
活動報告

「大都市における認知症高齢者を地域で支えるシステムづくり」 モデル事業について—名古屋市千種区での試み

柴 山 漠 人*

はじめに

今日、日本は超高齢化社会を迎えて、認知症高齢者の人口は、現在160～170万人と推定されている。2015年には、団塊の世代が高齢期に達して、250万人に及ぶと推計されている。こうした事態を重視して、厚生労働省は、「2015年の高齢者介護」を取りまとめた。この中で、高齢者介護は、尊厳を支えるケアの確立への方策が必要であり、認知症高齢者を「標準ケア・モデル」とすると位置づけられている。

その中心には、介護予防、早期発見（原因疾患の診断・治療・ケア）、医療と福祉・介護関連の連携等であるが、地域でのサポートには、家族・地域住民の理解と協力は不可欠である。また、かかりつけ医、専門医、ケア専門職、行政職、等の専門的人材の育成（レベル・アップ）と共に、家族・地域住民の認知症についての正しい知識と理解、適切な関わり方への啓発活動が必要である。地方都市・町村では、既にこのようなシステムが構築されている地域もあるが、大都市では、未だに構築されていないので、このモデル事業を是非実現し、全国展開できるように寄与したいと考えている。

I. 事業内容

「かかりつけ医」の役割は、「ケアマネジャー」と共に、地域で認知症高齢者を支えるキー・パーソンである。

この認識の下に、モデル事業を開始するに当たり、2003年8月に名古屋市千種区医師会を訪ね、会長および認知症患者の診療に既に深く関与されている医師会員と面談し、協力をお願いし、快諾を得て、その翌月からボランティアとして、千種区医師会（診療所、病院）、千種区役所・保健所、社会福祉協議会（社協）、介護老人保健施設（老健）、特別養護老人ホーム（特養）、グループ・ホーム、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、家族、民生委員、NPOなどの関係者約40名を集めて、趣旨説明の上、検討を重ね、2004年4月より、本格的に着手した。各層の25名を世話人（役員）として案を企画・立案し、本会で討論の上、決定し、実行するという手順とした。

1. 介護予防（予防と早期発見）

(1) 啓発・普及活動

- 住民・市民向け講演会
- 専門職向け講演会
- 講師養成研修会
- 啓発用パンフレット
- 小中学校への働きかけ（講演会など）
- 幼稚園児等との世代間交流

(2) 予 防

A. アルツハイマー病

① 脳を刺激するプログラム

- 記憶機能（特に、エピソード記憶）、注意分割機能、計画力を含んだ実行機能（前頭葉機能）を刺激する要素を包含したプログラム。
- 具体的には：

- ・旅行：計画・立案、手順、集団で話し合うこと、などに3つの機能を刺激することが可能。
- ・料理：旅行と同じことが期待できる。週1～2回 日常的に料理について考え、知的活動を習慣化する。
- ・パソコン：参加者が学習の主導権を持ち、判らないところを聞くというスタイルでないと、効果的活動とはならない。
- ・学習療法：これは、「読み」「書き」「計算（算数）」が基本であり、これにより「前頭前野」（ワーキング・メモリー、発動性、注意・集中、思考の転換、企画・立案、言語、連合学習、情動抑制、高等感情、目的指向的行動など。即ち、認知能力、コミュニケーション能力、身辺自立能力などの中枢）の機能の活性化。東北大と公文教育研究所との共同研究。FAB（前頭葉機能テスト）の上昇。

② 疫学研究で有効とされるもの

- 野菜・果物・魚を多く摂る
 - 運動を習慣的に行う
 - 知的活動や対人接触行動の頻度を高くする
- ## ③ 趣味の中で、有効な Evidence のあるもの
- 読書
 - 楽器演奏（どんな楽器でも OK）
 - ボード・ゲーム（囲碁、将棋、トランプ、麻雀、人生ゲームなど）
 - 社交ダンス

B. 脳血管性認知症

① 危険因子の回避

危険因子：高血圧、糖尿病、高脂血症、心疾患（心房細動、虚血性心疾患など）、肥満（BMI25以上）、喫煙、飲酒習慣（1日30g以内 OK）、薬物乱用、頸動脈狭窄、TIA など

