

認知症に対する新しいアプローチ

洛和会京都新薬開発支援センター

中村 重信

A novel approach to manage people with dementia

Rakuwakai Kyoto Clinical Trial Center

Shigenobu Nakamura

【要旨】

2011年、わが国でも3種のアルツハイマー病治療薬が一般診療でも使用できるようになり、治療薬の幅が広がった。加えて、2012年度より、認知症の人を地域で医療・介護する方向性が打ち出され、認知症の人への取り組みが変貌してきた。最初のきっかけは国際アルツハイマー病学会で認知症の診断を前倒しすることが2011年に提案されたことであった。認知症を早期に診断し、早期にアプローチすることによって、地域で認知症の人を包括支援する取り組みが進められている。本、洛和会においても、グローバル、日本全国、京都での取り組みに沿った形で、認知症の人に対応していく必要がある。そのため、あえて本文を紹介させて頂くことにした。

【Abstract】

Three kinds of drugs have been available to treat Japanese patients with Alzheimer's disease since 2011. We can broaden therapeutic maneuvers for people with dementia. Moreover, Japanese government has recently set forth a procedure to manage people with dementia in communities through medical treatments and caregiving, improving services for people with dementia. The first step was new criteria of dementia proposed at Alzheimer's Association International Conference in 2011. An early diagnosis of dementia, followed by an early approach will promote a better comprehensive support for people with dementia in the community. Therefore, hospitals in Rakuwa Medical Services may correspond with programs carried out in global scale, in Japan or in Kyoto. We should be prepared to a medicine in future requiring managements for a tremendous number of people with dementia.

Key words : 認知症、アルツハイマー病、治療薬、地域包括ケア、2012京都文書

Dementia, Alzheimer's disease, Pharmacological therapy, Regional comprehensive care, Kyoto document 2012

【はじめに】

新しいアルツハイマー病（AD）治療薬3種4剤が12年振りに市販されて、日常診療で使用できるようになった。さらに、認知症の人が豊かな暮らしができるかについて、2011年から新しい動きがみられるようになった。その理由として、高齢者が増えてきたこと、東日本大震災を契機に地域の重要性が見直されたこと、医療経済面

で厳しい状態になってきたことなどが挙げられる。2012年度の医療・介護両保険の同時改正を前に、京都では京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会が2011年末に結成された。洛和会ヘルスケアシステムからも何名かが参加し、2012年2月12日に京都文書が採択された¹⁾。続いて、同様の内容の文書が厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームから「今後の認知症施策の方向性につ

いて」²⁾として提案された²⁾。その内容は、認知症を早期に発見し、早期より地域で認知症の医療や介護を進めることを奨励するものであった。このような考えは、2011年の国際アルツハイマー病学会で提案された考えに基づくもので³⁾、英国ではすでに国家認知症戦略（National Dementia Strategy）として計画が進行中である⁴⁾。認知症を早期に診断して、治療・ケアに介入する計画が着々と進行している。洛和会系の諸施設でも、このような流れに沿った認知症の医療や介護に関わる必要がある。

【新しいアルツハイマー病治療薬】

1999年末、塩酸ドネペジル（アリセプト[®]）が発売されて以来、12年して新しいAD治療薬が使用できるようになった。その事情については昨年の本誌で述べられたが^{5) 6)}、ここでは新しいAD治療薬の性質や使い方について紹介したい。

1. ガランタミン

ガランタミンはコーカサスの雪割草などの天然植物から抽出されたアルカロイドであるが、現在はベルギーのJanssen Pharmaceuticalsで合成されている。その構造式は複雑である。諸外国ではすでに使用されていたが、わが国では軽度および中等度のADの人に使用できるようになった。

アセチルコリンエステラーゼ阻害作用を持つ他に、ニコチン性受容体のアセチルコリン結合部位とは異なる部位に結合して、タンパクの三次構造を変化させる。その結果、受容体のアセチルコリンに対する親和性が高くなり、少量のアセチルコリンがイオンの透過性を増加する。

ADの脳ではアセチルコリンを作る働きが低下してアセチルコリンの量が少ない。少ないアセチルコリンでイオンを透過させるガランタミンの切れ味のよさが、コ克蘭・ライブラリーのメタ解析でも認められている。

ガランタミンはニコチン性受容体に働き、イオンの透過性を増すだけでなく、神経細胞の代謝にも影響する。その結果、グルタミン酸やアミロイドβタンパクによる神経細胞死が防げるため、ADに対する効果が長続きする。

しかし、ニコチン性受容体はAD脳で減少しており、ADが進行するにつれて少なくなってくる。そのため、ニコチン性受容体が十分にある初期にガランタミンを使用することが望ましい。また、ニコチン性受容体を介する神経保護作

用という面からも早期からの投与が勧められる。

ADが進行して、興奮や妄想が強くなった場合はメマンチンの併用も勧められる。これら薬物の併用により、施設入所までの時間を遅らせるとか、介護に要する費用を減らすことができる。ガランタミンが医療・介護に要する費用を節約することが多くの国で報告されている。

ガランタミンはアセチルコリン以外のブチリルコリンなどの分解に関与する非特異的コリンエステラーゼをも弱いながら阻害する。その点、ドネペジルとは異なり、脳以外でもアセチルコリンを増加させる。

その結果、消化管や循環器系のアセチルコリンの働きを高める。そのため、嘔吐や下痢などの副作用が現れることもある。これらの副作用はガランタミン増量時に起こるので、一時的に減量するののも一つの方法である。

2. メマンチン

メマンチンはアダマンタン誘導体であり、抗パーキンソン病薬であるアママンタジンにメチル基が結合した物質である。グルタミン酸NMDA受容体を部分的に阻害する。わが国では中等度および高度ADの人に使用されている。

刺激のない静止時には細胞外からCa²⁺は細胞内へ流入しない。しかし、適度の刺激がもたらされると、グルタミン酸によってCa²⁺は細胞外から細胞内に入って、刺激が伝えられる。しかし、過度の刺激が細胞にもたらされると、メマンチンがCa²⁺の流入を阻害して、細胞死を防ぐ⁷⁾。

細胞保護作用のみでなく、ADの人の認知機能の改善も認められる。しかし、認知機能改善がどうして起こるかについての詳細な機序はまだ十分には解っていない。

ADの人に過度の刺激が与えられて、興奮、攻撃性、妄想などの行動・心理症状（BPSD）が出現するのをメマンチンが抑える。これらのBPSDは介護をする人たちにとって、大きな負担となるため、拘束や監禁という非人道的な処置が仕方なく、とられることがあった。メマンチン投与および適切な介護により改善できる可能性が生まれた。

アパシー、不安、抑うつなどのBPSDに効果を持つアセチルコリンエステラーゼ阻害薬ドネペジルと興奮、攻撃性、妄想などのBPSDを抑えるグルタミン酸NMDA受容体阻害薬を併用する臨床試験が現在、始められている。

