

平成 23 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

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

報告書

平成 24 年 3 月

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

はじめに

認知症になっても、住み慣れた地域の中で、穏やかに、安全な暮らしを継続していくためには、障害が進行する以前の軽度の段階で認知症に気づき、認知症疾患の診断とともに、認知機能、生活機能、身体機能、心理・行動障害、社会的状況を多面的に評価し、住まい、予防、医療、介護、権利擁護、日常生活支援等のサービスを一体的に提供できる地域社会を創出することが必要である。本事業の目的は、地域の中で認知症を早期に診断し、総合的なアセスメントを行い、多職種で情報を共有することができる地域システムを構築するための基本要件を調査研究することにある。

このような目的の下で、平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人健康増進等事業）「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」を実施することになった。しかし、その計画を立案しているさなかの平成 23 年 3 月 11 日に、東日本大震災が起こった。筆者は 3 月 13 日より震災被災地において精神科医療に従事することとなったが、その中で、震災被災地における認知症の医療とケアの現状を把握し、必要な支援体制を緊急に構築していく必要に迫られることになった。そこで、本事業においては、以下の 2 つの項目を目標にして、調査研究事業を遂行することとした。

- (1) 東日本大震災被災地域の認知症医療・ケアの現状を調査し、国、自治体、関連学会レベルで、認知症の医療とケアについて今後継続的に支援すべき事項を検討するための基礎資料を得る。
- (2) 地域の中で、保健師、訪問看護師、地域包括支援センター職員等が、自宅訪問によって認知症の総合アセスメントを実施する技能を修得するためのアセスメントツールを作成するとともに、研修プログラムを開発する。

第 1 の目的を達成するために、岩手、宮城、福島 3 県の認知症医療・ケアに取り組む関係者と連携し、ヒアリング、自由記述によるレポート等によって情報を収集整理し、課題を要約した。また、第 2 の目的を達成するために、地域の中で認知症を発見し、総合的にアセスメントするためのツール「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」を作成し、信頼性・妥当性の検討を行うとともに、本シートを用いた認知症総合アセスメントの技能を修得するための研修テキストを作成した。

本報告書は以下の 3 部で構成されている。

- | | | |
|-------|--|-------------|
| 第I部 | 東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題 | 7 頁～118 頁 |
| 第II部 | 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント・シートの信頼性と妥当性の検討 | 119 頁～128 頁 |
| 第III部 | 認知症の総合アセスメント：研修テキスト | 129 頁～211 頁 |

研究組織

東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題

- 東京都健康長寿医療センター研究所
栗田主一
- 埼玉医科大学
深津亮
- 東北福祉大学，認知症介護研究・研修仙台センター
加藤伸司
- 岩手医科大学神経内科・老年内科
高橋智
- 財団法人磐城済世会舞子浜病院
田子久夫

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント・シートの開発

- 東京都健康長寿医療センター研究所
栗田主一
- 東京都健康長寿医療センター精神科
古田光
- 和光病院精神科
齊藤正彦
- 日本大学医学部附属板橋病院精神科
金野倫子
- 埼玉医科大学医学部附属病院精神科
深津亮
- 国立保健医療科学院
筒井孝子
- 東京都看護協会
島森好子

事務局：井藤佳恵，岡村毅，杉山美香，宮前史子（東京都健康長寿医療センター）

経理担当：園部由衣（東京都健康長寿医療センター）

第 I 部 東日本大震災後の認知症の医療と現状と課題

目次

第1章 東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題	9.
東京都健康長寿医療センター研究所, 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター 栗田圭一	
第2章 仙台市における「震災後の認知症の医療とケアについての情報交換会」	23.
東京都健康長寿医療センター研究所, 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター 栗田圭一	
第3章 岩手県の被災状況とその対応—高齢認知症者のケアを中心に—	27.
岩手医科大学神経内科・老年科 高橋智	
第4章 地震と津波, 原子力発電所事故による複合災害下での認知症対応—福島県いわき市 での経験—	33.
磐城済世会舞子浜病院 田子久夫	
第5章 当院における東日本大震災時の認知症医療・ケアについて	39.
こだまホスピタル 佐藤宗一郎, 阿部ひろみ, 樹神學	
第6章 仙台市認知症疾患医療センター勤務医の立場から～	48.
東北厚生年金病院精神科・認知症疾患医療センター 三浦伸義	
第7章 3・11 津波と原発被害をまぬがれた仙台の介護施設に起きたこと	55.
いずみの杜診療所(理事長) 山崎英樹	
第8章 半年間の絆～高齢者や認知症の人の支援とセーフティネットの構築～	64.
社会福祉法人仙台市社会事業協会高齢者総合福祉施設仙台楽生園ユニットケア施設群 (統括施設長) 佐々木薫	
第9章 震災被災地で認知症の人の「生きる」を支える～3・11その時何が起きたか～	74.
株式会社リブレ(代表取締役) 蓬田隆子	
第10章 震災後の認知症高齢者を取り巻く現状と課題	82.
(社福) 仙台福祉サービス協会・宮城野ヘルパーステーション(所長) 沓澤まり子	

第11章 東日本大震災を振り返って（在宅認知症ケア）	・ ・ ・ ・ ・ 88.
（社福）仙台福祉サービス協会・若林ヘルパーステーション（所長） 高橋順子	
第12章 宮城県気仙沼地域における東日本大震災後の認知症医療・ケアの現状と課題	
三峰病院（院長） 連記成史	・ ・ ・ ・ ・ 91.
12-1. 医療の立場から（1）	・ ・ ・ ・ ・ 91.
宮城県認知症疾患医療センター（三峰病院）（精神保健福祉士） 結城美奈	
12-2. 医療の立場から（2）	・ ・ ・ ・ ・ 93.
宮城県認知症疾患医療センター（三峰病院）（認知症ケア専門士） 遠藤眞	
12-3. 保健福祉の立場から（1）	・ ・ ・ ・ ・ 98.
宮城県気仙沼保健福祉事務所成人・高齢班（保健師） 前田知恵子	
12-4. 保健・福祉の立場から（2）	・ ・ ・ ・ ・ 100.
気仙沼市保健福祉部高齢介護課気仙沼市地域包括支援センター（保健師） 熊谷悦子	
12-5. 保健福祉の立場から（3） — 居宅介護支援における震災後の現状とは —	・ ・ ・ ・ ・ 103.
社会福祉法人なかつうみ会恵風荘在宅介護支援センター（介護支援専門員） 白幡かつみ	
12-6. 保健福祉の立場から（4） — 老健施設の職員として、そして社会福祉士としての 今後の展望 —	・ ・ ・ ・ ・ 105.
医療法人社団晃和会介護老人保健施設リンデンバウムの杜（社会福祉士） 熊谷望	
12-7. 保健福祉の立場から（5） — 東日本大震災による認知症介護の影響について —	・ ・ ・ ・ ・ 107.
認知症高齢者グループホーム村伝（介護支援専門員・認知症介護指導者） 熊谷光二	
第13章 震災時・震災後のケアスタッフの活動状況— 岩手県，宮城県，福島県の認知症 介護指導者のヒアリングを中心に —	・ ・ ・ ・ ・ 109.
東北福祉大学／認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司	
第14章 資料編（郵送法アンケート調査で得られた意見，資料等）	・ ・ ・ ・ ・ 114.