- ### ② 生活習慣の改善（バランスのよい食事・嗜好・運動）
- ### ③ 脳の活性化
- 文化的趣味を楽しむ

- 適度な仕事（自営業、専門職などを継続する）
- ボランティア活動、クラブ活動など

(3) 早期発見・早期診断・早期治療（検診など）

- ① 「こころの健康度チェック表」などで、ご本人または、ご家族にチェックしてもらい、先ずは、「かかりつけ医」を受診して頂き、そこで必要なら専門機関へ紹介し、鑑別診断、治療方針を決定し、フォロー・アップは、「かかりつけ医」が行う。
- ② 初期の認知症を早期発見し、早期に治療を開始する目的で、「物忘れ検診」を行う。
 - 集団検診と個別検診の2種類（当面は個別検診）
 - 将来的には、行政による高齢者検診の基本検診時に、「物忘れ検診」を実施（集団検診）
- ③ 自治会、民生委員などの地域の協力（啓発と自発的受診）
- ④ 「かかりつけ医」と専門医・専門機関の密接な連携

2. 軽度の認知症高齢者に対して

- (1) 診断を確定し、適切な治療とケア（介護）
 - ① かかりつけ医—専門医—かかりつけ医の連携
 - ② 薬物療法と非薬物療法の適切な選択
 - 非薬物療法とは：
 - a. 認知機能に対して:Reality Orientation、記憶訓練、学習療法など
 - b. 感情機能に対して:回想法、Validation、支持的精神療法など
 - c. 脳への刺激：芸術療法（音楽、絵画、コラージュ、バレエなど）、その他（手芸、ペット、ゲーム、社交ダンス、脳活性化訓練など）
 - 前述の予防の項で挙げたプログラムも有効。
- (2) 医療機関と福祉・介護機関の連携
 - ① 「個別ケア」（その人を中心とした）

その人の背景を考慮し、QOLに配慮したWell-Beingを考える。そのための医療とケア（介護）。自己決定権を尊重し、地域で支える。そのためには、適切なアセスメントとケアプランが必要。

- 背景とは、既往歴、生活歴（生育環境、教育歴、職歴、婚姻歴など）、家族歴、社会的活動、趣味、宗教、家族内人間関係、病前人格、住居、経済状態、法律問題、現在の状態（身体的、精神的）、人生観、倫理観などを指す。

② 行政、医師、保健師、ケアマネジャー、各種支援施設、家族などの連携（システムが必要）

③ 権利擁護体制の整備

- 地域福祉権利擁護事業を有効に活かす。
- 成年後見制度の補助人、補佐人、後見人は、現在は家族が多いが、家族ではなく、社協、司法書士会、精神保健福祉士会などの信頼できる第三者に依頼するのが最善。最近、後見制度の申立権が、2親等以内に該当者がいなければ、市町村長に認められた。
 - ・有効に利用されるには、民生委員、ケアマネジャーなどとの相互ネットワーク体制づくりが必要。

- 鑑定書作成可能医療機関のリスト作成

(3) 地域との連携

① 地域関連

自治会、老人会、婦人会、商店街などとの密接な連携

② 行政関連

区役所、保健所、社協、などとの連携は必須

③ 医療・福祉関連

診療所、病院、老健、特養、グループホーム、デイケアセンター、デイサービスセンター、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、などとの相互の連携システム

④ 家族の会

⑤ 学校関連

幼稚園、小・中学校、高校、専門学校（医療

・福祉・介護など）、大学（医学、看護、福祉、その他）、からのボランティアや可能な連携

⑥ 趣味関連

基会所、カラオケ、図書館、古本屋、社交ダンスなど。

⑦ 活動方法としては：

- ボランティア（可能なら恒常的ボランティア）
- 研修受け入れ
- 出張連続講義
- 在宅介護の状況調査（プライバシーには留意）
- 自治会、老人会、寺、教会などの行事に相互参加
- 地域の小売店、レストラン、喫茶店、すし店などとの相互理解
- 家族の会とは、バザー、講演会、介護教室などで協力