興奮性の症状を抑える治療薬であるため、メマンチンの

副作用として、眠気やふらつきなど陰性症状がみられる。しかし、抗精神病薬の副作用としてみられる歩行障害などの錐体外路症状や食欲低下といった重篤な症状は出ない。

ADの人にみられる興奮性BPSDは介護上大きな問題で、従来は抗精神病薬や抑肝散がよく使われてきた。しかし、抗精神病薬などは副作用もあり、認知症の人の生活を豊かにするものではない。それら従来の薬に代えてメマンチンを使用することが勧められる。

3. リバスタチグミン

リバスタチグミンはカルバメート系の代謝の遅い偽非可逆性のアセチルコリンエステラーゼ阻害薬である。非特異的コリンエステラーゼも他のアセチルコリンエステラーゼ阻害薬より阻害度が強い。

非特異的コリンエステラーゼ阻害活性が強く、脳への移行も悪いため、脳以外の臓器における副交感性自律神経障害が副作用として現れやすい。そのため、内服薬として投与すると、消化管の副作用が強く、もともと消化器系の副作用が現れやすいわが国では開発が見合わされた。

その後、リバスタチグミンの貼付薬が開発され、治験を行ったところ、消化器系の副作用は内服薬とは異なり少なかった。現在、わが国では貼付薬のみが軽度および中等度のADの人に使用されている。

リバスタチグミンはわが国で市販されている唯一の貼り薬のAD治療薬である。ADの人は高齢であるため、嚥下障害が多いため、薬物の内服が困難な場合が少なくない。また、介護拒否をする人もあり、内服を嫌う人もある。そのような場合、貼付薬は有用である。

リバスタチグミン貼付薬の最も多い副作用は貼付した部位の皮膚の病変である。皮膚が赤くなる発赤が30%以上で認められる。リバスタチグミンの貼付部位ではアセチルコリンが増えて、血管が拡張するため、発赤が生じる。

発赤以外にも、かゆみ（掻痒感）、皮膚炎などの皮膚のアレルギー反応と思われる副作用も発現する。副作用を回避するために、ヘパリン類似物質を塗布するが、アレルギー反応が強ければステロイド剤を塗布する。

【新しい認知症の診断基準】

認知症の診断基準（表1）⁸⁾を満たすかどうかを診断する。

この診断基準は認知症の治療・予防を念頭に入れ、初期の認知症や認知症の前駆症状までも意識したものである。認知症の前駆症状として、もの忘れだけが現れる軽度認知障害（mild cognitive impairment；MCI）がある。MCIについても新しく診断基準が提案されている⁹⁾。

表1 National Institute on AgingとAlzheimer's associationによる認知症診断基準の要約

<ol style="list-style-type: none"> 1. 仕事や日常活動に支障 2. 以前の水準に比べ遂行機能が低下 3. せん妄や精神疾患のみによらない 4. 認知機能障害は次の組み合わせによって検出・診断される <ol style="list-style-type: none"> (1)患者あるいは情報提供者からの病歴 (2)「ベッドサイド」精神機能評価あるいは神経心理検査 5. 認知機能あるいは行動異常は次の項目のうち少なくとも2領域を含む <ol style="list-style-type: none"> (1)新しい情報を獲得し、記憶にとどめおく能力の障害 (2)推論、複雑な仕事の取り扱いの障害や乏しい判断力 (3)視空間認知障害 (4)言語障害 (5)人格、行動あるいは振る舞いの変化
--

文献8)を参考にした

2011年にNational Institute on AgingとAlzheimer's Association work-groupにより「MCIの中核群というべきpre-Alzheimer's diseaseとしてのMCI (MCI due to Alzheimer's disease)を明確にするために、臨床症状としての日常臨床用の基準と、脳画像や脳脊髄液の所見といったバイオマーカーに立脚した専門医療用の基準の2つを設ける」との提案がされた⁹⁾。

バイオマーカー検査実施の有無とその結果により、AD診断を表2のように分類し、preclinical dementiaやpredromal AD (pre-AD、MCI) (図1)についても配慮している⁹⁾。

Preclinical dementiaはもの忘れなど、認知症を疑わせる症状が全くなく、アミロイドPETや髄液検査などで、アミロイドβタンパク(Aβ)蓄積を示唆する所見を示す人をいう。

表2 National Institute on AgingとAlzheimer's association workgroupによるアルツハイマー病の診断基準

<p>主要臨床診断基準</p> <p>1. アルツハイマー病の疑い (probable)</p> <p>認知症があり</p> <p>A. 数ヶ月から年余にわたって徐々に進行</p> <p>B. 認知機能低下の客観的病歴</p> <p>C. 以下の1つ以上の項目で病歴、検査の明らかな低下</p> <p>a. 健忘症状、b. 非健忘症状：失語、視空間失認、遂行機能障害</p> <p>D. 以下の所見がない場合</p> <p>a. 脳血管障害、b. レビー小体型認知症、c. 前頭側頭型認知症・行動型、</p> <p>d. 意味性認知症、非流暢性/失文法性原発性失語症、e. 他の内科・精神疾患の存在、</p> <p>f. 薬剤性認知機能障害</p> <p>2. より精度の高いアルツハイマー病の疑い (probable)</p> <p>認知機能検査の進行性低下例、原因遺伝子変異のキャリアー</p> <p>3. アルツハイマー病の可能性 (possible)</p> <p>非定型的な臨床経過、他疾患の合併症 (脳血管障害、レビー小体型認知症、他疾患、薬剤)</p> <p>4. 病理所見によるアルツハイマー病の疑い (probable)</p> <p>A. 脳アミロイドβタンパク (Aβ) 蓄積のバイオマーカー：脳脊髄液Aβ42低下、アミロイドPET</p> <p>B. 2次性神経変性や障害のバイオマーカー：脳脊髄液タウ、リン酸化タウ増加、側頭・頭頂葉の糖代謝低下 (FDG-PET)、側頭・頭頂葉萎縮 (MRI統計画像処理)</p> <p>診断目的のルーチン使用は現時点では勧められない</p> <p>臨床研究、治験や測定可能な施設で臨床医によって必要とされた場合</p> <p>5. 病理所見によるアルツハイマー病の可能性 (possible)</p> <p>非アルツハイマー病の臨床診断、バイオマーカー陽性かアルツハイマー病の脳病理診断</p> <p>6. アルツハイマー病バイオマーカー検索を考慮すべき疾患</p> <p>7. 病態生理的に証明されたアルツハイマー病</p> <p>8. アルツハイマー病とは考え難い認知症</p>
--