第Ⅱ部 地域包括ケアシステムにおける
認知症アセスメント・シートの信頼性と妥当性の検討

目次

1. はじめに	・・・・・・・・121.
2. 対象と方法	・・・・・・・・121.
3. 結果	・・・・・・・・122.
4. 考察	・・・・・・・・122.
5. 結論	・・・・・・・・123.

第Ⅲ部 認知症の総合アセスメント：研修テキスト

目次

序章 21世紀前半のわが国の高齢化について	・・・・・・131.
第1章 認知症の一般的特徴	・・・・・・137.
第2章 認知機能障害を評価する	・・・・・・146.
第3章 生活機能障害を評価する	・・・・・・150.
第4章 精神症状・行動障害を評価する	・・・・・・152.
第5章 せん妄について	・・・・・・156.
第6章 身体合併症を評価する	・・・・・・159.
第7章 社会的状況を評価する	・・・・・・163.
第8章 認知症を診断する	・・・・・・166.
第9章 認知症の総合アセスメント	・・・・・・174.
第10章 認知症疾患医療センター	・・・・・・178.
第11章 地域包括ケアシステムとは何か	・・・・・・189.
第12章 地域包括ケアシステムにおける認知症の医療と介護	・・・・・・194.
第13章 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント	・・・・・・201.
第14章 おわりに	・・・・・・211.

第I部 東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題

調査研究事業総括

- 東京都健康長寿医療センター研究所：栗田圭一

調査研究協力者

- 東京都健康長寿医療センター研究所：井藤佳恵，岡村毅，杉山美香，宮前史子，宇良千秋，高橋龍太郎，新名正弥
- こだまホスピタル：佐藤宗一郎，阿部ひろみ，樹神學，樹神由佳
- 東北厚生年金病院：三浦伸義
- いずみの杜診療所：山崎英樹
- 社会福祉法人仙台市社会事業協会高齢総合福祉施設仙台楽生園：佐々木薫
- 株式会社リブレ：蓬田隆子
- 仙台福祉サービス協会・宮城野ヘルパーステーション：沓澤まり子
- 仙台福祉サービス協会・若林ヘルパーステーション：高橋順子
- 宮城県認知症疾患医療センター・三峰病院：連記成史，結城美奈子，遠藤眞
- 宮城県気仙沼保健福祉事務所成人・高齢班：前田知恵子
- 気仙沼市保健福祉高齢部高齢介護課気仙沼地域包括支援センター：熊谷悦子
- 社会福祉法人なかつうみ会恵風荘在宅介護支援センター：白幡かつみ
- 医療法人社団晃和会介護老人保健施設リンデンバウムの杜：熊谷望
- 認知症高齢者グループホーム村伝：熊谷光二
- 埼玉医科大学：深津亮，大村祐紀子
- 認知症介護研究・研修仙台センター：加藤伸司，阿部哲也
- 岩手医科大学神経内科・老年内科：高橋智
- 舞子浜病院精神科：田子久夫
- 認知症のひとと家族の会宮城県支部：関東澄子
- 特定非活動営利法人ふくし@JMI：小湊純一
- 仙台市六郷地域包括支援センター：渡邊美智子
- 仙台市健康福祉局保険高齢部：高橋仁
- 仙台市健康福祉局保険高齢部介護予防推進室：浅野吉昌，小椋純一郎，菊地和子，佐藤彰子，山口健太
- 仙台市青葉区保健福祉センター障害高齢課：小原信一
- あおば通りクリニック（福島県福島市）：小林直人
- 医療法人生愛会附属介護老人保健施設生愛会ナーシングセンター：本間達也，佐藤延子

第1章

東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題

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

仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター

栗田 主一

1. はじめに

平成23年3月11日金曜日14時46分、牡鹿半島の東南東約130kmを震源とするマグニチュード9.0の大地震が起こった。それから数時間のうちに、東北地方太平洋沿岸のほとんどの地域が大津波に襲われ、死亡者15,844人、行方不明者3,450人、負傷者5,891人、建物被害は全壊127,195戸、半壊232,031戸、床上浸水12,917戸、道路損壊3,889箇所、橋梁被害78箇所、堤防決壊45箇所、鉄軌道29箇所に及ぶ被害を生じた（警察庁緊急災害本部被害状況、平成24年1月5日現在）。

この日は東京でもJRをはじめ、ほぼすべての交通機関が停止し、数多くの“帰宅難民”が出現した。筆者は3月12日早朝、自家用車で東京を発ち、3月13日未明に仙台に到着、同日午前より仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センターでの診療を開始した。

3月14日月曜日の朝、仙台市健康福祉局保険高齢部より筆者の携帯電話に連絡が入った。「避難所では対応できない認知症の方の問い合わせがすでに17件入っているが、どうすべきか」という問い合わせであった。どのような対応が適切であるかは誰も知らない。仙台市立病院が医療機関としてこれに対応できる状況にないことは明らかであった。そこで、「それぞれの避難所で認知症の人を支える体制を何とか創り出して欲しい」とお伝えするに留まった。その後、いくつかの避難所では認知症の人を支えるための環境づくりの工夫が為され、さらに被災を免れた介護施設に福祉避難所が立ち上げられた。また、全国各地から派遣されたボランティアの支援を得て、認知症の方を現地で支える環境づくりが整備されていった。

震災後、仙台市立病院は重症の一般救急患者の受け入れを主要な役割としたため、精神科関連の緊急受診が殺到するという事はなかった。それでも、16床の精神病床はすぐに満床となり、救命救急センターを経由して一般病床に入院した被災高齢者の精神症状に対応するためのコンサルテーション・リエゾン医療のニーズは急増した。震災直後の2週間に、①津波で家屋や家族が流され、自分自身も骨折、低体温症、脱水症、肺炎などを合併し、せん妄状態を来した高齢者、②震災直後のストレス下で抑うつ状態～昏迷状態に陥った高齢者、③徘徊、易怒性、興奮ために避難所生活に適応できなくなった認知症高齢者、④ライフラインが途絶え、食料が不足している状況の中で、現在の状

況が理解できず、自宅で大暴れし、緊急入所できる施設もないことから入院が求められた認知症高齢者、⑤視力障害や聴力障害を背景にして避難所で幻覚妄想状態になられた方、⑥食料が不足している状況であるにも関わらず、介護施設においてインスリン注射のみが平常通り行われていたために低血糖症によるせん妄を来した方、⑦介護の負担を軽減するために、家族介護者にリスパダールの液剤を多めに服用させられ、飲水・摂食が困難になり、脱水症による意識障害を来した認知症の方、⑧震災後、過覚醒状態のために不眠や不安障害の増悪を来した方など、不眠、不安、抑うつ、昏迷、幻覚、妄想、せん妄、認知症の行動・心理症状（BPSD）など、あらゆる形態の高齢者の精神障害の診療にあたることになった。