(4) 心理教育（Psychoeducation）

——本人・家族に対して

- ① 心理教育とは
- ② 効果
- ③ 認知症高齢者の場合
- ④ 具体的方法

3. 中等度から重度の認知症高齢者に対して

(1) 医療機関と福祉・介護機関との連携

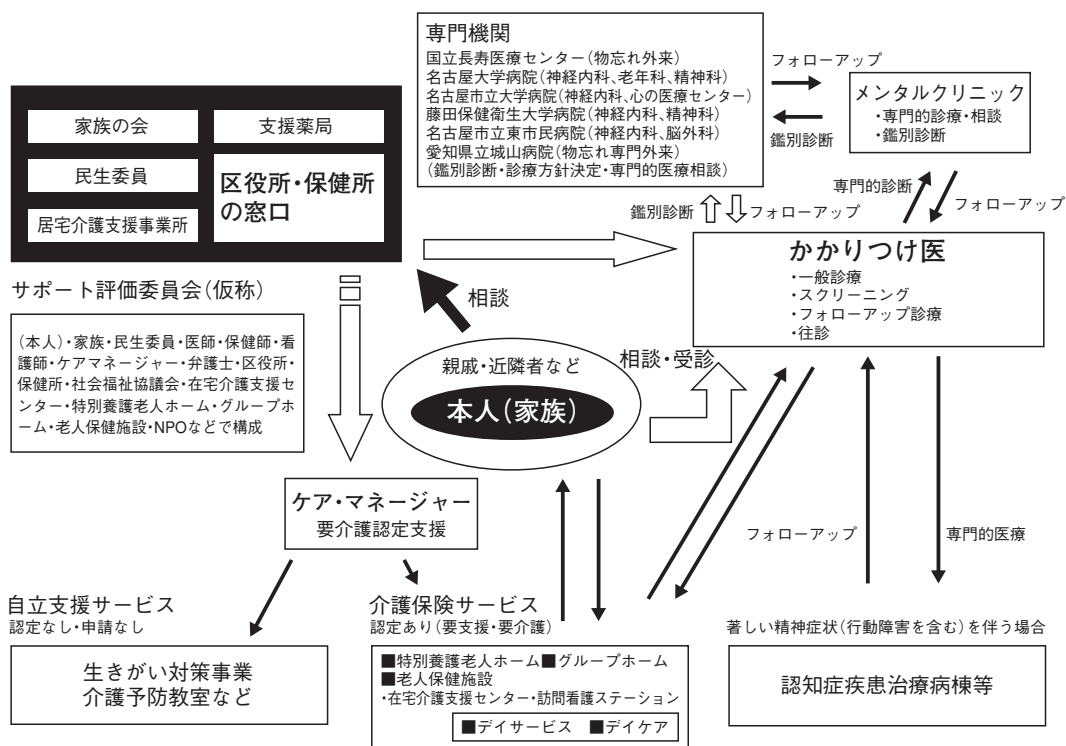
① 「個別ケア」の前提として、本人の背景（前述）や現在の状態（精神的、身体的）をアセスメントすることが必要。

② アセスメントに基づいて、その人のWell-BeingとQOLを配慮した最適の「個別ケア」を選択する。

③ その結果が、家族による在宅ケア、グループホーム、特養、老健、療養型病院などの入所（入院）によるケアのどれがよいかの選択となる。

④ その選択には、家族、医師、保健師、看護師、PSW、ケアマネジャー、行政、福祉サ

図1 名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図



ービス関連の各専門職などの合議によること
が望ましい。

- ⑤ これらがスムーズに機能するには、医療と
福祉・介護の機関の密接な連携が前提となる
(図1)。

(2) 地域との連携の重要性

- ① いずれの選択をするにしても、地域との連
携は必要であり、重要である。特に、家族に
よるケアの場合は、地域のサポートなしには、
ケア(介護)は不可能である。
- ② 介護する家族の80%は、強いストレスを感
じるし、50%は、うつ状態になると報告され
ている。
- ③ 従って、家族など介護者への配慮も重要で
ある。その方法として、Respite Care(一時的
休息)、レクリエーション、様々な所用(例
えば、冠婚葬祭出席、買い物、趣味など)の
時間を保証する代替的サービスとして、デイ

ケア、デイサービス、ショートステイ、訪問
看護、訪問介護、ヘルパー・サービス、などあ
るが、それ以外に、特に緊急の場合、ボラン
ティアの必要性があり、これらが機能すれば、
より家族によるケアも促進される可能性はあ
ると考えられる。

(3) 心理教育

(資料1)

1. 心理教育 Psychoeducation とは
患者や家族に対して行われる、正しい知識・
情報を提供することが、治療、リハビリテーシ
ョンに不可欠であるという前提で行われる心理
的配慮を加えた教育的援助アプローチ。
2. 効果 (McFarlane による)
- ① 正確な知識情報を得ることで、Stigma (汚
名・烙印) や自責感を軽減
- ② 技能訓練や経験の分かち合いによる対処能
力やコミュニケーション能力の増大

