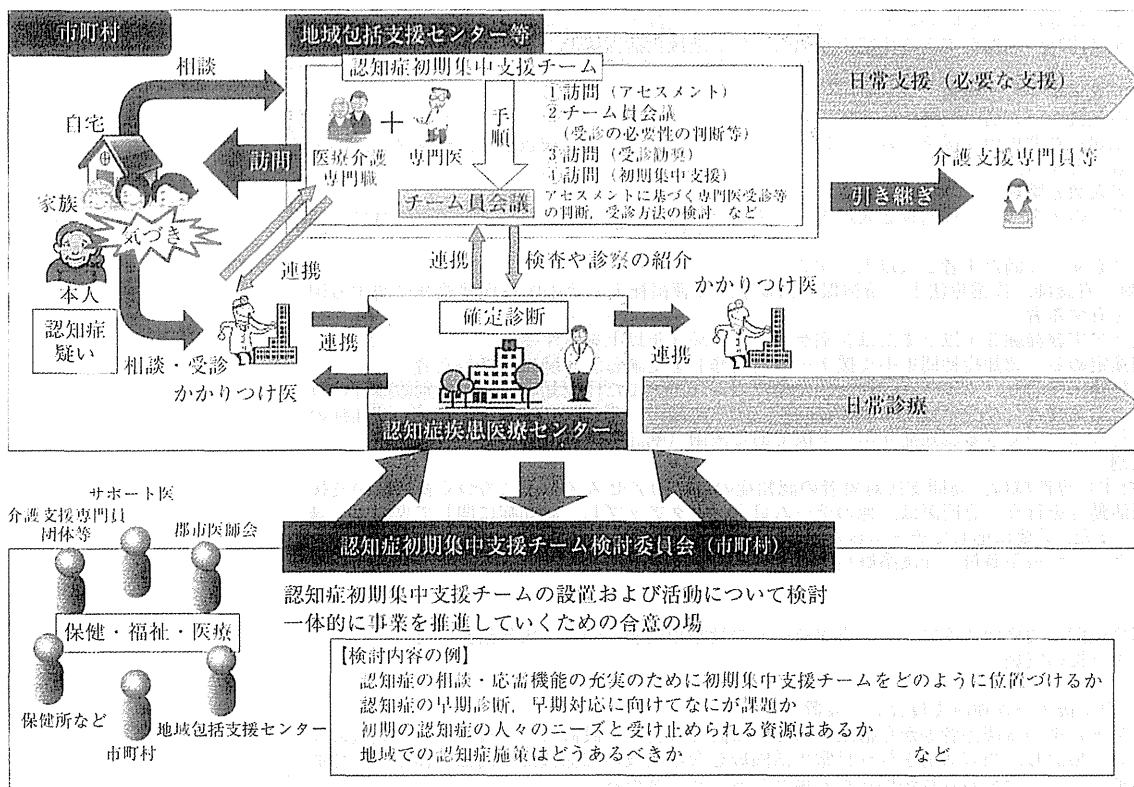


図1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図

□特集

れている。

地域包括支援センター等に配置されるチーム員は、表1の基準を満足する「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の専門職2人以上と専門医1人である。専門職は認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うための訪問活動を行い、専門医は他のチーム員をバックアップし、専門的見地から助言を行い、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応ずる。事業の実施にあたっては、認知症初期集中支援の実施のほかに、普及啓発推進事業と「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置をあわせて実施すること、とされている。

2. 認知症初期集中支援の実際

認知症初期集中支援は、以下のプロセスを通して実施される。

1) 訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者は、一般的には、地域包括支援センターの総合相談支援業務や市町村独自の実態調査のなかで把握される。地域包括支援センターの総合相談では、地域に住む高齢者のさまざまな相談に応じ、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローするとともに、必要に応じて地域包括支援センターの業務のなかで支援を継続することが求められている。これによって、あらゆるサービスの調整が可能となり、ワンストップサービス拠点として機能することができるものと考えられている⁶⁾。