こうした状態像の多くは、安全かつ安心できる環境の中で、身体的・心理的ケアと、適切な薬物療法を提供することによって、比較的短期間に軽快させることができた。しかし、自宅や施設の流出・損壊、家族の介護力の低下、介護スタッフの不足、既存施設の定員超過などによって退院先の確保が極めて困難な状況に陥り、そのために空床を確保できる新入院にも対応できないという問題が生じた。

こうした状況は、高齢者の医療に取り組む被災地のすべての医療機関が共通に経験してきたことであろう。また、介護機関や避難所・自宅などにおいても、認知症の問題を含め、高齢者のメンタルヘルスに関わるさまざまな問題に直面してきたであろうことは想像に難くない。しかし、ライフラインの寸断、特にガソリンの入手困難による移動手段の制限のために、震災直後に関係機関と情報を共有することは極めて困難な状況にあった。震災後の認知症の医療とケアの現状と課題に関する情報を関係機関で共有することは、震災後の認知症対策を政策的に考案していくためにも、また、今後のわが国における災害時の認知症対策に関する指針を検討していくためにも、重要な意味をもつものとする。本調査研究では、東日本大震災後の認知症の医療とケアについての情報を関係者から収集し、現状と課題について整理した。

2. 方法

2-1. 情報の収集と整理

(1) 仙台市における情報交換会と認知症対策推進会議

仙台市は平成 20 年に認知症対策推進会議を設置し、その下位組織として認知症の普及啓発と支援体制に係る作業部会を設置し、関係職の“顔の見える連携体制”が築かれている。震災直後は先述の理由から関係機関との情報共有が困難な状況にあったが、震災から 1 カ月を経た段階で、認知症対策推進会議のメンバーが中心になって、「震災後の認知症の医療とケアについて」の情報交換会（第 1 回平成 23 年 5 月 23 日、第 2 回平成 23 年 6 月 27 日）を自主的に開催することができた。本情報交換会における関係者の報告を基礎にして、認知症の医療とケアの現状に関する情報を収集した。情報交換

会の議事録は本報告書に掲載している（第2章）。また、仙台市ではその後に2回の認知症対策推進会議（第1回平成23年7月11日、第2回平成24年2月6日）が開催され、震災後の状況について関係団体および自治体職員から報告を得た。以上の方法で収集された情報を、「震災後の認知症の医療とケアの現状」という観点から整理した。

(2) 関係者によるレポート作成

仙台市の情報交換会のメンバーに加えて、さらに岩手、宮城、福島3県の認知症医療・介護の関係職に協力を求め、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」について自由記述によるレポートの作成をお願いした。各レポートは本報告書に掲載している（第3章～第13章）。各レポートを精読し、「震災後の認知症の医療とケアの現状」という観点から、情報を整理した。

(3) その他の関係者からのヒアリング

平成23年8月9日、8月30日、10月13日に石巻市牡鹿町鮎川、平成23年12月2日、12月3日、平成24年2月19日に宮城県気仙沼市、平成23年11月8日、12月20日、平成24年1月24日に宮城県石巻市網地島を訪問し、関係職より得た情報を参考にした。

(4) 郵送法によるアンケート調査

本報告書（第1報）が作成された時点で、「報告書（第1報）」と「要約（案）」を岩手、宮城、福島3県の日本老年精神医学会専門医および日本認知症ケア学会評議員に郵送し、「要約（案）」の内容および追加すべき事項について自由記述による意見聴取を行った。

(5) 文献の検討

老年精神医学雑誌では、第23巻第2号において「東日本大震災と老年精神医学」の特集を組んでいる。ここに掲載されている論文を閲覧し、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」に関わる情報を収集した。

2-2. 要約の作成

以上の方法で収集・整理された情報を基礎にするとともに、米国老年精神医学会の「高齢者の災害時対応の推奨事項」（第14章の14-4）を参考にして、災害時の認知症の医療とケアの課題を可能な範囲で要約した。

3. 東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題

1) 逃げ遅れて犠牲になられた認知症高齢者や要援護高齢者は多い。

緊急時、認知症の人にそのことを理解していただいて、迅速に避難させることが難しかったという報告は多い。岩手医科大学の高橋智氏は、「被害の大きかった岩手、宮城、福島3県の犠牲者で、発災1か月後までに年齢が判明した11,108人中、60歳以上の死

者は計 7,241 人(65.2%)に上った。三県の人口に占める 60 歳以上の割合(31.7%)と比べると、高齢者の死者は 2 倍以上と多く、死因のほとんどは溺死であり、逃げ遅れ、津波にのまれて死亡したとみられる」「岩手県沿岸部の老人福祉施設では、寝たきりや車椅子利用者、そして、認知症患者など、多くの『災害弱者』が犠牲となった」と指摘している。

グループホームを経営・管理する蓬田隆子氏は、災害時のための準備として、①マニュアルの周知と避難訓練の徹底、②避難時に持っていくものを大きく紙に書いて目に見えるところに張っておく(緊急非常持ち出しはいつでも持ち出せるようリュックに入れておく)、③人の避難だけではなく重要書類を持ち出す(最低限)、ハザードマップの見直し(現在の避難場所が本当に安全か!)の 4 点をあげている。

2) 被災した医療機関・施設では、入院・入所している患者の移送が当面の問題となった。

福島県立医科大学の小林直人氏によれば、福島県では「合計 5 つの病院、約 840 床が一気に機能停止してしまったが、これは約 7000 床ほどの県全体の精神科病床の 1 割以上を占めている。各病院には高齢の統合失調症患者、BPSD を伴う認知症患者が多数入院しており・・・これらの患者の移送問題が、震災後しばらくは続き、大学病院、県内の精神科病院、近県、特に茨城、栃木、新潟、山形、東京の病院の先生方に支援して頂き、多くの患者を引き受けて頂いた」と述べている(但し、福島県の場合は、地震・津波による直接的影響というよりも、東京電力福島第一原子力発電所の原発事故による影響が大きい。その点が、他県の状況とは異なり、また、このことにより、患者ならびに現場スタッフにかなりの混乱が生じ、その混乱が事態をさらに悪化させたという事実がある～小林氏との私信から)。

3) ライフラインが途絶え、暖房もなく、食料も不足し、衛生状態も不良な避難先、施設、医療機関において、多くの高齢者が健康状態を悪化させ、死亡リスクを高めた。

舞子浜病院の田子久夫氏は、「避難のさなかに低体温や肺炎などの合併症を併発したり、食品の不足や摂取能力の低下で栄養障害を起こしたりして命を落とした方々も少なくない」と述べており、福島県立医科大学の小林直人氏は、「震災後に体調悪化などで亡くなる震災関連死の福島県の申請数は 447 件に上り、うち 197 件が関連死と認定された。申請している大半が 70～80 歳代の高齢者となっている」と述べている。東北厚生年金病院の三浦伸義氏も「当院精神科病棟の病棟内死亡者数は、平成 22 年度は 11 名であり多くが秋から冬に入ってであったが、震災後の平成 23 年度 4～6 月の 3 か月だけで 9 名にのぼった。立証はできないものの、この急激な死亡者数の増加は、震災後の寒さが大きく関係していると筆者は考えている」と述べている。岩手医科大学の高橋智氏は、「被災地では、高血圧、脂質代謝異常、凝固系亢進の頻度が高く、認知症など、

