

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、地域連携パスの活用など）、(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パスの作成、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]

between different service providers; (3) strengthening the functions of general practitioners (GPs) in conducting diagnosis, providing general medical treatment, and consulting specialists if necessary; (4) creating adequate numbers of medical centers for dementia, which serve the functions of supporting CGSCs and GPs by providing precise diagnoses of dementia, treatment for BPSD and concurrent medical conditions, and coordination of community services; and (5) establishment of a consensus panel on local dementia strategies.

keywords: community general support center, dementia assessment sheet, general practitioners, medical centers for dementia, consensus panel for local dementia strategies

(accepted for publication, 11th April 2012)

I. はじめに

認知症とは、脳の病的変化によって、一旦発達した知的機能が、日常生活や社会生活に支障を来す程度にまで持続的に障害された状態、と定義されている。つまり、何らかの認知症疾患によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態である。このような「認知症疾患—認知機能障害—生活機能障害」の3者の連結が認知症概念の中核を構成している。しかし、認知症の臨床像を構成する要素はこれに留まらない。認知機能障害と生活機能障害を核にして、そこにさまざまな身体合併症・身体機能障害、周辺症状（または行動・心理症状）が現れ、それによって臨床像が複雑化し、そのためにさまざまな社会的困難を生じ、それによって本人や介護者の生活の質が急速に悪化する、それが認知症の臨床像の本質的特徴である [1]。

このような認知症を早期に診断することの意義はどこにあるのか。第一に、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症のようないわゆる treatable dementia（回復可能な認知症）であれば、早期診断によって、疾患それ自体を回復させる治療を導入することができる。第二に、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症のような回復が難しいとされる認知症であっても、それぞれの病態に応じた進行抑制を目標とする治療が可能となる。第三に、前頭側頭葉変性症のような中核症状に対する治療法が確立していない疾患であっても、症状・障害・経過の特性に応じたケアのあり方を計画し、それによって本人・家族の生活の質の保持に貢献することができる。

それでは、そのような意義をもたらす認知症の早期診断は、今日の医療システムの中で十分実現されているのかという、残念ながらそのような状況には到底ないというのが偽らざる現実である。それは、増加し続ける認知症高齢者に対して、早期診断・早期対応を実現するための医療資源の量が圧倒的に不足しており、また、限られた医療資源を効率的に運用するためのシステムも多く地域には実質的に存在しないからである。このような現状を背景にして、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が強く求められるようになってきている。

II. 基本的考え方

筒井 [2] によれば、地域包括ケアシステムとは、地域圏をベースとした多職種連携による医療・介護サービス提供体制であり、ここにはCommunity-based care（地域を基盤としたケア）とIntegrated care（統合型のケア）という2つの基本的考え方が内包されているという。これは、「地域完結型の包括的ケア提供体制」と呼びなおすこともできる。このようなサービス提供体制は、1990年代より、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（すなわち、限られた医療資源、限られた財政的資源の下で、ケアの質を高めていくための変革）という観点から、先進諸国において積極的に導入が進められてきたものである。

このような文脈の中で構想される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く」ことをめざしたものとなる。

医療資源が絶対的に不足し、過疎高齢化が急速な勢いで進展していた地域では、介護保険制度が施行される以前から、このようなサービス提供体制の変革は喫緊の課題であった。筆者は、1991年から、東北地方の農山村地域において、地域を基盤とする認知症の早期診断・早期対応システムの構築を、自治体の公的事業の一環で進めてきた [3, 4]。このシステムの基本コンセプトは、保健所の相談事業と地域の総合病院の連携によって、認知症の「気づき」→「相談／アセスメント」→「受療支援」→「認知症診断」の流れを促進し、保健師らのアウトリーチ活動によって、「多様な問題の解決」と「サービスの統合的提供」を実現することであった。

認知症のための医療資源の不足は、今や、農山村地域の問題ではなく、大都市ならびにその近郊地域の問題となっている。団塊の世代が後期高齢者から超高齢者に達する向後25年の間に、認知症高齢者の数が最も急峻な勢いと増加するのは大都市およびその近郊地域である [5, 6]。