2) 情報収集

地域包括支援センターの総合相談では、どのような人からの、どのような相談であっても、相談内容を的確に把握するために、「利用者基本情報」と呼ばれるシートを作成する。こうした情報収集の作業のなかで、「認知症初期集中支援の対象」と判断される場合には、認知症初期集中支援チームにつないで（または認知症初期集中支援チームの一員として）認知症に関する包括的なアセスメント（以下、「認知症アセスメント」）を実施する。

3) アセスメント

認知症アセスメントの意義は、認知症の人や介護家族が抱える課題を限られた時間のなかで包括的に評価し、関係者間で情報を共有し、課題解決に向けてサービスの一体的提供を円滑に調整していくことができることにある。モデル事業においては、認知症によくみられる認知機能障害と生活機能障害、BPSD、身体の状況（服薬状況や通院状況を含む）、本人の生活状況、家族介護者の状況、社会的困難状況を包括的に評価できる簡便なアセスメントシートが活用されている。

4) 初回家庭訪問の実施

認知症アセスメントは、地域包括支援センター等での来所面談において実施することも可能であるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問してアセスメントを行うようにする。ただし、相談の対象となっている本人から訪問の了解が十分に得られていない場合には、訪問の方法について事前に十分に検討しておく必要がある。また、初回アセスメントでは、すべての項目について十分な情報収集ができない場合もある。その場合には、緊急性を考慮したうえで、複数回の訪問を通してアセスメントを完成させる。

5) チーム員会議の開催

認知症アセスメントの結果を、チーム員および関係者間で情報共有しながら、チーム員会議のなかで具体的な支援策を決定していく。このプロセスは、「課題の明確化」→「解決策の案出」→「支援策の決定」→「計画の作成」→「支援の実行」→「効果の検証」という、通常地域保健活動のなかで実施されている問題解決的アプローチにほかならない。このようなアプローチは『地域包括支援センターの運営マニュアル』⁶⁾にも記述されている。

6) 初期集中支援の実施

アセスメントの結果に基づき、初期集中支援を実施する。ここでいう初期集中支援とは、支援の導入期に集中的に行われるべき支援を意味しており、「訪問対象者が医療サービスや介護サービス

による安定的な支援に移行するまでの期間」で、おおむね最長で6か月間程度の期間に実施されるものである。この段階で一般的に必要とされる支援には、①医療機関への受療支援、②家族介護者への支援、③単身者の場合の生活支援（服薬管理や金銭管理など）、④介護保険サービスの利用に関する支援、⑤成年後見制度の利用に関する支援、⑥BPSDへの対応と予防などがある。

7) 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

医療サービスや介護サービスの安定的利用につながり、対応上困難なBPSDが軽減したと判断される場合には初期集中支援を終了とする。その後、サービスの一体的提供の調整を担うのは通常は介護支援専門員となるので、チーム員会議やサービス担当者会議などを通して、情報を共有する。また、初期集中支援チームは、その後も介護支援専門員との連携を維持し、しばらくの間、支援の状況をモニタリングしながら介護支援専門員をサポートできるようにしておく。

3. 支援を実施するにあたっての課題

1) 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの構築を推進するために、日常生活圏域（具体的には中学校区）単位に設置されている実践的なサービス調整機関である。ここには、社会福祉士、保健師、介護支援専門員で構成される多職種チームが配置されており、地域に暮らす高齢者の多様な課題にワンストップサービス拠点として対応することが求められている。

認知症初期集中支援チームの実践は、地域包括支援センターの必須業務のひとつである総合相談のそれと重なる部分が多い。実際、地域包括支援センターは、医療サービスや介護サービスにつながっていない数多くの認知症高齢者の相談に応需し、サービスの調整を実践している。その多くは所内相談での情報提供というレベルで解決可能なものかと思われる。したがって、必ずしもアウトリーチ（訪問型ケア）による支援は必要としない。実際、人口規模の大きな大都市で、すべての認知