それらを危険因子とする疾患発症の疫学的調査が必要である」と述べている。

介護老人保健施設リンデンバウムの杜の社会福祉士である熊谷望氏は、「震災後は『暖』を取ることを最優先にした。各フロアの中心部に利用者を集め数少ないファンヒーターで対応し、更にペレットストーブを導入し、少ない電力でできる限りの努力と工夫をしたが、それでも低体温症による救急搬送をした利用者もいた」「清潔の保持が十分でなかったことから褥瘡の発生、進行と重症化は何とか食い止めたものの、寝たきりの利用者には苦しい環境が続いた。また、痰の吸引についても苦勞した。日中夜問わず吸引が必要な利用者が数名おり電力確保ができなかった時には『ペットボトル吸引器』を震災当日に作成して対応した」と述べ、「今後起こり得る災害によって同様にライフラインが寸断されたことを前提に・・・『震災時認知症対応マニュアル』等を作成する必要がある」と提言している。

4) 災害後の環境変化の中で認知症症状が顕在化ないし悪化した。

仙台市の地域包括支援センター職員は、「自宅では普通の生活ができていた人が避難所では夜中に徘徊するので困っている」「今までしっかりしていた人が、震災後、不安状態に陥り、避難所でも自宅でも自分の居場所がわからなくなった」といった相談を繰り返し受けたと述べている。

宮城県気仙沼市三峰病院（宮城県認知症疾患医療センター）の精神保健福祉士である結城美奈氏は、「震災直後より、認知症の症状を呈する方の受診が顕著となった。それは、震災前は多少もの忘れがありながらも自宅では生活出来ていた方が、被災し住み慣れた家を失い、大切な肉親を亡くすなどの大きな環境変化の中に巻き込まれ、不安と混乱の中で認知機能の低下を余儀なくされるという経過を経たことによるものであった。また、長期に渡る避難所での慣れない生活が身体活動を不活発にさせ、ADL低下をも引き起こした。それに伴い、強い不安・焦燥感や意欲低下などのうつ症状を呈し、徐々に認知症に移行していった高齢者のケースも少なくはない」と述べている。また、同院の認知症ケア専門士である遠藤眞氏は「MCI レベルの方や物忘れはあっても安定した生活を送っていた方が、震災をきっかけに生活環境が一変して、症状悪化させてしまうケースが圧倒的に多かった」と述べている。介護老人保健施設リンデンバウムの杜の社会福祉士である熊谷望氏は、「震災から約1か月の間、環境が激変してしまったことで認知症だった方はもちろん、そのほかの方々にも認知障害が起こり、機能低下が著しい状態になっている」「利用者にとって常日頃見ていた景色や行動パターンに大きな変化があったことが認知症の進行を加速させた」と述べている。

5) 避難所では、認知症の人とともに、介護する家族の精神的負担も高まった。

仙台市の地域包括支援センター職員は、「避難所に一人でいた認知症の方は周囲の方が徘徊などに対応していたが、家族で来た人は他人に迷惑がかからないようにと必死だ

った」「避難所では次第に周囲も疲れて精神的余裕がなくなり、認知症の人を排除する雰囲気が出てきた」「地震のショックや避難所生活の中で急に歩くことができなくなった人、オムツをしなければならなくなった人がいた」と報告している。

宮城県認知症疾患医療センターの遠藤眞氏は「震災当時は他の避難者の方々も同じ境遇の者同士、互いに助け合う気持ちが強かった。認知症の人や介護する家族に対して理解を示してくれる方も多かったが、避難所生活が長期化することでの苛立ちや今後の生活再建への不安などのストレスが募り、次第に認知症の人の行動を理解する気持ちは失われていった。認知症患者の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などのBPSD出現頻度が高くなれば、睡眠を妨げる直接の原因となり、介護する家族が注意を受けて、精神的な負担を大きくさせてしまった。認知症の人と介護家族の避難場所が失われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方が多かったようだ。そのような状況は、認知症患者も介護する家族も精神的、身体的に限界な状態に陥りやすい。藁をも掴む気持ちで専門病院に相談・受診して薬物療法を希望したり、やむを得ず入院させたりするケースが多かった」と述べている。また、岩手医科大学の高橋智氏は、「自宅から避難所へと環境が変わり、被災による恐怖や不安感、また、介護者との離別なども重なり、夕方になると、避難所を出て外に徘徊しようとする患者が目立った。また、ある認知症者は、徘徊が出現したため、家族から、『出て歩くとまた、津波が来るよ』といわれ、その後から、光るものを見ると水が来る、津波が来ると言って怖がるという特徴的なBPSDがみられた」と述べている。避難所生活において認知症の人のBPSDが悪化し、認知症の人のみならず、介護する家族も平時以上の精神的負担を強いられ、結果的に居場所を失うという事態は、このたびの震災で頻繁に経験されたことである。

気仙沼市保健福祉高齢部保健師の熊谷悦子氏は、行政として・保健師として検討しておくべきこととして、避難所に従事する職員への研修の重要性を指摘し、「車いすの操作・歩行移動介助・排せつ介助および認知症に対する知識の獲得・・・看護職が避難所に配置されても全体の健康管理ができない状況では避難者全員の状態悪化につながりかねない。看護職が中心となって被災者に対する支援活動ができるよう他の従事者の介護知識獲得が重要であると考え。また、認知症サポーター養成講座を行政職はじめ市民の多くの方に受講していただくことも重要である。一人暮らしの認知症の方の避難確認作業や支援方法の検討も必要性が高いと考える」「市内の在宅介護支援センター・居宅支援事業所・介護施設の方々の協力があり、被災者支援が早期に開始された例も多くあったが、日常生活全般に支援が必要な状況で、自ら通院先や服薬内容を伝える事が出来ない方をどう避難先で支えていくか、地域ぐるみでの取り組みが必要ではないかと感じている」と述べている。

6) 震災後の環境変化は在宅の認知症高齢者のBPSDも悪化させた。

避難所に限らず、在宅の認知症高齢者のBPSDも悪化し、家族や地域の中でその対

応に苦慮した事例も多い。仙台市の地域包括支援センター職員は、家族から「震災後、夜眠らなくなり、徘徊するようになった。ショートステイできるところか、施設を探して欲しい」という相談を受けたり、本人から、「もの忘れが多い上に、いつも揺れている感じで不安で眠れない」と相談を受けたりしたと述べている。また、「住所不明の人を突然頼まれ、結局住所がわからず、最終的に福祉避難所をお願いした」と述べている。宮城野ヘルパーステーションの沓澤まり子氏は、「在宅の認知症高齢者の方はこの震災の影響によって機能的な低下をきたしている場合や又、認知症を抱えながらようやくの思いで一人暮らしを継続していたのが精神的な不調から近隣の住民や関わる周囲を巻き込んで施設入所を迫られたり震災から避難すべく一時的に家族に身を寄せていたのが家族の状況変化等によって在宅の困難さを極めています」と述べている。被災地の認知症疾患医療センターや精神科医療機関の医師からは、震災後に自宅で BPSD が悪化した事例の外来・入院対応が急増したことが報告されている。