③ グループ体験や新しい社会的交流による社会的孤立の防止

④ 専門家との継続的接触による負荷の軽減。
適切な危機介入

⑤ 協同して治療を進めることや他の家族を援助することによる自信と自尊心の回復

3. 認知症の方への場合

① 知識・情報の伝達で、本人や家族の不安を軽減

② 同じ立場の介護家族同士が心境を語り合うことによる癒し（心理・社会的サポート）

③ 対処技法の向上

医師、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士、ケアマネジャー、介護福祉士等の参加

4. 具体的方法（例）

年間プログラム

① 認知症の疫学（30分）＋自由討論（＋グループ・ワーク）（90分）

② 認知症疾患の病理＋自由討論

③ 症状と行動障害＋自由討論

④ 薬物療法および副作用＋自由討論

⑤ 社会的・心理的療法（非薬物療法）＋自由討論

⑥ 家族の反応、家族にできる援助＋自由討論（＋GW）

⑦ 月1回のフォローアップ・セッション（120分）

自由討論の中では、事例提示などを行う。

以上の事業計画を円滑に実施するため、愛知県健康福祉部長、名古屋市健康福祉局長、愛知県医師会長、名古屋市医師会長等へ面接して趣旨説明をし、直接協力依頼をした。

初年度事業（2004年）としては：

(1) 啓発活動を中心とし、市民向け講演会6回（「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」「家庭でできるケア：在宅介護」「痴呆とは何か？」「痴呆の早期発見」「痴呆の予

防」「痴呆疾患の最新治療法」、専門職向け講演会6回（「痴呆の知識」「痴呆の早期発見（物忘れ検診）」「痴呆の治療および予防（介護予防・脳の活性化）」「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」「家族へのアドバイス（介護者ケア）」「介護保健について」）。医師会向け講演会5回（千種区医師会4回「認知症疾患の早期発見・診断」「認知症疾患の治療、そして予防」「認知症疾患の早期発見と治療、そして予防」「認知症に伴う精神症状と行動障害（BPSD）への対応」。名古屋市医師会1回を実施した。また市民向けパンフレット「市民のための認知症ガイド」^{*1)}を作成した。

これとは別に、全体会議「名古屋市千種区認知症連携の会」でも11回、講演会（「痴呆とは？早期発見・診断」「痴呆疾患の治療」「痴呆患者の行動障害」「高齢者の虐待について」「高齢者口腔ケアについて」「高齢者医療と成年後見」「高齢者の消費者被害」「痴呆」の呼称変更について」「音楽療法について」「うつ病と認知症への対処法」「痴呆介護の基本理念一人としての暮らしを考える」）を実施した。

(2) 連携システム構築については、「名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポート・ネットワーク・フロー図」（図1）のような連携システムを構築するように、かかりつけ医（医師会）と専門機関へ協力を依頼した。専門機関としては、国立長寿医療センター：総長・院長、名古屋大学病院：神経内科・老年科・精神科の各教授、名古屋市立大学病院：神経内科・精神科の各教授、藤田保健衛生大：神経内科・精神科の各教授、名古屋市立東市民病院：院長、愛知県立城山病院：院長に面接し、趣旨説明をし、了解と協力を得た。

このシステムの関連で、市民が受診・相談する「かかりつけ医」リストを作成した。また、連携システムのもう1つの鍵であるケ

アマネジャーの会合でも、このシステムについて趣旨説明し、協力を要請した。更に、市民に一番近い民生委員の相談等には、できるだけ協力した。

この連携システムは、実際に稼動しつつあり、特に「かかりつけ医」と専門機関との連携は、従来からある「病診連携」の実績もあり、今後の更なる発展を期待できる。認知症と関連の深い「うつ状態」などの周辺症状への対応に関しては、メンタル・クリニックの役割が大きい。介護保険関連施設との連携も徐々に進みつつある。

最大の課題は、今後の新薬の期待も可能な状況での市民への啓発活動と予防活動であろう。

「早期発見、早期診断、早期治療」に関しては、「かかりつけ医」の役割は大きい。

厚生労働省も、「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」を立ち上げ、「100万人の認知症サポーター」育成を目指している。そして、「認知症を知り、地域をつくる10カ年」を計画し、キャンペーンを開始している^{*2)}。