FDG：fluoro-deoxy-glucose
文献3)を参考にした

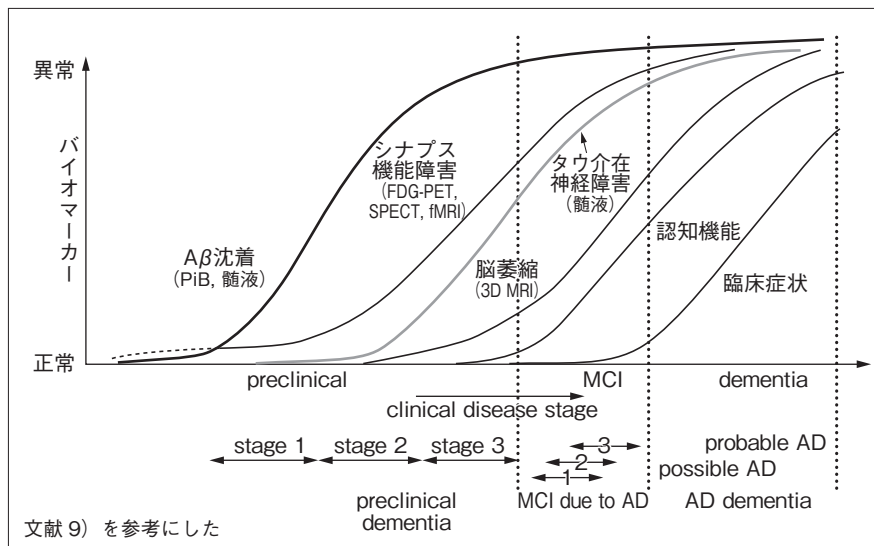


図1 新しい診断基準とバイオマーカー

—preclinical dementia、predromal Alzheimer's Disease (pre-Alzheimer's disease; MCI)、AD dementia (アルツハイマー病)の発症様式—
AD：アルツハイマー病、3DMRI：3次元MRI、fMRI：機能性MRI、PiB：Pittsburgh compound

さらに、もの忘れなどの症状がみられるpre-Alzheimer's disease (MCI) では、記憶障害のみで、判断力や視空間失認といった他の認知機能の障害あるいは行動・心理症状 (BPSD) がみられない。これらの人に予防的な対応をする目的で、AD前駆症状として基準が作られた⁹⁾。

A β はADの脳に認められる老人斑の中心 (core) に集まって、かたまり (凝集体) として溜まっている。AD初期にはアミノ酸が42個連続したA β 42は塊になりやすく、AD発病の引きがねになると考えられている。A β は神経細胞、とくにシナプスに対して有毒な物質として作用する。

A β がたくさん集まった老人斑より、A β が数個凝集したペプチド (オリゴマー) が神経細胞を障害すると考えられている。ADの人の中にA β が合成されやすい遺伝子の異常が何種類か知られている。そのような遺伝子異常のある人はADの中では稀ではあるが、若年期に発症する。

アミロイドPETというのは人の脳の中にあるA β の塊を検出するために、A β に結合する放射能を持った物質 (Pittsburgh compound[®]やAmyvid[®]) を注射して、脳内の放射能をPET (positron emission CT) により測定して、脳内A β 量を測定する診断法である。この方法によって、脳内にA β が蓄積している人をpreclinical ADとすることが提案された。

それに加えて、髄液中のA β 42がADの人では減少し、タウ・タンパクが増加する。そのため、髄液中でA β 42の減少やタウあるいはリン酸化タウが増化している人をpreclinical ADとする。

ADを早期に診断し、A β が老人斑を作り、神経細胞死や脳萎縮を起こす前に、アミロイドを除去して、ADの発症を予防しようとする試みが世界規模で進められている。

新しいアルツハイマー病治療・予防薬の開発のためにアミロイドPETやFDGPETなどの利用が試みられている。その一つとして、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) として北米50施設が参加して始められた。

わが国も国際共同研究の1極として「アルツハイマー病総合診断体系実用化プロジェクト・全国共同臨床研究 (J-ADNI)」が2007年から開始された。preclinical dementiaやpre-Alzheimer's disease (MCI) の人に対する早期からの予防的治療が計画されている (図1)。その際、脳画像のみでなく、髄液中のA β やタウなどのバイオマーカーの利用

も計画されている。

以上のように、早期診断の目的は、①神経細胞が破壊される前に治療を開始することである。それ以外に、②早期から、将来の介護などの体制を確立して、認知症になっても豊かな生活が営めるように工夫することもめざしている。

【京都市文書2012】

2012年4月に健康保険と介護保険が同時に改訂された。東日本大震災や世界的な経済的不況のため、これまでの医療や介護体制を継続することが難しくなっている。

そのため、認知症の人の医療や介護も認知症の人や家族に希望と楽観を与えて、豊かなものにするためには、認知症の初期のイメージや手掛かりを作る必要がある。それには、認知症の人と治療・介護の場との出会いを早期にすることが大切である¹⁾。

認知症の人の症状が重くなってからでは、家族や周囲の人たちとよい関係が保てず、関係修復が困難になる。その時期から医療や介護と関わった場合、医療や介護が認知症の人を傷つけ、本人につらい思いをさせる。

認知症の人がそれまで続けてきた生活が、精神病院などへの長期入院という形で連続性が途切れてしまう。その結果、認知症の人の日常生活は根こそぎ断たれて、空しいものになる。同時に、医療や介護に携わる人の介入も侵襲的なものになり、フラストレーションが残る。

これらの、お互いに不幸な状況を極力避けたい。家族や周囲との関係など、環境との関わりを失うとか、壊してしまう前に医療や介護と接触することが大切である。これを入口問題¹⁾と呼び、その対策を検討する。

1. 入口問題とは

認知症の人を地域で介護することを難しくする要因がある (広義の入口問題)。第一は最初から認知症介護にたどりつけない場合で、介護にアクセスができないため、地域への包摂が困難になる (狭義の入口問題)。

包摂 (inclusion) とは社会から排除された人をもう一度社会の一員として向かえ入れて、孤立させないことである。認知症の人は排除されることが多いため、豊かな生活が困難になる。それらの人にできるだけ接触し、連続した生活を可能にするよう努める。

第二は普通の認知症介護による対応が難しく、地域における介護から排除される場合である。

第三は実際に専門職がかかわっても介護が困難と思われる場合である。

地域に包摂して介護しにくい認知症の人を作らないためには、アクセスする側（認知症の人やその家族）の要因とアクセスしたが、介護の対応力が及ばないために包摂できない医療・介護側の両者の問題を検討する必要がある。

2. 医療・介護へのアクセスが十分でないため、包摂できない場合（狭義の入口問題）

1) アクセスする側（認知症の人や家族）の要因

認知症の人や家族側に、高齢による体力の衰え、情報を受け取る場合の感受性、理解力、地域などとの社会性、経済的要因、性格などの面で弱い点（脆弱性）がみられる。

京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会ではアンケートを行い、デルファイ法により、平均 $-2\times$ 標準偏差が4.0以上であった場合、回答者の合意が得られたものと判断した¹⁾。

医療や介護にアクセスする側に問題となる要因として、デルファイ法で表3に示す9項目が合意を得たものとして挙げられた。アクセスするポイントを前に倒すためには、両者が接点を持つか持たないだけでなく、アクセスからの排除を起こす点があることを示唆している。

すなわち、社会体制として、高齢者の孤立や支援拒否、

表3 アクセスする側（認知症の人やその家族）の要因

<ol style="list-style-type: none"> 1. 独居（近隣とのつながりが少ない場合）、キーパーソンの不在 2. 老老世帯（現在の制度や社会の動きから遠い場合） 3. 家族の無関心、家族の危機管理機能が低い場合 4. 家族の知識不足や抱え込み・隠し続け 5. 支援に対する拒否、地域となじめていない場合や地域からの孤立 6. 介護者が周囲・社会から孤立 7. 貧困 8. 精神障害などがもともとある複合的なケース 9. 病前性格が難しい場合、アルコール依存のある場合