グループホーム村伝の熊谷光二氏は、「今回の震災による認知症介護の影響について、私が感じたことは、在宅介護の担い手でもある介護員が認知症に関する知識を十分に理解していなければ、本人本位の支援を提供することが出来ず、認知症高齢者の意欲を削いでしまう結果となり、行動心理症状を誘発する介護を行うなど、在宅介護から施設介護への流れを早める結果となっているのではないかと感じた。今後については、増え続けている認知症高齢者の様々な介護への要望に応えられるために、施設職員研修体系の他、在宅介護事業所の現状を考慮した研修体系を新たに立案していくことが大切だと思った」と述べ、災害時対応に備えた介護職員の研修の重要性を指摘している。

7) 家族の介護負担の増加から虐待のリスクが高まるケースもあった。

宮城野ヘルパーステーションの沓澤まり子氏は、「認知症高齢者ご本人の顔に痣が出来ていた事を不審に思ったヘルパーが事業所に報告し、この報告を受けた保健師が訪問し確認したところ、介護者が毎日酒を飲むようになっていた事が分かった」と報告している。筆者らも、家族が介護負担を軽減することを目的に在宅の認知症高齢者にリスパダールを過量服用させ、脱水症とそれによる意識障害のために救急搬送された事例を経験している。

8) 独居の認知症高齢者の不安は特に強く、生活が困難になる事例も多かった。

宮城野ヘルパーステーションの沓澤まり子氏は、震災後に病状が悪化した独居の認知症高齢者の事例について詳細な報告を行っている。仙台市の地域包括支援センターの相談窓口には、「〇〇さんに避難所に行くように勧めて」という区役所からの連絡、「認知症の症状が出ている人がいるので施設を探して」「食べ物の準備ができなくて困っている人がいる。助けてあげて」というマンション管理人からの相談、「本人の家に行っても見当たらない、避難所にいるか探してほしい」という知人からの相談が数多くあった

ということである。「住み慣れたところであれば何とか独居可能であった人が、生活環境が変わって一人で生活できなくなった」と報告している。

9) 医療機関では、多彩な精神症状とともに、身体状態が悪化した高齢者の受診が急増した。しかし、退院先の確保が極めて困難な状況にあった。

こだまホスピタルの佐藤宗一郎氏によれば、震災後 2 カ月間に 123 名の新入院患者を受け、このうち 63 名 (51%) が 65 歳以上高齢者で、このうちの 31 名 (49%) が ICD 分類の F0 (症状性を含む器質性精神障害) の診断、15 名が F3 (気分障害)、6 名が F4 (神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)、5 名が F2 (統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害) であったと報告している。また、F0 の高齢者のうち、徘徊、暴言、暴力、拒絶などの BPSD のために避難所や施設での生活が困難となり入院に至った例は 14 名、せん妄が 9 名、肺炎などの身体症状のため入院が 4 名であったとしている。さらに、「被災後ほとんどの医療機関が機能を失う中で、認知症に罹患している方が地域の医療機関で加療中に不穏状態となり受け入れ困難に至り、当院転院となった例が多かった。精神科病棟を併設する総合病院の準備が急がれる」「総合病院における精神科病棟の整備が急務である」と述べている。宮城県認知症疾患医療センターの結城美奈氏は「夜間せん妄、不眠状態や興奮状態を呈し入院した方も多くおられたが、薬物治療や適切なケアにより、比較的短期間のうちに症状の改善が認められた。しかしながら、自宅が流出したことによる受け入れ先確保の困難、また介護施設等も同様の状態であったために、福祉サービスが充分には利用出来ず家族の負担が増加する結果となり、退院が著しく困難となった」と述べている。こうしたことは、仙台市立病院や東北厚生年金病院の経験とも一致しており、高齢者の医療に取り組むほぼすべての医療機関が経験したことかと思われる。

10) 家族や地域の介護力や支援力が著しく減退した。

宮城県認知症疾患医療センターの結城美奈氏は「今回の震災で認知症を有する方の支援を困難にさせた最も痛切に感じたことは、本人のみならず家族の生活そのものの変化、また元々存在していた地域コミュニティの崩壊である」と述べている。東北厚生年金病院の三浦伸義氏は「東日本大震災は、まさに家族や地域の介護力を一瞬のうちに激変させた。被災地域の介護力を、根こそぎ奪ったと言っても過言ではない」「東日本大震災後の認知症医療・ケアの課題は何か？至極簡潔にまとめれば、『“家族と地域の介護力”の回復と強化』につきる」「被災地では、今まで以上の地域からの介護サービスを受けることができなければ、家族の介護力はさらに低下し、認知症患者は入所型の介護施設や入院医療機関に大量に流入することになる。そうなれば、認知症患者が精神病床を占有する率はきわめて高くなり、認知症疾患医療センターの病床数程度では到底対応できない人数になると容易に想像ができる。被災地での認知症医療の破綻を防ぐには、

『“家族と地域の介護力”の回復と強化』を課題とし、その実現に早急に取り組まなければならない」と述べている。

災害は家族や地域のサポートとネットワークを崩壊させ、これによって地域の介護力を著しく減退させ、虚弱高齢者や認知症高齢者の心身の健康と生活に持続的な影響を及ぼしている。

11) 福祉避難所は重症者のケアに有効であった。

宮城県気仙沼保健福祉事務所の保健師である前田知恵子氏は、「被災直後、入所施設の被災情報と共に在宅や避難所で過ごすことが難しい方を早急にどこか安全な場所に移す必要があるという課題がかなり早い段階で上がってきていた。その多くは認知症高齢者であり、家族自身も避難生活のため、落ち着くまでの間、安心できる場所に本人を預けたいという相談が多く寄せられた」「緊急時には制度による壁をなくし、本人や家族が安心して過ごせるための体制整備が非常に重要である」と述べている。また、恵風荘在宅介護支援センター介護支援専門員の白幡かつみ氏は、「震災後、契約入所はもちろん、ショートステイの利用さえ困難な状況の中、一時的に保護できる受け皿（福祉避難所）があったことと、BPSDが緩和するまで病院で受け入れて頂いたことは、本人が在宅に戻るまでのよりよい近道になったと思う」と述べている。気仙沼市保健福祉高齢介護課保健師の熊谷悦子氏は、「認知症の方で避難先の環境に適応できず症状が悪化する方や、家族が他者に迷惑をかけるからと行動を制限したりする事例もあり、早期の専門的な施設への移動が重要だと感じている。今回の震災では地域の介護施設が十分なサービスを提供することが不可能な状況であった。他市・他地域と事前に震災時の要介護者の受け入れについて協議をしておくことも必要であると思う。地域を超えた連携が取りやすいよう、福祉避難所として市町村と協定した施設には優遇措置を講じるなど国レベルでの支援をいただければ幸いである」の述べている。