2005年度事業計画では：

(1) 啓発活動

① 市民および専門職講演会

- 市民講演会12回：「認知症の方の治療について…かかりつけ医の役割」「認知症の家族の立場から」「認知症とうつ病の家族の対応について」「認知症と音楽」「認知症の方のケア…介護専門職の立場から」「認知症とは？アルツハイマー病・血管性認知症について」「その他の認知症について」「口腔ケアについて」「筋力トレーニング（介護予防として）」「介護保険の利用法」「シンポジウム『認知症予防と認知症の方を地域で支えるにはどうすればよいのか？』『栄養指導（介護予防として）』

専門職講演会11回：「認知症を起こす疾患と

対応」「うつ病と認知症の鑑別と対応」「アルツハイマー病と血管性痴呆（疾患とその早期発見）」「その他の認知症疾患（疾患と早期発見）」「音楽療法について」「認知症の方に関する法律问题（成年後見、消費被害など）」「アルツハイマー病と血管性認知症（治療と予防）」「その他の認知症疾患（治療と予防）」「認知症の方への虐待について」「センター方式ケアマネジメントの理念」「家族の立場から専門職への希望」

以上を計画し、実施している。

- 本年度は、講師は、筆者だけでなく、世話人である地域の医師、音楽療法士、家族、弁護士、介護専門職、千種区役所介護保険課、千種保健所などにも担当してもらっている。即ち、より地域密着型になりつつある。

② 世代間交流

- 中学校での講演会など
市立中学校での生徒および保護者を対象とした「認知症」に関する講演とその後に、グループホーム、老人保健、特養などの施設見学を予定している。
- 幼稚園・宅老所などの交流
実施は未定

(2) 連携システムの構築

① かかりつけ医と専門機関

昨年度に引き続き、更に連携を強める。

② 医療機関と福祉・介護関連施設

昨年度に引き続き、更に連携を強める。

③ 認知症高齢者の「徘徊」への対応システム（警察等との連携）

千種警察署の協力を得て、タクシー会社への協力依頼。

現在 休眠中の SOS システムの活性化を働きかける。

④ 地域の若年高齢者ボランティア組織の構築 地域の（60～）65～75歳位の心身共に健康な方々に認知症の方のケアにボランティアとして参加して頂く。都合の良い日に、都

合の良い時間帯に参加して頂き、地域でお互いに支え合うという機運を作っていく。

(3) 「認知症」についての相談窓口

① 設置場所

千種区医師会館内に設置し、担当者に転送する。

② 担当者の選定

世話人の医師、家族、民生委員が、とりあえず担当し、相談内容によってトリアージする体制とする。対応困難な場合は世話人会で検討する。

③ 相談マニュアル

相談目的によって分類し、対応する（「電話相談マニュアル」名古屋市千種区認知症連携の会）^{*1)}。

(4) 「こころの健康度チェック表」について
(資料2：本人用、家族用は略*)

① 配布場所

区役所介護福祉課、保健所、など

② 紹介先の「かかりつけ医」のリスト

手挙げ方式で内科、神経内科、精神科を中心に作成。

資料2

こころの健康度チェック表（本人用）（名古屋版）

氏名： (男・女)
生年月日：M・T・S 年 月 日 (歳)