症相談にアウトリーチによる支援を行うのは不可能である。

しかし一方で、「医療機関との連携が円滑に進まない（診断に結びつかない）」「BPSDへの対応や近隣トラブルなどへの対応に苦慮している」など、地域包括支援センターにおいて対応しきれない困難事例が少なからずある²⁾。認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センターの機能を強化ないし補完するという立ち位置で機能する必要があり、そのような意味で、困難事例への対応には積極的に取り組む必要がある。そのうえで、困難事例化を予防するための支援の方法を“認知症初期集中支援”として確立していかなければならない。全国に約4,000か所ある地域包括支援センターが、地域の拠点となる医療機関と連携して、そのような“認知症初期集中支援”を標準的な予防的支援の方法として実践できるようにしていくことが究極の目標かと思われる。

2) 精神保健福祉相談事業との関連

従来、社会的困難状況にある認知症の人の相談は、精神保健福祉相談事業や老人精神保健相談事業のなかで応需してきた自治体も少なくない。保健所や市町村の精神保健福祉相談のなかに多職種チームにおいて、関係機関と連携を図りながら認知症の早期支援を実践してきた自治体もある³⁾。実際、2005年の介護保険法改正によって創設された地域包括支援センターには、そのような文脈のなかでの認知症の早期支援が期待されていた⁴⁾。しかし、現実には、それに対応するかたちでの制度設計は十分になされてこなかったように思われる。

認知症の人の権利を守り、BPSDへの対応を行い、生活の場を確保するプロセスを遂行する際には、精神保健福祉法のもとでの支援が必要とされる場合がある。また、認知症の人の支援とともに、うつ病、妄想性障害、アルコール関連障害など多様な精神症状をもつ高齢者への支援が必要とされる場合も少なくない。認知症初期集中支援チームは、認知症支援という観点のみならず、高齢者の

□特集

地域精神保健福祉という観点から、地域包括支援センターの機能を強化・補完する役割を果たすとともに、自治体の精神保健福祉相談事業との役割分担を考慮し、連携・協働できる体制を確保する必要がある。

3) 地域の拠点となる医療機関の確保

チームの一員である専門医は「専門的見地から助言を行い、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需すること」とされているが、このような役割を担う医師には、認知症に関する専門的知識とともに、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与していく姿勢が求められる。

2008年に創設された認知症疾患医療センターは、専門医療機関としての役割とともに、地域連携機関としての役割を果たすことが求められている。しかし、2013年10月1日現在で認知症疾患医療センターの設置件数は238か所であり、認知症高齢者の出現頻度を考慮するとその数は明らかに少ない。こうした課題を解決していくために、新たなタイプの認知症疾患医療センターとして、認知症医療支援診療所（仮称）を事業化する構想が立ち上がっている。これは、より身近な地域のなかで、認知症の早期診断・早期対応と危機回避支援機能を担う診療所であり、認知症初期集中支援チームと協力体制を組むことが期待されている（表2）。オレンジプランによれば、2017年までに、認知症医療支援診療所（仮称）を含めた認知症疾患医療センターを全国に500か所設置することが計画されている。

文 献

- 1) 栗田圭一, 鳥袋 仁, 小泉弥生, 進藤克博ほか: 認知症を地域で支える 宮城県栗原市の実践. 老年精神医学雑誌, **17**: 490-495 (2006).
- 2) 栗田圭一, 佐野ゆり, 福本 恵: 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態; とくに、医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌, **21**: 356-363 (2010).
- 3) 栗田圭一: 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 (2012).
- 4) Banerjee S, Willis R, Matthews D, Contell F, et al: Improving the quality of care for mild to moderate dementia; An evaluation of the Croydon Memory Service Model. *Int J Geriatr Psychiatry*, **22**: 782-788 (2007).
- 5) Challis D, von Abendorff R, Brown P, Chesterman J, et al: Care management, dementia care and specialist mental health services; An evaluation. *Int J Geriatr Psychiatry*, **17**: 315-325 (2002).
- 6) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会: 地域包括支援センター運営マニュアル2012; 保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして. 長寿社会開発センター, 東京 (2012). <http://www.nenrin.or.jp/chiiki/manual/pdf/manual01.pdf> (2012年3月)
- 7) Department of Health, United Kingdom government: Living well with dementia. A National Dementia Strategy. (2009). https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf (2009年2月3日)
- 8) Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R: Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *Gerontologist*, **45**: 177-185 (2005).
- 9) 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. 平成24年6月18日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- 10) 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. http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8_dh-att/2r985200002j8_ey.pdf
- 11) 厚生労働省: 認知症対策総合支援事業の実施について (厚生労働省老健局長通知). 平成25年7月4日.
- 12) Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, Haley WE: Preserving health of Alzheimer caregivers; Impact of a spouse caregiver intervention. *Am J Geriatr Psychiatry*, **15**: 780-789 (2007).