文献1) を参考にした

経済的な貧困の問題が認知症の人を医療や介護に近づけにくくしている。これらの人々は余裕がないため、生活が破綻してから初めてアクセスするようになる。

認知症の人や家族が抱える脆弱性が医療や介護への接触を遅らせ、問題が深刻になってから初めてアクセスするようになる。その場合、アクセスする側とアクセスを受ける側の信頼性や可能な対応法が少なくなる。

これらのアクセスする側の要因を減らすために、地域やボランティアによる様々なサポートが望まれる。周囲からのサポートにより、早期発見によって認知症の人の生活を保障する努力が始められている。

2) アクセスを受ける側（専門職、市民、行政など）の要因

認知症の人および、その人が抱える問題点を見つけて、課題を解決するための対応を阻害する要因である。これらには、医療、介護、行政、制度、地域などに認知症の人をスムーズに受け入れられない点が存在する。

同様のデルファイ法で表4に示す13項目が合意を得た¹⁾。それら13項目は、ほぼ3つのグループに分けられ、それぞれについての対応への指針が見えてくる。

a. 医療や介護の立場の人が主に工夫・解決すべき点（制度的な点も含む）：

アウトリーチの欠如、受診サポートのなさ、かかりつけ

表4 アクセスを受ける側（専門職、市民、行政）の要因

<ol style="list-style-type: none"> 1. アウトリーチ機能の未成熟・不在 2. 最初の受診をサポートするサービスの不在 3. かかりつけ医の認識・知識不足 4. 認知症と診断されたのちの対応の不明確さ 5. 地域包括支援センターの経験・技術不足や感度不足 6. 地域包括支援センターの役割についての制度的問題 7. 地域包括支援センターに対するサポート機能の不足 8. ケースワークを行う機関の不在 9. 行政の無関心や本気の欠如 10. 早期発見するシステムの未整備 11. 地域の医療・ケア・行政・住民の連携不足 12. 地域の見守り体制の不足や地域の機能不全 13. 新興住宅地など地域力の不足
--

文献1) を参考にした

医や地域包括支援センターの問題、介護に対する意識や連携が不十分であることが挙げられる。地域社会において、医療・介護・福祉の面で手を差し伸べることを意味する。

アウトリーチにより認知症の人に訪問診療や訪問看護をする。認知症の人が生活の場で医療や看護・介護を受けるためには十分なアウトリーチ機能が大切である。

b. 制度・行政・自治体レベルの関与が望ましい点：

最初の接触の場となるべき地域包括支援センターに十分な人員配置がないこと、複合的なケースワークをするための機関がないこと、それらを総合的に統合するための行政による活動が不十分であることが挙げられる。

c. 地域全体の課題として、早期発見する仕組みができていない点：

地域での医療・介護・行政・住民の連携が不足していること、地域での見守りなどの機能が十分発揮できないことが挙げられる。

3. 医療・介護にアクセスしても、対応力が及ばないため、認知症の人を包摂できない場合

1) アクセスする側（認知症の人や家族）の要因

狭義の入口問題と異なるのは、無事にアクセスしても包摂できず、排除されることである。認知症の人の症状（表5）とか複合的な家庭要因（表6）により、包摂できないことがある。

虐待や殺意が生じる場合、間違った対応による暴力、家族関係の悪化、地域とのトラブルによる孤立、独居など認知症の本人の問題がある。

家族の病気や抑うつ、疲労、認知介護、老老介護、貧困、家族機能の低下、キーパーソンの理解不足、介護関係者への拒否など家族に関係した要因がある（表6）。

認知症の人が認知症の人を介護する（認知介護）とか、高齢者が高齢者を介護する（老老介護）など、介護をする人の機能が低下しているケースが最近増加している。このような場合に入口問題が起こる。

キーパーソンはグループ（家族、地域、社会など）で何かを決定して行動する時、意思決定などに強い影響力を持つ人物である。「認知症の人と家族の会」の2012年の調査に

表5 本人の症状に主に起因する要因

<p>A. 自傷他害的な症状への対応の必要性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 易怒性・暴力・衝動的行動・ずっと叫び続ける・性的なエピソードなどへの対応が難しい例 2. 脱抑制や無頓着な行動パターン（盗食、放尿など）が目立つ人 3. 動きや声に反射的に反応して暴力の出る人 4. 前頭側頭型認知症（ピック病）等、万引きや反社会的行動への対応が難しいケース 5. 失語・失行・失認があり行動が激しいケース 6. 徘徊を繰り返す、夜間の問題への対応が必要な人 7. 自動車運転をやめてもらうことができないケース 8. 火の不始末の危険性があるが、喫煙・調理などを続けるケース 9. BPSDへの薬物療法に反応しにくい人 <p>B. 活動性・個性へのケアの必要性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 若年性認知症の人 2. 軽度認知障害や初期の認知症の人 <p>C. 身体合併症への対応の必要性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体合併症のある人の緊急ショート利用 2. 医療依存度が高い・身体合併症が重篤な人 3. 医療処置のため介護施設を利用できない人
--

文献1) を参考にした

表6 本人・家族の複合的家庭要因

<ol style="list-style-type: none"> 1. 虐待がある時や、殺意をほのめかす例 2. 家族の理解がなく間違った対応を続け暴力等がある 3. 認知症以前に家族との関係が悪く、修復困難 4. 近隣・地域とのトラブルがもともとあり、こじれていたり孤立したりしている例 5. 家族にも病気・抑うつなどがあり、本人への対応が難しい 6. 介護者の疲労への対応 7. 認知介護、老老介護、独居、周囲に支援者や身寄りのない人 8. 経済的問題を抱えた人、貧しい認知症の人 9. 家族の中心であった人が認知症になり、家族機能が働かない 10. キーパーソンに対し、他の家族・親族の理解がない 11. 介護関係者の訪問を拒否する
--

文献1) を参考にした

よると、実子、妻、夫、息子の嫁の順に多い。

また、認知症の人の自傷や他害的な症状に対して対応が必要なとき（表5A）、本人の活動性や個別性への配慮が必要な場合（表5B）、身体合併症があり、それへの対応が必要な人（表5C）は包摂が難しい。

2) アクセスを受ける側（専門職、市民、行政など）の要因

アクセスを受けても認知症の人の医療や介護に十分対応できない場合のことである。医療側の問題と介護・地域・社会の問題があり、そのために認知症の人が包摂でき難くなる（表7）。

適切な医療機関がなく、かかりつけ医による処方によって事故が起り、不信感を抱くときや専門医への受診を拒む医療機関があれば、入口問題の原因となる（表7A）。

介護・地域・社会の側の問題としては、不適切な介護が提供される場合や地域包括支援センターの機能が十分でないとき、介護サービスの不足している地域、緊急災害時などが包摂を阻害する（表7B）。