次のようなことがありますか？

- ・よくある…1
- ・たまにある…2
- ・ない…3
- ・わからない…4

() 1) 仕事、買い物、社会的グループ活動（趣味の会、老人会など）が、できなくなった。

() 2) 物忘れがひどい。大事なこと（通帳、印鑑など）も忘れてしまう。

() 3) テレビのつけ方、洗濯機の使い方、料理の仕方などがわからないことがある。

() 4) 若い時と性格が変わったと思う。

() 5) お金の勘定や計算ができないことがある。

() 6) 月日や場所がわからない。よく知っている道に迷ったりすることがある。

() 7) よく知っている人の顔と名前を間違えることがある。

() 8) 何かきかれた時、意味がわからないことがある。

() 9) よく知っていたことわざ、格言などの意味がわからないことがある。

() 10) ほかの人がうまく話ができないことがある。

() 11) 衣服の着け方がわからないことがある。

() 12) 台所とかトイレ（便所）の場所がわからないことがある。

() 13) ちょっとしたこと、すぐ怒ったり、泣いたりしてしまう。

() 14) 実際にはいない人やないものが見えたり、いない人の声が聞こえたりすることがある。

() 15) 前より疑い深くなったような気がする。

() 16) 夕方や夜になると、どうもいやなことが多い。

() 17) 元気がなく、ゆううつである。

() 18) すぐ自分を責めてしまう。自分は価値のない人間だと思い込んでしまう。

() 19) 死にたいと思うことがある。

() 20) 夜、よく眠れないことがある。

() 21) 何に対しても、やる気がしない。好きだったこともやらなくなった。楽しみがなくなってしまった。

() 22) いらいらして、落ち着かないことがある。

() 23) つまらないことを気にしてしまう。

() 24) 自分の身体のこと、とても心配である。疲れやすい。

() 25) 食欲がない。体重が減った。

() 26) 朝の方が、どうも調子が悪い。（夕方・夜には元気になる）

() 27) どうも物事に集中できない。（いろんなことで決断ができない）

以上の事柄で、1（よくある）が3つ以上に当てはまる場合は、一度かかりつけ医にご相談下さい。

以上が、現在までの実施してきた事業内容であるが、まだ全く手をつけていないのは「予防教室」「心理教育」「若年高齢者ボランティア組織」などである。

「予防教室」については、社協および保健所が着手されているので、それに協力してゆく予定である。

「心理教育」については、部分的には「家族の会」が既に実施しているが、本格的に実施できればと考えている（保健所が中心となる予定）。

「若年高齢者ボランティア組織」については、自治会や行政が積極的に関与しないと困難な状況がある。

いずれにしても2015年の団塊の世代が高齢期を迎えるまでには、体制を整える必要があると考えられる。

上述のような、この事業が円滑に進行し、「大都市における認知症高齢者を地域で支えるシステム」の構築が可能であることが実証されれば、これまで困難とされてきた大都市において、認知症高齢者が早期に施設へ入所する傾向に歯止めがかかる可能性もあり、これは、本人にとっても、家族にとっても、地域住民にとっても、そして行政にとっても朗報である。

Ⅱ. 啓発研修内容

認知症連携の会、市民講演会、専門職講演会、医師会講演会などのレジメ・資料は膨大となるので、千種区医師会の会員を対象にした講演会の内容を中心に紹介したいと考える。

かかりつけ医の役割

1. 早期発見して専門医療機関への紹介とフォロー・アップ

(1) 早期発見の意義

最近までは、認知症の中でも最も多いアルツハイマー病の治療法が全くなく、そのため、早期発見しても仕方がないといった悲観的な考え方が治療側に存在したことは否定できない。

しかし、この数年は、コリンエステラーゼ阻害

剤（ドネペジルなど）の出現によって、様相が一変した。この薬剤により、アルツハイマー病の特に初期には著効ある症例がかなりあり、早期発見の意義が強調されるようになった。この薬剤は、認知機能、特に記憶に関連する神経伝達物質アセチルコリンを分解するコリンエステラーゼを阻害して、記憶低下を緩和する薬効であり、病勢の進行を緩和することになる。

更に近い将来、 β アミロイドに対するワクチン療法の可能性もあり、日本でもチンパンジーで実験中であり、スウェーデンでは既に治験が開始されている。これらが実現すれば、早期発見は最重要課題になると考えられる。

現時点でも、早期発見により、本人および家族などの介護者のQOLを長く維持できるし、また本人の意思を尊重し、将来の財産管理、治療選択、ターミナル・ケアなどを予め決定できる。

(2) 早期に専門機関へ紹介し、フォロー・アップする

市民は、認知症を疑った段階で、まずかかりつけ医を受診する可能性が高い。

認知症の初期診断は難しいので、早期に専門機関での鑑別診断を依頼し、治療方針決定後はフォロー・アップする。これにより患者・家族との信頼関係は深まるものである。また、必要に応じて躊躇なく専門機関へ相談したり、定期的チェックも良い効果が期待できる。

フォロー・アップに際しては、患者本人の心身の総合的健康管理と共に、介護者を含めた家族の健康にも配慮するのがかかりつけ医の役割である。

介護者を悩ます行動障害（徘徊、興奮、暴力、等）の原因としては、脳器質的要因、素質、心理的・環境的要因などを考慮し、すぐに薬物使用はしないのが現在の原則である。まず非薬物的対応を試みて経過を見た上で、薬物療法を検討する。不明の場合は、メンタル・クリニック等へ相談する。