■第32回日本社会精神医学会(熊本) :
シンポジウムⅥ「認知症を地域で支えるために」

大都市における認知症地域連携の実践と課題

栗田圭一

抄録 :

高齢者、後期高齢者、要介護要支援高齢者、単身高齢者、認知症高齢者の絶対数が著しく増加することが、大都市の高齢化の際立った特徴である。認知症高齢者が暮らす地域の中で、予防、医療、介護、住まい、生活支援を一体的に提供することができるケアシステム、すなわち、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築が、大都市の認知症施策の最重要課題となっている。東京都は、2007年に認知症対策推進会議を設置し、その部会の中で個々の課題解決に向けた施策の検討を進めてきた。2010年には東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会が設置され、専門医療機関、地域連携推進機関、人材育成機関の役割を担う認知症疾患医療センターが2次保健医療圏域単位に設置された。2012年には医療部会が設置され、認知症のための医療資源整備の方向性が継続的に審議されるようになった。2013年には認知症早期発見・早期診断推進事業が創設され、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携を基軸とする早期支援体制の構築が進められるようになった。さらに、同年には、認知症支援を担う人材育成の方略を検討するために、医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議が設置された。こうした施策とともに、単身で生活困窮状態にある認知症高齢者の暮らしを支えるために、「住宅支援」「日常生活支援」を一体的に提供することができる社会資源の整備が強く求められている。

日社精医誌 22 : 551-558, 2013

索引用語 : 大都市, 地域包括ケアシステム, 認知症対策推進会議, 認知症疾患医療センター, 住宅支援, 生活支援

1. はじめに

わが国の人口の約1割が暮らす東京都では、2015~2025年までの10年間に、高齢者人口は24万人(308万人から332万人)⁶⁾、後期高齢者人口は51万人(147万人から198万人)⁶⁾、要介護要支援認定高齢者数は19万人(52万人から71万

人)¹¹⁾、単独高齢世帯数は11万世帯(71万世帯から82万世帯)⁷⁾増加し、認知症高齢者数(要介護要支援認定高齢者における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上)は12万人(30万人から42万人)¹²⁾増加する。この数は、例えば熊本県と比較すると、高齢者人口については約6倍⁶⁾、後期高齢者人口については約11倍⁶⁾、要介護要支援認定

英文タイトル : Toward Establishment of a Community-based Integrated Care System for the Elderly with Dementia in a Metropolitan Area
著者連絡先 : 栗田圭一(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)
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
Corresponding author : Shuichi Awata, M.D., Ph.D.
Research Team for Promoting Independence of the

Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2, Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015, Japan

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
Shuichi Awata : Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

高齢者については約10倍¹¹⁾、高齢者単身世帯については約7倍⁷⁾、認知症高齢者については約9倍¹²⁾のオーダーで増加することを意味している。また、東京都の人口密度は熊本県の約25倍、都道府県所在地の住宅地の平均価格は約8倍である⁵⁾。認知症があり、要介護状態にあり、単身または高齢者のみ世帯であり、社会的に孤立し、生活の場の確保が困難な状況にある高齢者の絶対数が増加することが、大都市の高齢化の際立った特徴かと思われる。