表7 アクセスを受ける側が認知症の人を包摂できない要因

<p>A. 医療の側</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適切な診断、治療がされていない人 2. 在宅主治医が家族の訴え通りに処方を行い、転倒などを起こす 3. 在宅主治医が専門医への受診を拒む <p>B. ケア・地域・社会の側</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 状態像に合わない介護がされ、適切なケアマネジメントをされなかった人 2. 地域包括支援センターの動きが弱い地域の人 3. 介護サービスが不足している地域の人 4. 災害時など異常な事態に置かれた場合の認知症の人

文献1) を参考にした

4. 入口問題の解決に向けた道筋

認知症の人に医療や介護を進めるにはどうするかという入口問題の解決は認知症の医療や介護における重要な問題であると思われる。最近、その解決への道筋をつけること

が重要と考えられるようになってきた。

その一例として、2011年にNational Institute on AgingとAlzheimer's association が作った認知症診断基準（表1）³⁾ やアルツハイマー病の診断基準（表2）⁴⁾ が発表され、認知症の早期診断の重要性が強調された。

認知症の人が医療や介護と接触する時期が遅くなると、症状が深刻になる。そのため、相互の信頼に基づいた、認知症の人に豊かな生活を保障することが難しくなり、認知症の人への対応が厳しいものとなる。

そのため、早期に発見し、対応するための手立てを阻害する要因を述べた。それらの要因を取り除いて、認知症の人や家族が容易にアクセスできる解決への道筋を考えてみた。

1) 医療を介した解決の道筋

前と同様にデルファイ法で医療を介した解決の道筋についてアンケートをした。その結果、表8に示す5項目が合意を得たものとして挙げられた¹⁾。

表8 医療を介した入口問題への解決の道筋

<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センターと専門医・専門医療機関とのシステム構築 2. かかりつけ医と地域包括支援センターとの連携強化 3. かかりつけ医と専門医の連携強化 4. 専門医同士の広域での連携強化 5. 医師が認知症介護に参加する仕組みづくり

文献1) を参考にした

それによると、訪問型認知症疾患医療センターの新設、専門医の訪問診療、専門福祉職などの訪問・アウトリーチ機能の強化など訪問型医療や介護の必要性が示唆された。

また、かかりつけ医への研修の義務化、かかりつけ医への早期発見チェックリストなどの配布、医学教育の中での認知症・地域医療カリキュラムの充実が望まれている。最初の窓口になる可能性の高い、かかりつけ医の感度の強化や教育の必要性が求められている（表9）。

表9 家庭環境や地域を介した入口問題の解決の道筋

<p>A. 最も強いコンセンサスの得られた項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センターと専門医・専門医療機関とのシステム構築 2. かかりつけ医と地域包括センターとの連携強化 3. かかりつけ医と専門医の連携強化 4. 専門医同士の広域での連携強化 5. 医師が認知症介護に参加する仕組みづくり <p>B. 訪問型の医療や介護の必要性への示唆がなされている項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問型認知症疾患医療センターの新設 2. 専門医の訪問診療 3. 専門福祉職などの訪問・アウトリーチ機能の強化 <p>C. かかりつけ医の感度アップや医師への教育の必要性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. かかりつけ医への研修義務化 2. かかりつけ医への早期発見チェックリストなどの配布 3. 医学教育の中での認知症・地域医療カリキュラムの充実

文献1) を参考にした

認知症の人の症状が顕在化すると、身体合併症治療に絡んだ場として、病院での対応法にも希望が述べられている。すなわち、病院に認知症のマネジメントができる職種の人の配置や病院勤務医師や看護師の研修の義務化が求められている。

2) 家庭環境や地域を介した入口問題の解決の道筋

認知症の人が医療や介護を利用することを妨げる要因を除き、病早期から医療や介護が受けられる状況を作るために、家庭や地域の取り組む方法がいくつか知られている。

その一つはかかりつけ医であり、他の一つは地域包括支援センターである。この両者が車の両輪になって、認知症の地域医療を推進して行くことが重要になってくる。その際、両者が十分な連携をとることが必須である (表9)。

家庭環境の中には独居、老老介護、認認介護や経済状態の破綻などの問題も含まれる。そうした問題に対しては、医師、介護士などのほかに、福祉や行政の関与も必要となる。

専門医などによる訪問診療や看護師による訪問看護は在宅のまま、合併症などの問題への対応を可能にし、入院せずに家庭での介護を継続させ得る。認知症の人が今まで暮らしてきた家庭から離れて、病院などで長期に療養すると、生活の場における本人の存在感がなくなる。

入口問題を解決するためには、介護を受ける本人や家族の側にある状況を改善することが必要である。一方、介護を提供する側の連携や受益者側の要望に沿えるような体制をとることが必要とされる。

認知症の人のケアは大変な場面をしばしば迎える。困った問題を抱える介護者は京都式認知症ケアの定義十箇条を参考に、希望を持ってケアをするとよい (表10)¹⁾。

表10 京都式認知症ケアの定義十箇条

<ol style="list-style-type: none"> 1. 現状の課題をしっかりと分析し、それを踏まえたケア 2. 現実に認知症を病む人たちの思いを常に忘れず包摂したケア 3. 入り口問題を意識し焦点をあてたケア 4. 経済的支援やソーシャルワークを通じて虚弱な家族を支えることができるケア 5. 今までの生活や人とのつながりを大事にして暮らしを支えるケア 6. 地域力や専門職連携を充実させ、地域から排除される認知症の人を作らないケア 7. ハード・ソフト両面からの環境整備を通じて自宅に近い環境を整えたケア 8. 身体疾患を持っていても必要な医療が受けられるケア 9. 若年性や初期認知症の人とその家族に対し、十分な対応力を持ったケア 10. 認知症の人にかかわる専門職の待遇を保障したケア

文献1) を参考にした

【厚生労働省認知症施策】

2012年6月18日に、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトが「今後の認知症施策の方向性」という文書を発表した²⁾。本文書の方向性は英国の認知症国家戦略⁴⁾ や京都文書¹⁾ とほぼ同じ方向性を持つものと考えられる。

1. 今後目指すべき基本目標 一介護の流れを変える一

本プロジェクトは「認知症の人は精神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、出来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」を目指している。

このため、新たな視点に立った施策の導入を積極的に進める。従来の「自宅⇔グループホーム⇔施設あるいは一般病院・精神病院」という不適切な「介護の流れ」を変え、違った流れとする標準的な認知症ケアパス（状況に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築する（図2）。

2. 7つの視点からの取り組み

上の基本目標を実現するために、従来の施策を変更することにした。新しい施策と合わせて、地域医療・介護サービス、見守りなどの日常生活の支援が包括的に供給される体制を目指した。そのため、7つの視点に立って、今後の施策を進めて行く（表11）。

3. 新たな「介護の流れ」

従来の介護は認知症の人がBPSDなどにより危機が発生してから的事後的な対応が主であった。今後は、新たに「早

期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、危機の発生を防ぐ早期・事前対応を基本とする。

「早期支援機能」として期待されるのが「認知症初期集中支援チーム」である。認知症の人が地域で生活できるよう、発症後できる限り早い段階で、初期集中支援を包括的に提供する。