Ⅲ. 地域住民に求められる役割と機能の強化

医療資源の絶対的不足とともに、過疎高齢地域においては、認知症の「気づき」や「受療支援」の役割を担える若い世代の家族構成員が著しく不足していた。そのことが、こうしたシステムの構築が急がれるさらなる理由でもあった。しかし、今日では、単身高齢者や高齢者二人世帯の急増は都市の課題である。大都市では、認知症の「気づき」「受療支援」の役割を家族以外の人に求める必要性が急速に高まってきている。

認知症の正しい理解をめざした普及啓発事業（例：認知症サポーター養成事業）や多様な専門職を対象とする研修事業（例：認知症対応力向上研修事業）は、そのような地域の力を高めていく上で重要な役割を果たしている。今般の東日本大震災の経験においても、平時に行われていた普及啓発事業が、単に認知症の「気づき」に寄与するばかりではなく、医療機関への「受療支援」を含め、認知症の人の日常生活を支援する人材の育成に貢献していたことが明らかにされている [7~9]。

また、今日さまざまな地域で展開されている高齢者見守り活動、サロン、健康づくり活動、ネットワークづくり、家族会活動、NPO法人による単身・生活困窮高齢者への支援活動など、多様な住民組織の活動が、地域の中で認知症に「気づき」、認知症の人を面的に支える地域づくりに貢献している [10, 11]。地域包括支援センターには、このような“地域における支援体制づくり”を積極的に推進する役割が期待されている。

Ⅳ. 地域包括支援センターに求められる役割と機能の強化

震災後、地域包括支援センターの相談窓口で認知症に関連する相談が殺到したことが明らかにされている [7~9]。このことは、地域包括支援センターが認知症の相談窓口として地域に定着してきていることを示すと同時に、「相談／アセスメント」「受療支援」「多様な問題の解決」「サービスの統合的提供」などの役割を果たすことが地域から強く期待されていることを示している。

地域包括支援センターは現実に数多くの認知症関連業務を遂行している [12, 13]。しかし、それらが地域包括支援センターの業務マニュアル [14] の中では明確に体系化されていない。宮城県仙台市では、地域包括支援センターの業務水準の中に認知症関連業務のカテゴリーを設け、業務の明文化を試みている。そこには、1) 早期発見・対応、2) 本人・家族支援、3) 地域における支援体制づくり、の項目があり、1) 早期発見・対応には、①認知症の相談窓口であることの周知、②認知症アセスメント・シートを活用した状態像把握と支援方針立案、③医療機関を含む関係機関との情報共有、に関する事項が記述されている。

仙台市では、地域包括支援センターに、①認知機能障害、

②生活機能障害、③身体合併症、④周辺症状、⑤社会的状況の5領域を総合的にアセスメントできるシートを活用することを推奨している。このシートは、地域包括支援センターの職員や訪問看護師が、地域に潜在する認知症の人を発見するとともに、認知症の総合アセスメントを実施することを目的に筆者らが作成した「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 (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC)」を応用したものである。DASCは、3系列の認知機能と3系列の生活機能を4件法で評価する18項目の質問票であり、感度88%、特異度85%で軽度認知症を非認知症から弁別することが確認されている [7]。

DASCを用いることの意義は、第一に、認知症概念の中核を構成する認知機能障害と生活機能障害を捉えることができるので、認知症の「気づき」を促進できること、第二に、認知症の重症度は、認知機能障害と生活機能障害のレベルに規定されるので、この両者を評価することによって認知症の重症度を評価できること、第三に、DASCに「身体合併症」「周辺症状」「社会的状況」を評価する欄を追加した総合アセスメント・シートを作成することによって(仙台市版DASC)、医療ニーズや介護ニーズが包括的に把握され、この情報を関係機関と共有することによってサービスの統合的提供を計画することができることにある。

地域包括ケアシステムを利用した認知症早期診断システムを推進する上で、地域包括支援センターは、「相談／アセスメント」「受療支援」「情報共有」の機能を積極的に果たしていくことが求められる。また、基礎的自治体は、地域包括支援センターがこうした機能を担うことができるように、業務水準の明確化、研修会の開催、アセスメント・シートの導入などの具体策を検討していく必要がある。