早期の病名告知をした場合には、1つは診断の

精度が問題となる。病期の第1期の前段階のMCI（Mild Cognitive Impairment）軽度認知障害では、症状は記憶障害だけなので、疾患の確定診断はかなり困難である。もう1つは、その段階の告知では、本人の自覚もないので、サポートも複雑にならざるをえない。

これらの事情があるにせよ、服薬すればアルツハイマー病が阻止されるとなると、誤診は裁判沙汰にも発展する可能性もあり、楽観はできない。

2. 市民・住民の啓発・予防活動

かかりつけ医は、市民・住民と最も親しい関係にあるので、その活動の効果は絶大である。従って、役割としても啓発・予防活動の中心になる必要がある。

そのためには、「認知症疾患および認知症ケア」に関する知識・臨床経験が要求されるので、自己研鑽が必要である。厚労省は、認知症サポート医の養成を実施予定している。

最近マスコミでしばしば報道されている住宅リフォーム詐欺や振り込め詐欺などの財産被害から患者本人の権利・利益を守るために、「成年後見制度」の活用も重要であり、必要に応じて勧める方がよい。その場合は、後見人は、第3者で、団体・法人が望ましい。何故なら全国社会福祉協議会の調査では、財産被害の加害者は、家族・親族が60%以上を占めるとのことである。

予防活動では、生活習慣改善など前述の内容が参考となるが、厚労省の「介護予防」にあたる「筋トレ」「口腔ケア」「栄養指導」「脳活性化」などの啓発・指導などでは、かかりつけ医は、リードする立場にある。

3. 行政・福祉・介護分野との連携

厚生労働省の認知症対策の方針としても、認知症の方を地域で支えるシステムを指向しており、そのためには、医療・福祉・介護・行政の密接な連携は不可欠である。その中でも、医療の中核となるかかりつけ医が、その影響力からもイニシアティブをとることが重要である。しかし、独善的

態度や自分の価値観を押し付けるのは禁物で、急所を押さえて、しなやかに対応することが望ましい。

連携に際しては、情報の共有が必要になるが、最近「個人情報保護法」が施行されてから個人情報の取り扱いが難しくなったが、守秘義務のある者同士なら特に患者本人に最善を尽くすための情報交換は、必須である。ただ漏洩しないように危機意識は持つ必要はあり、特に他機関への情報提供に際しては、本人または、家族の同意が必要である。また情報の管理は重要で、電話での照会には、（守秘義務のある）相手を熟知している専門職以外には、慎重に対応すべきである。特に、相手が警察や生命保険会社などからの照会の場合にうっかりということもありうるので、心に留めておく必要がある。

連携のシステムの構築には、前述の「千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図」（図1）を参考に、各層のチーム・アプローチを検討して頂ければ幸いである。

4. 家族への対応

医療・介護の活用については、実際に介護している人（主介護者）の意見を反映して方針を決定する。たまに訪問してあれこれ干渉する親族等の意見は重視しない。医師の自分の価値観・介護観を家族に押し付けないように配慮し、また家族間の意見の相違などある場合は、レフェリーにならないように注意する。そして、家族全員で主介護者を支えるように助言する。

また医療・介護に関しても、一般的原則よりも個々の事情を勘案する。患者・家族の意思決定を援助する。家族には疾患の理解を助ける機会を提供するが、決定は任せる。即ち医療・介護上の判断には、節度ある介入に留める。更に世間体や義務感で、無理をしないように助言する。公的医療・介護関連サービスはできるだけ利用するように勧める。

専門医の説明を、更に判り易く本人・家族に説明してあげる。患者のフォロー・アップは、かか

りつけ医と専門医の2本立てを貫く。即ち定期的には、または容態に変化のある場合には、専門医のチェックを受ける。これにより医師と患者(家族)関係の信頼は深まる。

更に認知症の方の介護は、圧倒されるようなストレスと疲労を伴うものなので、介護者自身の精神的・身体的健康管理をして、休息や趣味に打ち込む時間を確保する。親族、友人、ボランティアなどから支援を受けることを拒まない。本人(患者)の病状を受け入れると気持ちが楽になる、等の助言をしてあげる。

病状に余裕のある段階で、施設や病院を見学し、将来に備えるように勧める。

いずれにしても介護者への精神的サポートは重要である。

5. 介護保険制度における役割

21世紀になって、日本は超少子化・高齢化社会を迎えて、高齢者の激増と共に認知症高齢者も増加し、それに対応して、2000年に介護保険制度と成年後見制度が施行された。社会保障は、資源制約が著明となり、年金・医療保険・介護保険共に