2. 新たなサービス提供体制の必要性

2010年11月30日に公表された社会保障審議会・介護保険部会報告書には、21世紀の前半に直面するわが国の高齢化に対して、現行のサービス提供体制では対応が困難、特に、医療ニーズが高い重度の要介護高齢者、単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることは困難であり、新たなサービス提供体制として「地域包括ケアシステム」を確立することが不可避であることが指摘されている。これを受けて、2011年の介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの構築が国および地方公共団体の責務に位置づけられ、2012～2014年の第5期介護保険事業計画ではその実現が保険者の基本目標に据えられた。また、2012年2月に閣議決定された社会保障と税の一体改革においても、地域包括ケアシステムの構築が社会保障改革の基本的考え方の一つに掲げられ、同年の診療報酬・介護報酬の同時改定および医療計画の策定においても、これを具体化させる方向で改定が進められた。

3. 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、一般的には、「高齢者が暮らす日常生活圏域(具体的には中学校区)において、予防、医療、介護、生活支援、住まい等のサービスが一体的に提供されるシステム」と理解されている。これは、国際的には、Community-based Integrated Care Systemに相当す

るものである。

Community-based Integrated Care Systemとは、1990年代ごろより、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という観点から、欧米の先進諸国において積極的に導入が進められてきた新たなサービス提供体制である。ここで言うCommunity-based Careとは「その地域のニーズに根ざし、その地域の人々の考え方や価値観に合わせて構築され、その地域に暮らす人々の参加によって運営されるケアシステム」を意味し、Integrated Careは「異なる組織間のサービスの連携・協調によって、サービスの分断を減らすことをめざしたケア」を意味している。この両者を結合させたものがCommunity-based Integrated Care System、すなわち地域包括ケアシステムである。このようなサービス提供体制の実現によって、①地域のニーズに合わせたサービス提供が可能となり、②地域住民が自分達のシステムとして積極的にこれに関与し、③診断・治療・介護・リハビリ・健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、④サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上する、と考えられている³⁾。

4. 認知症対策推進会議

東京都では、2007年より、認知症対策推進会議(認知症の人と家族に対する支援体制構築に向けた方策を検討)を設置するとともに、認知症に関する都民への普及啓発を行うことを目的とした認知症対策推進事業が実施されている。

認知症対策推進会議では、これまでに6つの下位部会を時限で開催し、課題解決に向けた施策の検討を行ってきた(図1)。その中で、2010年に開催された「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」⁹⁾では、東京都における認知症疾患医療センターの役割や配置について検討され、2012年より2次保健医療圏域単位に認知症疾患医療センターの設置が進められるようになった。また、2011年に開催された「認知症ケアパス部会」¹⁰⁾では、認知症の地域連携を推進するた