Ⅴ. かかりつけ医療機関に求められる役割と機能の強化

認知症医療において、かかりつけ医療機関に求められている役割は、①認知症の早期段階での発見・気づき、②認知症疾患医療センター等の専門医療機関への受診勧奨、③一般患者としての日常的な疾患対応（診断・治療）と健康管理、④家族の介護負担や不安への理解、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携（介護保険主治医意見書の記載を含む）とされている [15]。しかし、このような機能を実際に発揮している医療機関がどの程度存在するのかわからない。地域包括支援センターを対象とするアンケート調査の結果によれば、上記のような機能を担う医療機関の数は圧倒的に不足しているようである [12, 16]。筆者らは、認知症のための医療サービスの現状を把握するための調査票を開発し、自治体が圏域内の医療サービスの実態を把握した上で、必要な強化策を検討することを推奨している [17, 18]。

医療資源の強化策の中で、かかりつけ医の認知症対応力向上研修事業は、医療資源の機能強化に一定の効果をもた

らしていることが明らかにされている。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、認知症の鑑別診断機能、周辺症状への外来対応機能、地域連携機能も有意に高い [18]。地域包括支援センターで「相談／アセスメント」が行われた後に、かかりつけ医療機関への受療を支援し、アセスメントの結果を情報共有することが、地域の中で認知症の早期診断を実現するための標準的道筋（パス）となるのが理想である。地域包括支援センターと医療機関との間で、認知症アセスメントの結果を情報共有することの意義は、第一に、医療機関において情報の把握が容易になるので診療時間が短縮化できる、第二に、情報の共有は関係機関のコミュニケーション能力を高め信頼の基盤を形成する、第三に、他領域との情報共有はサービスの統合的提供を促シケアの質を高める、といった点にある。

VI. 専門医療機関に求められる役割と資源の整備

認知症疾患医療センターは、①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③身体合併症・周辺症状への急性期医療、④かかりつけ医等の研修、⑤認知症医療連携協議会の開催、⑥情報発信を事業内容とする国庫補助金による委託事業であり、現在全国に約150箇所設置されている。同センターには、地域包括支援センターやかかりつけ医療機関をバックアップし、認知症の早期診断を推進することが期待されている。しかし、この事業が現在抱えている最大の課題は、認知症高齢者の数に対して設置されている同センターの数が圧倒的に少ないということ、あるいは同センターに求められる機能を担うことができる医療機関や医師の数が圧倒的に不足しているということである。

平成19年度に日本老年精神医学会専門医を対象に実施したアンケート調査によれば、認知症疾患医療センターの機能を担う専門医療機関は、高齢化率を20%とすれば人口30万～50万人に1件（高齢者人口6万～10万人、認知症高齢者数4800～8000人に1件）必要という結果であった [19]。この数値は、筆者の実感とも一致している。この数値に基づけば、現時点でも全国に約300～500箇所の認知症疾患医療センターが必要という計算になる。しかしながら、平成22年度に東京都の全医療機関を対象に実施した調査では（この時点で東京都は認知症疾患医療センターを事業化していないが）、認知症疾患医療センターの実施要綱に定められる機能をフルに発揮している医療機関は1箇所のみという結果であった [18]。

少なくとも、認知症の早期診断の推進を目的とするのであれば、フル装備の認知症疾患医療センターはそれほど多くは必要としない。まずは、①専門医療相談、②認知症の診断と対応、③身体合併症や周辺症状への対応、④地域連携推進の4つを基本機能とする認知症医療の拠点を、高齢者人口6万人に1件、あるいは基礎的自治体に1件設置することが推奨される。バックアップ機能をもつ専門医療機関の設置は、地域包括支援センターやかかりつけ医療

機関の認知症対応力の向上に寄与するであろう。

VII. 地域連携推進の戦略

認知症の早期診断システムを推進するには、上記で述べてきたような地域資源の強化とともに、関係機関同士の連携の推進が不可欠である。地域の認知症対策や地域連携推進の具体策を検討するには、関係機関でコンセンサスを得るための合議体（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）を基礎的自治体や日常生活圏域に設置する必要がある。また、具体策を検討する前提として、圏域の認知症高齢者数の将来推計値や医療資源等の実態資料を関係者間で共有しておくことが重要である。

東京都では、認知症対策推進会議の下に認知症ケアパス部会を設置し、認知症の地域連携推進をめざした事業の考え方を報告書にまとめている [20]。東京都千代田区では、在宅医療・介護連携推進会議の下に認知症部会を設置し、情報共有ツールの作成に取り組んでいる。宮城県仙台市では、認知症対策推進会議の下に支援体制部会を設置し、認知症アセスメント・シートの作成や多職種の認知症対応力向上研修を企画している。