「認知症初期集中支援チーム」は新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。かかりつけ医の認知症対応力が向上し、認知症初期集中支援チームが普及するまでは「身近型認知症疾患医療センター」の医師が関与し、ケアマネジャーやかかりつけ医などに専門的なアドバイスをする。

厚生労働省は「身近型認知症疾患医療センター」を全国300ヶ所に整備する。必要に応じて、センターの医師などが認知症の人の家に出向き、適切な治療や家族を支援する。

症状が悪化し、暴力などにより在宅での対応が困難な場合には、介護保険施設など地域の介護サービスが担い手になることも推進する。

身近型認知症疾患医療センターはリスク回避支援機能を担うことも期待される。このセンターはかかりつけ医やケアマネジャー、認知症初期集中支援チームの在宅関係機関を支援し、地域の対応力を高める。

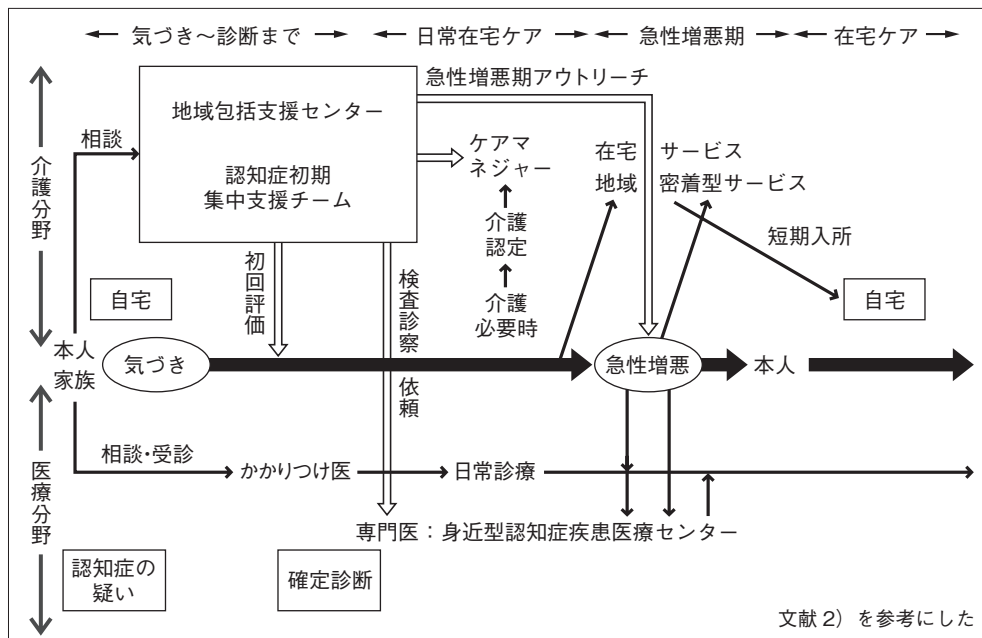


図2 住み慣れた地域で暮らし続けるための標準的な認知症ケアパスの概念図を示す

表11 わが国の7つの視点からの今後の認知症施策の取り組み

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
 - ① 認知症の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の向上
 - 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 早期診断などを担う「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
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、処置などの実施の確保
 - 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た「グループホーム」の活用の推進
 - ④ BPSDなどが原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設での対応
 - ⑤ 介護保険施設などでの認知症対応力の向上
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保険の推進
 - 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相互組織などの活動への支援
 - ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
 - ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取り組みの推進
 - ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
 - ⑦ 家族に対する支援
6. 若年性認知症施策の変化
 - 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などの取り組みの推進
 - ④ 若年性認知症の人の就労などの支援
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

文献2) を参考にした

在宅だけでなく、介護保険施設や病院などと連携し、認知症の人がBPSDなどによる危機的な状況を避ける。そのために認知症の人の「危機回避支援」も行う。

「認知症疾患医療センター（地域型・基幹型）」は詳細で厳密な診断が必要とされる困難事例や夜間救急対応、身体合併症で入院が必要な場合に対応する。

4. 認知症の人の精神科病院への長期入院を解消

認知症の人に対する不適切な「ケアの流れ」の結果として、認知症のために精神科病棟に入院している患者数は5.2万人（2008年調査）に増加し、長期間入院し続ける人が多い。その背景には表12のような理由がある。

表12 認知症の人が精神科病院に長期入院する理由

- ①早期診断に基づき、早期に適切な介護に結びつける仕組みが不十分
このため、早期に適切な評価をして、介護を提供し、家族への支援があれば、自宅での生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている
- ②不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる
- ③一般病院で、身体疾患の合併などにより手術や処置などが必要な認知症の人の入院を拒否するとか、BPSDに対応できないので精神科病院で対応してもらう
施設でもBPSDに対応できないので、精神科病院に入院してもらう
- ④認知症の人の精神科病院への入院基準がないことも理由として挙げられる
必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人が長期に入院している例もある
- ⑤退院支援や地域連携の機能が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受入れ体制が十分でない

文献2) を参考にした

このような長期入院の問題を解決するために、不適切な「介護の流れ」を変える必要がある。標準的な認知症ケアパスを作るとともに、5項目の施策を重点的に取り組むべきである（表13）。

表13 認知症の人の精神科病院長期入院を解消するための5つの重点施策

- 1. 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期からの介護の導入
- 2. 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- 3. 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中のBPSD発症者に対する外部からの専門家による医療・介護の確保
- 4. 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究の実施
- 5. 「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）」の作成と地域での受入れの体制づくりの推進

文献2) を参考にした。

5. 今後の取り組み

認知症施策の推進に当たっては、認知症の人にとって最も身近な地方自治体である市町村の果たす役割が大きい。高齢者数や地域ごとの特性などに応じて各地域で、認知症の人への支援体制を構築することが重要である。

しかし、今回の「今後の認知症施策の方向性について」では「都市型」と「地域型」の格差や問題には触れられていない。おそらく、市町村の間では格差が大きく、その地域の抱える問題点も異なることが予想される。

【イギリス（英国）】

英国も高齢者が増加して、アルツハイマー病などの認知症の人が急激に増えてきた。そのため、2009年より、英国政府は国家認知症戦略(National Dementia Strategy)に着手した⁴⁾。

英国の認知症の人は約70万人と推計されている。それによる年間の支出は230億ポンド（約3兆円）にのぼる。英国も日本と同様、スウェーデンやデンマークと比較すると、認知症の政策は遅れている。

政府への国民の批判が高まり、本格的な認知症政策に対する国家ビジョンが示され、改革が進められている。2009年に示された改革ビジョンは2014年までの5カ年を集中改革期間として対策を進めている。

1. 国家戦略に至るまでの道のり

英国では2000年以降、認知症の人に関する監査報告が発

表され、疫学や費用の推計も提出された。このデータにより、政府への批判が高まった。

1) 監査報告「私を忘れないで」(2000年)