岩手医科大学の高橋智氏は、「スタッフの経験や医療器具、介護用品の装備を考えると、重症者は定員面で多少無理しても施設入所を図った方が余裕ある介護ができる」と述べている。舞子浜病院の田子久夫氏も福祉避難所の重要性を指摘しており、その利点として、①要介護者への急性期の対応がなされるようになり、深刻な問題が生じても自宅や避難所での不要な混乱が回避され、介護難民化することを防止できた例が多い。②保健福祉センターなどの公共機関が柔軟性をもって指揮したことで人が動きやすくなり、医療や介護、保健機関からのボランティアが活躍できた。③組織の存在と役割が明確になったことで物品が集まりやすくなり、介護・医療の資源を有効に活用することができた。④高齢者が今後さらに増加するのは確実であり、その保護は大災害時の重要な対策事項であるが、事前の準備如何で不要な混乱を避け得ることが明らかとなった。⑤災害時の緊急対応法は状況によって変化するが、『公的な指揮』『医療介護の専門家とボランティアの連携』『物資確保』の3つの課題の重要性が明らかとなった、といった点

を指摘している。山崎英樹氏は、「介護施設は、災害時の介護（福祉）避難所として想定されるべきであり、その自覚とともに、物資の配給やライフラインの優先復旧など、地域の防災計画にも予め反映されていることが望ましい」と述べている。

12) 直接被災を免れた介護施設（福祉避難所等）は定員超過となり、職員不足とも重なって負担が過剰となり、職員のメンタルヘルス問題やケアの劣化という問題に直面した。

こだまホスピタルの佐藤宗一郎氏は、「大規模災害後ほとんどの医療機関が機能を失う中、被災を免れた医療機関には患者が殺到する。その中で、限られた医療資源をどのように有効利用するかは逼迫した課題である」と述べており、いずみの杜診療所の山崎氏は、直接被災を免れた施設においても、職員の25%が自宅損壊、公共交通機関の麻痺、家族の捜索などのために出勤不能であったと述べており、仙台楽生園の佐々木薫氏は、「職員の通勤に大きな支障をきたし、徒歩や自転車で数時間かけて出勤する職員もありましたし、帰れずに泊り込みで介護を行ったり、子連れ・家族連れで勤務する職員もいたりするなど、3月末には相当疲弊しておりました」と述べている。さらに佐々木氏は、「疲弊した職員や定員増に伴う人材不足で、ケアの質が担保できるかと言うことです。介護ボランティアを投入することで、利用者と職員が多少でも元気と活力を取り戻せるように、居住環境は不十分な中でもゆとりを待って被災高齢者をケアする必要性を訴え続けています」と述べ、「被災施設でも受け入れやすい、派遣施設でも行きやすいシステムの構築」の必要性を訴えている（ボランティアの介護職員派遣を円滑にするための方策については、佐々木薫氏の報告を参照）。

気仙沼市保健福祉部高齢介護課保健師の熊谷悦子氏は、「避難所・仮設住宅等において全国から医療・福祉・看護・介護・ボランティアやNPO・NGO等様々な方からの支援を頂いた。二次避難所では認知症の方や高齢者の方々は慣れない環境で身体を縮め、心も閉ざし生活していた状況があった。その中で理学療法士・作業療法士・認知症ケア専門士の方の支援は避難者のみならず支援従事者にも安心感をもたらして頂いた。また、生活不活病予防に効果をあげて頂いた。早期からこのような専門職の方に多くの方に介入して頂く事により、新規の介護認定申請者減少が期待できるのではないかと考えている。現行の災害救助法では理学療法士等派遣は適用にならないと聞いている。今後の災害に備え、様々な職種の方を対象とするよう検討が必要と考えている」と述べ、認知症のケアに関わる多職種が全国規模で派遣できるような体制整備の必要性を強調している。

13) 地域包括支援センターおよび居宅サービス事業所は、地域に暮らす高齢者の安否確認、在宅および避難所の高齢者の生活状況の把握、訪問による多様な支援提供に対応した。

気仙沼市地域包括支援センターの熊谷悦子氏は、「一般避難所では生活困難な方や濃密な介護・関わりが必要な方を対象に福祉避難所を開所した。通信網の復旧に伴い、各避難所より避難者の情報を収集し、一般避難所では生活困難とされた40人については状況把握を地域包括支援センターが実施。そのうち12人の方に認知症状が見られた」と述べている。仙台市宮城野ヘルパーステーションの沓澤まり子氏、若林ヘルパーステーションの高橋順子氏も、震災直後から、地域レベルで実践されてきた、安否確認、アウトリーチによる多様な支援活動が報告されており、災害時におけるヘルパーステーションや居宅サービス事業所の機動力の高さを証明している。

仙台市健康福祉局保険高齢部介護予防推進室担当者は「2011年3月11日に発生した東日本大震災は、津波の被害があった地域はもとより、内陸部においてもライフラインの停止、各種介護保険サービスの停止、物資・燃料不足等が発生していた。各地域包括支援センターは震災直後より、①要援護者の安否確認や避難所への移動支援、②在宅高齢者への食糧配布、③医療機関への受診支援、④避難所における高齢者の状況把握や健康相談等を行った。特に要援護者の安否確認や在宅高齢者への食糧配布にあたっては、日頃の地域関係者等とのネットワークを活かし、関係者と情報を突き合わせながら支援を行った」と述べている。

14) 平時から構築されている“顔の見える”連携が、災害時の情報共有と認知症支援に効果を発揮した。

仙台市では、認知症対策推進会議が核となって、震災時にも情報交換会を開催することができた。気仙沼保健福祉事務所の前田知恵子氏によれば、気仙沼市においても、「各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネージャー協会気仙沼支部主導で設けられた」と述べている。そして、「各事業所の被害状況や稼働状況、連絡先などが分かったことで、被災していない事業所のサービスにすぐに切り替えたり、代替サービスに繋げたりなど、事業所同士がカバーし合う体制を少しでも作ることができた」「緊急時こそ情報がカギになるが、いち早く事業所の情報交換の場が設けられた意義は大きかったと思われる。日頃から関係者間の連携を密にしておくことで、緊急時にも大きな力が発揮されることを実感した」と述べている。

仙台市健康福祉局保険高齢部介護予防推進室担当者は「地域包括支援センターが築いてきた地域住民や関係機関とのネットワークを活用することで、認知症に関する取組みを効果的に実施することができ、また一方で、認知症対策に取り組むことで構築・強化されたネットワークが、通常業務や災害時対応に活かされた」と述べ、具体例として、「①認知症地域資源マップ等作成事業に取り組んでいた遠見塚地域包括支援センターにおいては、マップ協力店舗から高齢者のためにと水や食糧などの提供をいただき、高齢者に提供することができた。また、事業参加メンバーとの関係を活かし、商店や介護