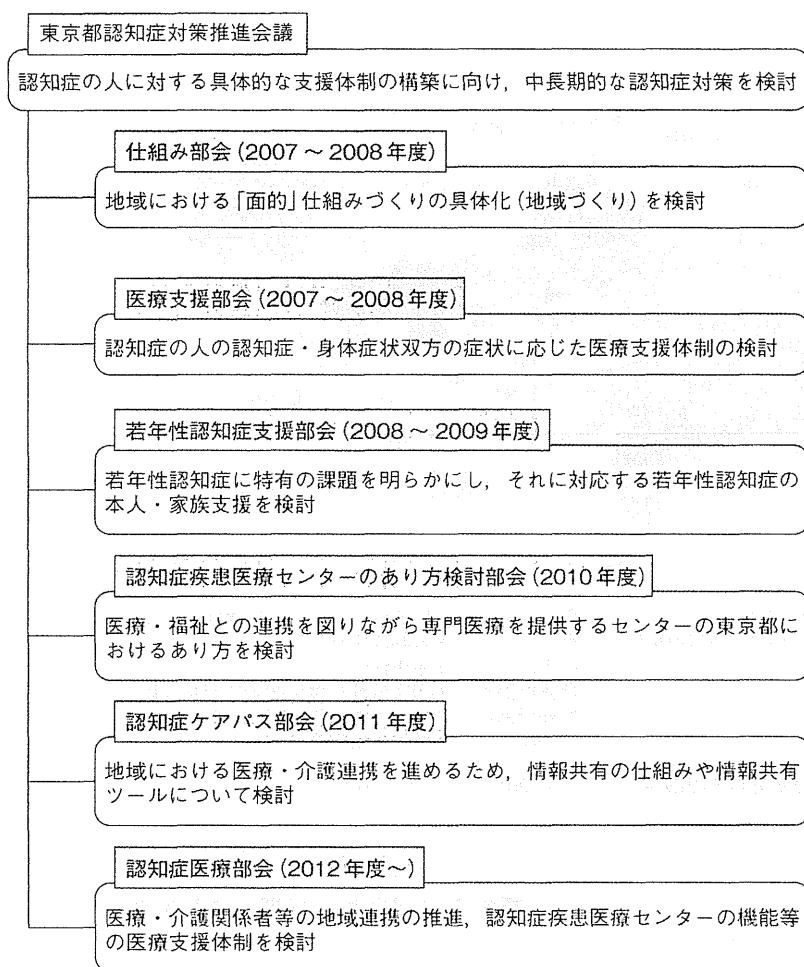


図1 東京都認知症対策推進会議と部会

めの方略が検討され、2013年より認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携を基軸とする「認知症早期発見・早期診断推進事業」が実施されるようになった。さらに、2012年より開催されている認知症医療部会では、認知症の医療資源整備に向けた検討が重ねられており、2013年からは、地域における人材育成の方略を検討することを目的とする「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」が設置されるようになった。

5. 東京都認知症疾患医療センター運営事業

東京都では、(1)地域の医療機関および介護事業所等への支援機能、(2)地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能、という2つの基本機能を担う医療資源の整備をめざして、2011年度に東京都認知症疾患医療センター運営事業を開始し、2012年度より、2次保健医療圏域(島嶼部を除く)単位に、12か所の認知症疾患医療センターを設置した(図2)。この機能を発揮するために、各センターには3つの役割(①専門医療機関としての役割、②地域連携推進機関としての役割、③人材育成機関としての役割)を果たすこと

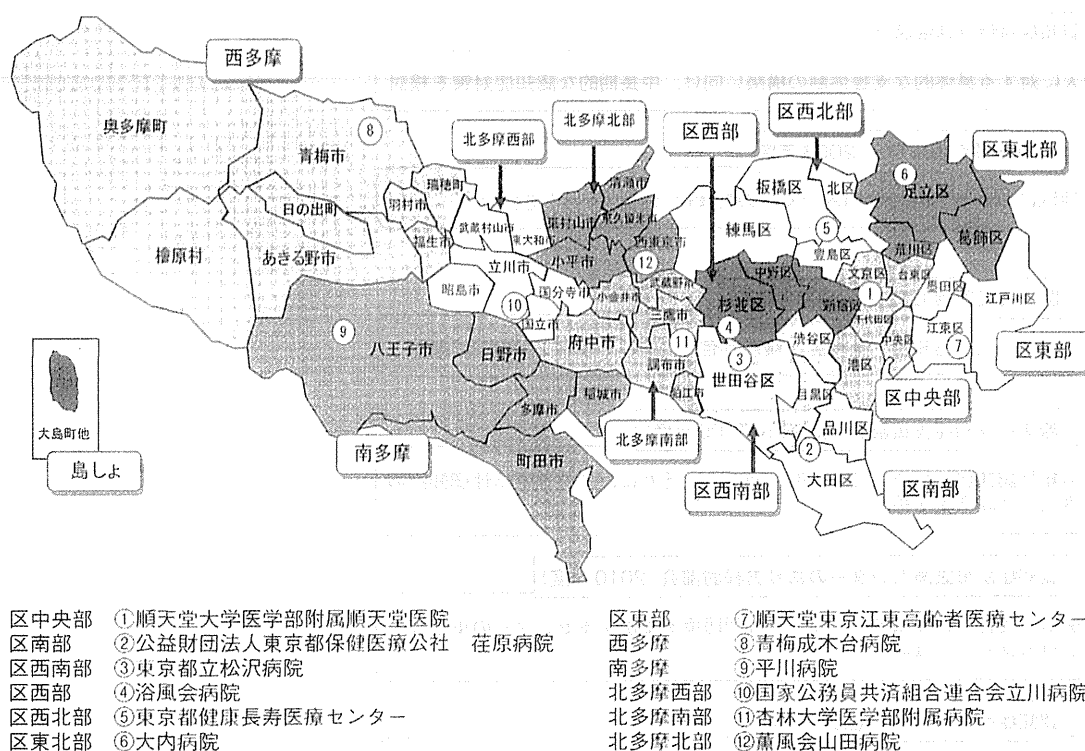


図2 東京都の認知症疾患医療センター(2013年3月1日現在)