認知症の治療や介護に関する質的問題、医療と介護の連携不足、訪問態勢の不備、訪問診療・看護・介護者の不足、認知症の人や介護者に対する情報提供不備、かかりつけ医などの認知症対応力不足が指摘された。

これらは、京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会が明らかにしたわが国の状況とよく似ている¹⁾。

2) Mental Capacity Act (意思能力法) の制定 (2005年)

精神保健法 (Mental Health Act) によって、認知症の人の判断能力をあつかうことの倫理的、人権的な批判が高まった。この批判に対して、認知症の人に残された機能や判断能力を最大限に活かし、自己決定権を尊重するための Mental Capacity Act が2005年に制定された。

認知症の人自身が「住み慣れた住居」での生活を続けたいと願う一方で、介護者が過重な負担により施設入所を望む。介護者の要望が優先されることへの人権的観点から、しばしば議論された。

Mental Capacity Act により、認知症の人は軽・中等度の段階で、その後の余生をどこで暮らしたいかを表明する。支援者や医療者はその意を汲んだ支援計画を立てることを義務付けられるようになった。

3) 認知症臨床ガイドライン (NICE/SCIE) の発表 (2006年)

医療ガイドライン (NICE) と介護ガイドライン (SCIE) が連携・協力して認知症に関する両ガイドラインが同時に作成・刊行された。医療と介護の統合されたガイドラインが作られ、改革の臨床的方針の基礎を固めた。

4) アルツハイマー病協会による英国認知症レポート (Dementia UK Report) の刊行 (2007年)

認知症の人とその介護者の生活実態を明らかにし、認知症による経済的損失規模が試算、公表された。それにより、社会保障の中核課題として、国家的に取り組むべき課題であることを政府に印象づけた。

5) 国家監査機構 (NAO) による全国調査 (2007年)

NAOの精緻な全国調査により、今後の認知症政策の課題が明らかにされた。「節約のための投資」の必要性を強調し、改革に必要な予算の確保を可能にした。

2. 国家認知症戦略 (2009) の概要

2009年、英国保健省内の認知症政策関連部局を再編・強化して、「国家認知症戦略：認知症とともに良く生きる」を発表した。2014年までの5カ年で大幅なサービス改善を目指した。主要政策理念は3点である (表14)。

3. 国家認知症戦略の最終年 (2014年) 監査における9つの成果 (アウトカム)

最終年 (2014年) に無作為に選ばれたサービス利用者や介護者に第三者監査機関が質問する。9項目の質問をして、サービス改革の達成がどの程度前進したかを確認する (表15)。

表14 英国国家認知症戦略の主要理念

1. 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
2. 適切な診断が早期に受けられ、その後、質の高い包括的な初期支援・治療が受けられるようなサービスモデルの普及と整備
3. 当事者ならびに介護者のニーズに基づいた幅広いサービスの実現

文献4) を参考にした。

表15 英国国家認知症戦略の最終年監査における成果 (アウトカム)

1. 私は、早期に認知症の診断を受けた
2. 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た
3. 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている
4. 私の周囲の人々、とくに介護をしている家族が十分なサポートを受けられている
5. 私は、尊厳と敬意を持って扱われている
6. 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのように支援してくれるかを知っている
7. 私は、人生を楽しんでいる
8. 私は、コミュニティーの一員であると感じる
9. 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられる

文献4) を参考にした。

4. 国家認知症戦略における具体的な5つの重点課題

改革の成果（表15）を達成するために、国家認知症戦略は現在、5項目の重点政策を推進している（表16）。

表16 英国国家認知症戦略における重点課題項目

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 包括的な初期集中支援サービスの普及 2. 総合病院における認知症の人への治療・介護の改善 3. 介護施設における認知症の人への治療・介護の改善 4. 介護者へのサポートの強化 5. 認知症の人への抗精神病薬の制限 |
|---|

文献4)を参考にした。

1) 包括的な初期集中支援サービスの普及

最も中心になる政策であり、「メモリークリニック」(物忘れ外来)が全国的に普及している。現在、80%のプライマリケアトラストがメモリークリニックを開いている。

メモリークリニックは認知症を早期診断と早期介入をすすめるための地域拠点として、政策上位置づけられている。65歳以上の人、約4万人に1カ所程度の割合で設置されている。

メモリークリニックは多職種の人によるチームで、アウトリーチによるきめこまかな在宅での評価ができる。診断会議を経て、本人や家族に十分な時間をかけて説明する。

本人や家族への早期支援を開始すると、一定期間の集中介入により、生活が軌道に乗る。それらのプロセスを経て、かかりつけ医へ引き継ぐというという流れで支援する。

認知症が重症化する前に、出来るだけ早く認知症を発見し、残された本人の判断能力を尊重した生活プランを作る。適切な初期治療や支援を集中的に行い、認知症を持ちながらも地域で生活を続ける体制を早期に固める。

メモリークリニックにより、認知症の人が在宅で生活できる期間をできるだけ長く維持する。それにより、施設介護に必要な費用も大幅に減らすことが期待される。

メモリークリニックでは具体的なサポートにつながる診断と評価が重視される。暮らしの場面での生活状況の詳しい評価が必要である。6カ月～1年間集中的に本人や家族と関わり、認知症を持ちながら地域で生きることを軌道に乗せる。その結果、かかりつけ医に引き継ぐことができる。

2) 総合病院や介護施設における認知症の人への医療・介護の改善

地域医療チームの専門家がアウトリーチにより総合病院や介護施設を訪問し、医療や介護に当たるほか、助言や教育研修も行う。このような体制改善により、認知症の人の精神科病棟への入院が減る。

この方法を行った地域では人口1,000万人当たりの認知症年間入院数が15であった。非実践地域は50人で約3.3倍であった。専門医などのアウトリーチの有効性が示された。

3) 介護者へのサポートの強化

全英アルツハイマー病協会(NGO)が中心になって、各地域で介護者を支える地域拠点として、もの忘れカフェ¹⁰⁾(dementia cafe)が各地に作られている。こうした民間の取り組みと連携した介護支援が行われている。

2004年9月より、藤本¹⁰⁾は若年軽度認知症の人を対象にもの忘れカフェという新しい試みをした。部屋の内装、備品、プログラムも自分で決め(自立)、認知症の人がお互いに助け合いながら(ピアサポート)、社会に参加する。英国国家認知症戦略でもDementia Cafeとして、介護サポート強化の一環として取り組まれている。京都文書¹⁾を具体化する方法として、もの忘れカフェが計画されている。洛和ヴィラ大山崎でも「みんなでいこカフェ」を始めている。

4) 認知症の人への抗精神病薬の制限

抗精神病薬は錐体外路症状や悪性症候群などの副作用が強く、服用している認知症の人の死亡率は服用していない人より高い。原則、かかりつけ医による抗精神病薬の処方制限された。専門サービス(メモリークリニックや地域医療チーム)に処方の権限が集約された。

5) 認知症の人の精神科病院入院

英国における精神科病院の病床数を一定数減らすと、認知症の人の入院数が1/3になった地域があったと報告された。病床数の多さが入院数を増やす主要因であることは、様々の国で経験されている。