保険サービス事業所の再開情報等について情報交換し、地域の高齢者に必要な情報を伝えることができた。②積極的に担当圏域包括ケア会議を開催していた双葉ヶ丘地域包括支援センターにおいては、ケア会議参加者の発案により、センターを中心に町内会長、民生委員、地区社会福祉協議会等が集まり、要援護者についての情報共有や役割分担をしながら効果的に対応を行うことができた」をあげている。

15) 認知症についての普及啓発が、災害時の認知症支援においても効果を発揮した。

仙台市の認知症対策推進会議では、認知症サポーター養成講座を受講した中学校において、震災時には生徒が高齢者や障害者を支えるとともに、民生委員とともに高齢者宅を訪問する活動を継続したという報告がなされた。気仙沼保健福祉事務所保健師の前田知恵子氏は、「被災直後から、避難所では、認知症の人が慣れない環境や不安から行動・心理症状（BPSD）が強くなり、その様子を見て周囲の人の誤解や偏見が強まり、本人や家族との精神的な溝が深くなるという事態があちこちで起こっていた。そのため避難所では過ごせず、1階が壊れた状態の自宅に無理矢理戻ったり、車で寝泊まりするなど、結果的に避難所から追いやられてしまった方も多かった。一方、認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守ってくれたり、近隣の人が集まった避難所では以前からの本人と家族を支える輪がそのまま継続されることもあった。地域に認知症を理解して支えられる人達がいることによって、災害時にも認知症の人と家族を支える力を発揮できることが実証されたと思う」と述べている。

認知症高齢者グループホーム村伝の熊谷光二氏は、「今回の震災による認知症介護の影響について、私が感じたことは、在宅介護の担い手でもある介護員が認知症に関する知識を十分に理解していなければ、本人本位の支援を提供することが出来ず、認知症高齢者の意欲を削いでしまう結果となり、行動心理症状を誘発する介護を行うなど、在宅介護から施設介護への流れを早める結果となっている」と述べ、介護者の認知症研修の必要性を訴えている。

16) 高齢者の孤立、うつ病、自殺のリスクが高まっている。

仮設住宅に入居した高齢者など、新たな地域で暮らす数多くの高齢者が、震災に伴うさまざまな喪失体験とともに、「気軽に相談できる人がいない」「以前受けていたサービスが受けられない」「必要な情報を得られない」などの孤立の危機に直面している。高齢者のうつ病や自殺のリスクを高めている可能性がある。

4. 災害時の認知症の医療とケアの課題（要約）

- 1) 認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団として、その対応策を地域の防災計画に含める。ここには、災害時の避難計画、移送

方法、移送の障害を最小限にする方策の検討、移送先とする医療施設・介護施設の広域ネットワーク構築等が含まれる。認知機能や感覚機能に障害がある人には、指示や緊急時通報が認識できるような工夫も必要である。

- 2) 災害時情報共有機関として機能することを念頭において、認知症対策推進会議、医療・介護連携協議会、担当圏域包括ケア会議等の“顔の見える”連携システムづくりを平時から推進する。
- 3) 災害時認知症支援の担い手になることを念頭において、地域住民に対する認知症の普及啓発（認知症サポーター養成講座など）を平時から推進する。
- 4) 環境変化によって生じる認知症の顕在化と増悪、BPSD の出現、身体状態の悪化の予防・緊急対応のために、リロケーションダメージを最小限にする工夫、一般病院および精神科病院における認知症医療と身体合併症医療の強化、かかりつけ医の認知症対応力の向上、在宅医療の強化、医療・介護職員の認知症対応力の向上、施設間同士の連携体制の構築、虐待リスクに留意した家族介護者支援を実施する。
- 5) 地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの拠点業務として、①要援護高齢者の安否確認、②避難所への移送支援、③医療機関受診支援、④健康相談、⑤介護サービス調整、⑥支援物資配布等を体系化し、それが平時の通常業務の連続線上に位置づけられるようにしておく。
- 6) 災害時の迅速な救援活動とその後の継続的なケアを確保するために、①居宅サービス事業所における災害時対応（安否確認、アウトリーチ等）、②施設サービス事業所における災害時対応（福祉避難所の指定、ボランティア派遣・受け入れ体制の整備、家族への連絡手段等）を体系化するとともに、③専門職・支援者・ボランティアに対する研修会を開催する。
- 7) 地域の介護力強化をめざしたインフラの整備は喫緊の課題である。
- 8) 仮設住宅等に暮らす高齢者を中長期的に支援するために、社会的孤立・うつ病・自殺の予防を視野にいたした地域づくりを推進する。
- 9) 関連する組織団体において、認知症の医療とケアに関わる多職種（医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、認知症ケア専門士等）が、圏域を超えて、被災地に円滑に派遣することができるような全国規模の組織づくりを進める。

参考文献

- 1) 深津亮，内田貴光：東日本大震災とは。破局の淵から希望へ。老年精神医学雑誌 23： 143-149, 2012
- 2) 高橋智：岩手県の被災状況とその対応。高齢認知症者のケアを中心に。老年精神医学雑誌 23： 150-154, 2012
- 3) 大塚耕太郎，酒井明夫：岩手県の被災状況とその対応。高齢者のこころのケアを中心に。老年精神医学雑誌 23： 155-164, 2012

- 4) 宮城県の被災状況とその対応. 佐藤宗一郎, 樹神學
- 5) 山崎英樹: 宮城県の被災状況とその対応. 仙台市を中心に. 老年精神医学雑誌 23: 169-172, 2012
- 6) 小林直人, 丹羽真一: 福島県の被災状況とその対応. 老年精神医学雑誌 23: 173-177, 2012
- 7) 田子久夫, 菅野智美, 天羽正志, 金子義宏, 本田教一: 福島県の被災状況とその対応. 被災病院の現場から. 老年精神医学雑誌 23: 178-180, 2012
- 8) 矢田部裕介, 藤瀬昇, 池田学: 災害派遣・医療支援レポート. 宮城県南三陸町からのレポート. 老年精神医学雑誌 23: 181-184, 2012
- 9) 内田貴光, 深津亮: 災害派遣・医療支援レポート. 宮城県気仙沼市からのレポート. 老年精神医学雑誌 23: 185-190, 2012
- 10) 川勝忍: 被災者の受け入れ支援活動. 山形市からのレポート. 老年精神医学雑誌 23: 191-194, 2012
- 11) 加藤伸司, 阿部哲也, 矢吹知之, 吉川悠貴: 被災者支援活動. ケアスタッフの活動レポート. 老年精神医学雑誌 23: 195-198, 2012
- 12) 一瀬邦弘, 佐々木康弘, 山本麻衣子, 土衣大祐, 板垣昭子, 上水流知代, 鈴木孝男, 伊藤健一, 佐藤さゆり, 高橋省一: 大震災避難生活者にみられる精神医学的諸問題. 被災入院患者のグループ・ミーティング (フクシマ双葉会) の活動; 中間報告. 老年精神医学雑誌 23: 199-203, 2012