が求められている(表1)。

東京都の認知症疾患医療センターが現在抱えている最大の課題は、各センターが管轄する圏域の人口規模が大きいことである。例えば、筆者が勤務する東京都健康長寿医療センターが管轄する区西北部医療圏(板橋区、練馬区、豊島区、北区)の人口は185万人であり、認知症疾患医療センターを10か所設置している熊本県のそれに匹敵する(表2)。このために、外来診察のための予約待機期間は長期化し、いわゆる“顔の見える”連携体制づくりが困難な状況にある。そこで、区西北部医療圏では、区単位に関係者が一堂に会する会議体を設置し、ここで医療資源整備を含む各区の認知症施策を検討し、この会議の代表者(現在は医師会、地域包括支援センター、区担当課所属の委員)が圏域全体の連携協議会の構成委員となり、ここで各区の支援体制づくりについて情報交換を行うことにしている。

6. 認知症早期発見・早期診断推進事業

本事業は、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・アセスメントを実施し、情報を共有し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族が生活の質を保持し、穏やかで安全な生活を継続できるようにすることをめざした事業である¹⁾。これは、国が認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)の中で構想している認知症初期集中支援チームと同じ考え方に立つものであるが、国の事業とは異なり、東京都の場合は、(1)区市町村の地域包括支援センター担当部署または地域包括支援センターに配置する認知症コーディネーターと、(2)認知症疾患医療センター等の医療機関に配置する認知症アウトリーチチームが連携し、地域に潜在し、医療機関への受診が困難な状況にある認知症の人

表1 東京都における認知症疾患医療センターの役割

| 役割 | 業務内容 |
|----------------|--|
| 専門医療機関としての役割 | <p>■ 専門医療相談の実施 医療相談室を設置し、認知症に関する専門知識を有する精神保健福祉士等を配置する。本人、家族、関係機関(地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター、介護保険事業所等)からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、状況に応じて、適切な医療機関等の紹介を行う。</p> <p>■ 認知症の診断と対応 認知症の医学的診断だけでなく、日常生活の状況や、他の身体疾患等の状況等も踏まえ、総合的に評価を行い、関係機関と情報共有を図り、医療・福祉・介護の支援に結び付ける。診断後は、かかりつけ医と連携を図り、日常の診療はかかりつけ医が担当することが基本となる。</p> <p>■ 身体合併症、行動・心理症状への対応 認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状の治療について、認知症疾患医療センターで受け入れるほか、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受け入れる体制をつくる。</p> |
| 地域連携推進機関としての役割 | <p>■ 地域連携の推進 地域の医療機関、地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター等の関係機関、家族介護者の会等との連携を図るため、協議会等を開催し、地域において関係者が密接に連携するネットワークづくりに向けた検討を行う。</p> |
| 人材育成機関としての役割 | <p>■ 専門医療、地域連携を支える人材の育成 認知症疾患医療センターの院内においては、専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めていくとともに、地域においては、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図るための研修等に取り組んでいく。</p> |
| その他 | <p>■ 情報発信 認知症に関する正しい知識を普及していくために情報発信を行う。</p> |

表2 東京都区西北部医療圏と熊本県の比較

| | 東京都区西北部 (板橋、豊島、北、練馬) | 熊本県 |
|-----------------|-------------------------|----------------------|
| 面積 | 114Km ² | 7,400Km ² |
| 人口 | 185万人 | 181万人 |
| 高齢者人口 | 38万人 | 47万人 |
| 高齢化率 | 21% | 26% |
| 認知症高齢者数* | 4万人 | 5万人 |
| 認知症疾患医療センター設置件数 | 1か所 | 10か所 |