認知症の早期診断と総合アセスメントの結果を「さまざまな問題の解決」や「サービスの統合的提供」に繋げる仕組みとして、地域包括支援センター等を拠点とする地域ケア会議は有用である [21, 22]。地域ケア会議には多職種が参加し、「さまざまな問題の解決」に向けて、医療・介護等のサービスを統合的に提供していくための具体的な道筋（ケアパス）を検討していくことができる。このような作業を進めていくためには、多職種間で共通言語を使用し、信頼の土壌を形成し、顔の見える関係を作り出しておく必要がある。そのためには多職種が一堂に会した研修会を重ねることが大切である。

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が、認知症の人や介護者の暮らしにどのような効果をもたらすか、多地域をフィールドとする実証研究を進めていく必要がある。

文献

- [1] 栗田主一. 認知症のはじまり：早期診断と初期対応. *こころの科学*. 2011;161:17-22.
- [2] 筒井孝子. 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. 2012;23:271-9.
- [3] 栗田主一. 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究（1）. *保健所老人精神保健相談事業・地域総合病院連携システムの意義と課題*. 老年精神医学雑誌. 1999; 10:339-46.
- [4] 栗田主一. 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診

- 断・早期対応システムの構築に関する実践的研究 (2). 精神医学的相談と地域精神保健チームの連携を含む統合的地域ケアシステム. 老年精神医学雑誌. 2002;13:1175-84.
- [5] 栗田主一, 赤羽隆樹, 印部亮介, 鶴飼克行, 川勝忍, 橋高一, 木村正之, 佐藤茂樹, 納富昭人, 水野裕, 山下元康, 福島撰, 飯塚邦夫, 大橋雅啓, 佐野ゆり, 野呂雅仁, 高橋ふみ, 藤原砂織. 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. 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. 課題番号H19-こころ-一般-009) 平成19年度総括・分担研究報告書. 2008. p.135-56.
- [6] Awata S. New national health program against dementia in Japan: The medical center for dementia. *Psychogeriatrics*. 2010;10:102-6.
- [7] 栗田主一, 主任研究者. 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」平成23年度研究報告書. 2012.
- [8] 栗田主一. 災害精神医療の現状. 老年精神医学領域の問題点と課題. 老年精神医学雑誌. 2012;23:204-8.
- [9] 栗田主一. 災害時における高齢者の精神科医療の課題. 老年医学. 2012;50:301-4.
- [10] 東京都福祉保健局. 認知症の人と家族を支える地域づくり手引書. 東京都認知症対策推進会議仕組み部会報告書. 2010.
- [11] 滝脇憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学. 2011;161:86-91.
- [12] 栗田主一, 佐野ゆり, 福本めぐみ. 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. 2010;21:356-63.
- [13] 小長谷陽子. 認知症の地域連携システム (地域包括支援センター). 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」(研究代表者: 鳥羽研二. 課題番号H22-認知症-一般-005) 平成23年度総括・分担研究報告書. 2012. p.28-37.
- [14] 地域包括支援センター業務マニュアル検討委員会. 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.
- [15] 栗田主一. 認知症医療ネットワーク構築の現状と課題. 総合臨床. 2011;60:1761-2.
- [16] 栗田主一. 地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学会雑誌. 2010;47:298-301.
- [17] 栗田主一. 認知症のための医療資源整備をどう進めるか. 老年精神医学雑誌. 2010;11:1183-8.
- [18] 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). 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」(研究代表者: 鳥羽研二. 課題番号H22-認知症-一般-005) 平成23年度総括・分担研究報告書. 2012. p.14-27.
- [19] 栗田主一, 山下元康, 福島撰, 高松幸生, 大橋雅啓, 佐野ゆり, 野呂雅仁, 高橋ふみ, 藤原砂織, 井上由紀子. 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. 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」(研究代表者: 黒澤尚. 課題番号H19-こころ-一般-009) 平成20年度総括・分担研究報告書. 2009. p.119-48.
- [20] 東京都福祉保健局. 認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて. 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書. 2012.
- [21] 栗田主一. 地域連携に必要な専門医の役割をどう考えるか. 地域ケアシステムの構築をめざした. 老年精神医学雑誌. 2005;16増刊号Ⅲ:141-7.
- [22] 栗田主一. 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. 2006;17:490-5.