その運営は厳しい環境にある。介護保険は、自立支援と利用者本位となり、認定された要介護度までしか給付されない。その点が医師の裁量によって給付が受けられる医療保険と異なる。

介護保険制度の中での医師の役割としては：

- ①介護保険給付対象者を医学的に管理・指導する。
- ②要介護認定においては、かかりつけ医の意見書の中で、病状・予後などについて見解を述べ、2次判定に寄与する。
- ③要介護認定審査会の委員としても活躍が期待される。

以上3点が主要なものであるが、介護保険の改正により、「介護予防」が導入され、また認知症高齢者を地域で支えること(在宅ケア)が主眼となり、それに連動して「地域包括支援センター」「小規模多機能型居宅介護」などが新設されることとなった。

「地域包括支援センター」の運営には、医師会・行政・保健所・施設・居宅サービス業者・民間団体等からなる運営協議会の設置が義務付けられている。

またケア・カンファランスへの参加が求められている。予防給付対象者の選定における「主治医意見書」の一部見直しが行われる。

これらは、見方を変えれば、「かかりつけ医の復権」ともいえる。従って今まで以上にかかりつけ医の役割の重要性が増大したわけで、これまでより一層の介護・福祉分野との連携と自己研鑽が求められている。

〈資料の入手先〉

- * 1) 名古屋市千種区医師会、または認知症介護研究・研修大府センター
- * 2) 厚生労働省老健局計画課、または国際長寿センター

連絡先は以下のとおり

- 名古屋市千種区医師会：〒464-0850
名古屋市千種区今池5-4-15 Tel 052-731-1626
Fax 052-731-3850
- 国際長寿センター：〒168-8150
東京都杉並区高井戸西1-12-1 Tel 03-5941-1031
Fax 03-5941-1032
- 国際長寿センター：〒168-8150
東京都杉並区高井戸西1-12-1 Tel 03-5941-1031
Fax 03-5941-1032
- 認知症介護研究・研修大府センター：〒474-0037
愛知県大府市半月町3-294 Tel 0562-44-5551
Fax 0562-44-5831

〈参考文献〉

- 1) 藤本直規、西山順三、越智真一、ほか：かかりつけ医と専門医の連携システムについて
Gerontology 15:139-146 (2003)
- 2) 藤本直規：地域における痴呆の早期発見・早期対応
日本痴呆ケア学会誌 2:204-215 (2003)
- 3) 月岡関夫、鈴木憲一、乾 純和、ほか：もの忘れ検診にみる初期治療の重要性
日本痴呆ケア学会誌 2:234-243 (2003)

- 4) 矢富直美：早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方
老年精神医学雑誌 14：20－25（2003）
- 5) 矢富直美：痴呆予防プログラムの考えかた
総合ケア 13：24－28（2003）
- 6) Stern Y, et al: Different brain networks mediate task performance in normal aging and AD; Defining compensation. Neurology 55：1291－1297（2000）
- 7) Verghese J: Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. New England J Med 348：2580－2586（2003）
- 8) 八森 淳：痴呆症の予防・治療・ケアのための地域ネットワークづくり 日本痴呆ケア学会誌 2：216－225（2003）
- 9) 梅津初子：「地域における早期痴呆症への取り組み」〈保健師の役割〉 日本痴呆ケア学会誌 2：244－249（2003）
- 10) 西村美智代：痴呆性高齢者を支える地域のネットワーク作り 「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築」実践報告会 資料 115－121
- 11) 奥村由美子、久世淳子、柴山漠人：要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況
老年精神医学雑誌 16：229－242（2005）
- 12) 後藤雅博：心理教育の歴史と理論
臨床精神医学 30：445－450（2001）
- 13) Kavanagi DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Brit J Psychiatry 160：601－620（1992）
- 14) Leff J, Vaughn C（三野・牛島訳）：分裂病と家族の感情表出 金剛出版（1991）
- 15) McFarlane W: Family Therapy in Schizophrenia. Guilford Press, New York（1983）
- 16) 山口 一：心理教育の実際
臨床精神医学 30：451－456（2001）
- 17) 松本 一生：痴呆老人と心理教育
臨床精神医学 30：477－482（2001）
- 18) 伊藤順一郎：心理教育という家族支援
家族療法研究 13：111－117（1996）