* 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上

を主たる対象に、訪問による支援を通して、①総合アセスメント、②医療へのアクセスの促進、③必要なサービスの一体的提供を実現していこうというものである。

この事業の最大の課題は、やはり認知症疾患医療センターの担当圏域の人口規模が大きすぎることにある。医療機関と地域包括支援センターとの連携を基軸にして、地域の中で認知症の早期支援

を実現していく仕組みを創り出すためには、区市町村単位で、認知症の鑑別診断やBPSD対応、そして地域包括支援センター等と連携して地域の中できめ細かな認知症支援を展開していくことができる医療資源を整備していく必要がある。

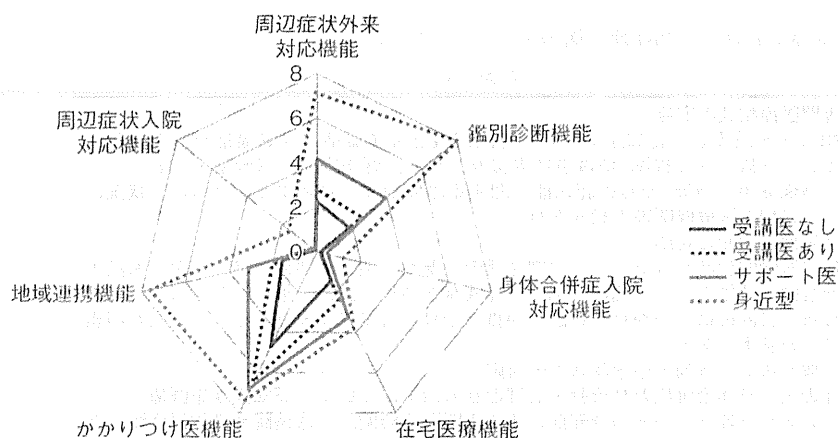


図3 認知症対応力の比較

「受講医なし」：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。「受講医あり」：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。「サポート医」：認知症サポート医がいる診療所。「身近型」：身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

7. 認知症のための医療資源整備

筆者らは、認知症のための医療サービス調査票 (MSD-28) を開発し、東京都内の一般診療所の認知症対応力を評価した²⁾。その結果、①認知症対応力向上研修の「受講医がいる診療所」は、「受講医がいない診療所」よりも、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、地域連携機能が有意に高く、②「認知症サポート医がいる診療所」は、「受講医がいる診療所」よりも、上記の機能のすべてが有意に高い、しかし、それでも、③「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」のいずれについても、認知症サポート医の平均得点は8点満点中の3~4点である(図3)。このことは、「通常の診療業務」としてこれらの役割を果たせる認知症サポート医は限られていることを示している。

一方、オレンジプランでは、新たな認知症疾患医療センターの類型として、“身近型”認知症疾患医療センターの構想を提示している。筆者らは、11の候補医療機関を対象に、MSD-28を用いた調査を行った³⁾。その結果、これらの医療機関の入院対応能力は低い、が、「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」の機能が十分に高いこ

とが明らかにされた(図3)。

以上の結果から、今後は、認知症サポート医の数を単に増やすということではなく、認知症の鑑別診断や周辺症状への対応機能を持ち、地域包括支援センター等と連携して、認知症の人の暮らしを支えることができる地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与することができる“診療所”を、区市町村単位に適正数確保する施策が必要かと思われる。2013年度に、区市町村対象の国庫補助事業として認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業が実施されるが、本事業の結果を見据えながら、東京都においても区市町村単位の認知症医療の資源整備を進めていく必要がある。

8. 単身・生活困窮状態にある認知症高齢者を支える地域連携

今日、区市町村の認知症相談や地域包括支援センターの総合相談では、重層的な生活課題をもつ認知症高齢者(いわゆる“社会的困難事例”)の相談を受ける機会が増えている。実際、年齢階級別の被保護人員構成割合および被保護世帯人員の保護率は、60歳以上高齢者で最も高く、年々増加している(表3)。ホームレスの高齢化も急速に進