地域における認知症の人の受け入れ状況と病床数の削減は並行して行われるべきだと指摘されている。英国では1970年代より、精神科入院の必要なBPSDについて議論され

ている。

その結果、「自傷・他害」の危険性のあるBPSDを有する認知症の人を入院の基準とすることで合意が得られた。

6) 認知症国家戦略の評価

認知症国家戦略は5年毎に、その成果が独立監査機関によって評価される。5年間でしかるべき目標が達成できなければ、それを実現するために、さらに5年間の新たな政策や法律が作られる。

7) 認知症政策臨床国家責任者の役割

認知症国家戦略と同時に、2009年に保健省内に認知症政策関連部局が再編、強化された。その際、高齢者・認知症局長や国務大臣に認知症の臨床的観点から助言する「認知症政策臨床国家責任者」が新設された。

8) 政策を実現するための取り組み

英国各地での取り組みの進捗状況の評価して、それらの結果をマップなどにより公表している。それにより、地域毎にお互いに競争させている。保健省では政策評価のアトラスを作成し、地図上で色分けしている。

これらのマップにより、英国内での認知症医療や介護の地域差に関する情報発信を行っている。おそらく、この手法により認知症の人への支援の取り組みに関する地域差が明るみに出ることと考えられる。

9) 英国認知症国家戦略のまとめ

英国での認知症の人への支援が本年「京都文書」¹⁾に盛り込まれた内容と非常に似ていることに驚かされる。洋の東西を問わず、認知症の医療や介護へのブレイクスルーは結局、同じ方向に向けられるようである。

さらに、上記8)で述べた地図上のマッピングは認知症の人の支援に方向性を持たせるものと思える。したがって、是非わが国でも、あるいは地方自治体でも導入して、将来の指針作成の資料にしたいものである。

【洛和会系病院における取組】

認知症の全体像と洛和会系病院における医療との関係を検討すると、二つの問題が挙げられる。一つの問題は「認

知症の医療」の問題であり、もう一つは「医療のなかでの認知症」(合併症問題)である。

1. 認知症の医療

認知症の医療の問題は、ひとつは医療単独で、その有効性が低いことである。今ひとつには、認知症を医療として取り扱うこと(医療化)によって生まれる侵襲性である。

たとえば、初診の場面を考えてみるとよい。早期診断・早期治療の場面では、本人・家族が初めて認知症と向き合う場でもある。その際、認知症をいかに受けとめてもらい、いかに適切なケアに結び付けるかということが重要になる。

認知症を生きる本人への支援、本人と一対の家族に対する支援、家族の会やケアとの距離感、そして医療提供者自身がそれに伴走する姿勢が重要になる。つまり、認知症治療薬を処方するだけでなく、認知症の人を治療するとはどういうことかをよく考える必要がある。

医療とケアは相互補完的関係にあるので、ケアと連携する能力が必須になる。洛和会での医療の「標準装備」として、ケアと連携する技術・知識・姿勢を身につけたい。

医療とケアとを「横の連携」と考えるなら、かかりつけ医と専門医とは「縦の連携」になる。二つの連携は、横糸と縦糸を使って一枚の布を織り上げる作業に似る。「点から線へ、線から面へ」と関係者の連携を編み上げていけば、認知症を生きる人たちが必要な医療から排除されるとか、反対に過剰な医療化を受けることを防ぐことができる。

2. 医療の中での認知症

「医療の中での認知症」(合併症問題)としては、認知症の人が身体疾患を合併した時に総合病院から入院を断られるといった問題が含まれる。そうした現状を分析した上で、認知症を生きる人たちに必要な医療と暮らしの両方を保証するための道筋を探らなければならない。

急性期病院の環境は認知症の人たちには過酷な面があるので、認知症の人たちに対する医療は暮らしの場で提供されることが基本となるべきであろう。そのためには病院から暮らしの場に医療の重心をシフトすること、つまり訪問看護と訪問診療を中心にした医療の構築が前提となる。

地域医療が確立すると、病院は地域医療との協働と役割分担を担保にして、必要な入院を断らない体制を準備する

ことが可能になる。その場合、急性期病院は、認知症ケアの専門チームを配置してケアの相談に応じる体制を整える。

入院期間を最短化するとともに、地域連携課や入院コーディネーターなどによる地域と一体になった病棟運営を構築して、認知症の人中心の新しい工夫が必要になる。

認知症の人を暮らしの場に戻すためには、提供しようとしている医療が、認知症の人の生活にどう影響するのかを問う視点が不可欠となる。病院と地域との信頼関係が深まれば、急性期病院への精神科医の往診も可能になる。

認知症の人の数を考えれば、地域毎に身体疾患を合併した認知症の人たちに対する医療を検討する必要がある。2012年に京都でスタートした在宅療養あんしん病院登録システムは、病院と地域の連携を構築する上でよい機会になりうる。在宅・施設・病院看護師がともに認知症ケアを学ぶ場を地域単位で形成できると、連携は容易になる。

【おわりに】

わが国では高齢者が増加し、認知症の人の数が急激に増えてきた。このような状況に応じて、認知症の人に対する医療や介護の仕方を見直す必要が生じてきた。とくに、社会、経済面での問題も含めると、早急に将来への見通しを立てなければならなくなった。

しかし、程度の差はあるものの、世界各国で同様の問題を抱えており、お互いに情報を交流しながら、難局に当たる必要がある。わが国、とくに京都でもこの危機を乗り切るため、様々の職種の人たちが知恵を出し合って、新しい方向性を出すべく努力をしている¹⁾。

厚生労働省もほぼ同じ方向性を持った指針を提示している²⁾。これらの方向に向かって、本洛和会の諸病院でも地域に密着した認知症の医療やケアを計画・推進する必要がある。この問題は近い将来、すべての病院の命運を左右するものになると考えられる。

【参考文献】

- 1) 京都市認知症ケアを考えるつどい実行委員会：認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア。クリエイツかもがわ、京都、2012
- 2) 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。厚生労働省、東京、2012
- 3) McKhann GM et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workshop. *Alzheimers Dement* 7 : 263-269, 2011.
- 4) Department of Health : Living well with dementia : a National Dementia Strategy, Jessica Kingsley, London, 2011.
- 5) 木原武士：アルツハイマー病型認知症の治療薬について。洛和会病院医学雑誌23 : 13-21, 2012.
- 6) 中村重信 他：忙しい毎日なのに、なぜ治験をしなければいけないのか？ 洛和会病院医学雑誌23 : 22-34, 2012.
- 7) Miyashita T et al. : Mg (2+) block of Dorsophila NMDA receptors is required for long-term memory formation and CREB-dependent gene expression. *Neuron* 74 : 887-894, 2012.
- 8) Jack CR Jr et al. : Introduction to the Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workshops on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7 : 257-262, 2011.
- 9) Albert MS, et al. : The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workshops. *Alzheimers Dement* 7 : 270-279, 2011.
- 10) 藤本直規：認知症の医療とケア「もの忘れクリニック」「もの忘れカフェ」の挑戦。クリエイツかもがわ、京都、2008