第2章

仙台市における「震災後の認知症の医療とケアについての情報交換会」

東京都健康長寿医療センター研究所

仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター

栗田 主 一

宮城県仙台市では、認知症の医療・介護関係者が、震災後の認知症の医療とケアの現状（「現在の課題」「求められる支援」「現在行っている活動」「今後の課題」）について情報を共有するために、仙台市認知症対策推進会議のメンバーを核にして情報交換会を行った。本会において聴取された関係者の報告内容の要点を記述（メモ）したので、ここに議事録資料として報告する。

1. 日時，場所，出席者

(1) 第1回情報交換会

日時：平成23年5月23日

場所：仙台市役所本庁舎6会第2会議室

出席者：栗田主一，沓澤まり子，蓬田隆子，佐々木薫，小湊純一，関東澄子，阿部哲也，山崎英樹

(2) 第2回情報交換会

日時：平成23年6月27日

出席者：栗田主一，沓澤まり子，高橋順子，渡邊美智子，蓬田隆子，佐々木薫，関東澄子，山崎英樹，三浦伸義

2. 関係者の報告内容

1) 地域包括支援センター関係者

- 震災後に地域包括支援センターの相談が急増した。
 - 区役所から「〇〇さんに避難所に行くように勧めて」
 - マンションの管理人から「認知症の症状が出ている人がいるので施設を探して」「食べ物の準備ができなくて困っている人がいる。助けてあげて」
 - 知人という人から「本人の家に行っても見当たらない，避難所にいるか探してほしい」
 - 避難所から「自宅では普通の生活ができたいたそうだが，避難所では夜

中に徘徊するので困っている」

- 家族から「震災後、夜眠らなくなり、徘徊するようになった。ショートステイできるところか、施設を探して欲しい」「親子で避難所にいるが、避難所に来てから認知症になった。徘徊で落ち着かず、家族が目を離した隙にスリッパのまま出て行ってしまう」
 - 病院から「退院させたい、施設をさがして」
 - 本人から「もの忘れが多い上に、いつも揺れている感じで不安で眠れない」
 - 住所不明の人を突然頼まれ、結局住所がわからず、最終的に福祉避難所をお願いした。
- 県内の地域包括がさまざまな相談に対応している。
 - 地域包括への相談が急増、対応も長期化し、一つの地域包括にケアマネを2人ずつ配置しないと対応できない。
 - 今までしっかりしていた人が、震災後、不安状態に陥り、避難所でも自宅でも自分の居場所がわからなくなった。
 - 避難所に一人でいた認知症の方は周囲の方が徘徊などに対応していたが、家族で来た人は他人に迷惑がかからないようにと必死だった。
 - 避難所では次第に周囲も疲れて精神的余裕がなくなり、認知症の人を排除する雰囲気が出てきた。
 - 家族が津波で流され、たった一人残された認知症の人は義捐金を受け取ることもできない。
 - 住み慣れたところであれば何とか独居可能であった人が、生活環境が変わって一人で生活できなくなった。
 - 地震のショックや避難所生活の中で急に歩くことができなくなった人、オムツをしなければならなくなった人がいた。
 - 自宅が住めなくなり、家族に引き取られたが、帰宅願望が強まり、徘徊して警察に保護された。
 - ショートステイの受け入れも、病院の受け入れも厳しい。二次災害が起こる危険がある。
 - かかりつけ医と連絡がとれなくなった人がいる。
 - まもり一歩が機能していないため、金銭的な代理行為が実施できない（県内のボランティア活動やマッチングなどで人手がとられている）。
 - 3か月たった今、家族かなり疲れている。家族支援が必要。
 - 避難所に来たことで、自分の居場所がわからなくなる人がいた。
 - 自宅が危険な状態のために住まいが変わった人の症状の悪化はひどかった。

2) 介護保険施設関係者

- 緊急避難の意味が認知症の人には認識できず，入所者を避難させるのにたいへん手間取った。入所者を守り切れなかったことの思いで罪悪感に苛まれているスタッフもいる。
- 震災直後から福祉避難所として機能，定員オーバーの状態が続いている。
- 職員も被災した上に，交通機関も寸断されていて出勤できない。介護スタッフが著しく不足している。
- 避難所からはじき出された認知症の人が緊急入所しているが，人手不足などのため十分なケアは受けられない。
- 1ヶ月を過ぎたあたりから，介護職員の疲弊も目立つ。今後離職者が増えるのではないか。
- いつまでも緊急入所の状態では十分なケアが受けられない。
- 退所の可能性を個別的にあたっていく必要がある。
- 入所者の便秘の問題がある。
- 職員のメンタルヘルスについてアンケート調査をしたところ，入所している認知症の人に対するネガティブな意識が高まっており，職員のメンタルヘルスの低下が窺われた。
- 震災後，早期に提携法人や民間のボランティアが支援にきてくれたので，福祉避難所として緊急対応することができた。現在，介護ボランティアのマッチングの仕事もしている。

3) 在宅サービス事業所関係者

<宮城野ヘルパーステーション>

- それぞれの事業所が，自主的に安否確認を行い，情報の共有に努め，水と食料の調達，部屋の片づけ，在宅酸素用の酸素ボンベの確保，医療機関や薬局からの薬の調達，福祉用具の代替品の確保など，出来る所が自分たちの出来る範囲での支援を行った。
- デイサービスの利用が出来ない間は，毎日のヘルパー訪問に切り替えるなどして不安を取り除く工夫をした。
- 3月14日の時点で，2割程度の利用者が，家族や身内に引き取られていることが確認できた。

<若林ヘルパーステーション>

- 地震後は認定がついている方の安否確認を行った。ショートステイ利用中の人は同じ環境で過ごすことができた。デイサービス利用中の人は何度も繰り返し見に行った。認知症の症状がひどい人は避難所には行けなかった。家族もそのように言っていた。ADの症状のひどい人やFTLDの人はNTT病院のロビーに

避難して過ごした。車椅子のレンタルもしてもらった。それだけでほっとした。とてもありがたかった。自宅で過ごした人の中には一人暮らしの人もいた。家族がいち早くきて、そこに留まっている人もいた。身寄りのない人もいた。ライフラインが遮断されたことで、入浴もできなかった。介護認定を受けていることで、いろいろな支援者がいた。

4) 民生員・福祉委員

- 一人暮らしの人を支えていた民生委員の人の負担は大きかった。
- 地域の福祉委員の中には、認知症の勉強をしたいなあという人もでてきた。

5) 医療関係者

- 震災後 BPSD が悪化して多くの認知症患者の入院要請があった。しかし、病床確保は困難。入院後も、帰る家がなかったり、介護する家族がいなかったりで、退院先が確保できない。
- 震災後に認知症の人を可能な限り受け入れたが、退院先がない。長期療養できる病院の受け入れは困難になっており、新たな患者を入院させることが難しくなっている。
- 経営的にも厳しい状況である。

3. 求められていること・課題についての意見

- 被災したグループホームを復活させるための支援、たとえばグループホーム型仮設住宅が必要。
- 緊急にケアをコーディネートできる窓口の設置が必要。
- GH にサロンを設けることが必要。
- 支援物資のマッチングはこれからも必要（次の余震の準備のために）
- ニーズのある被災高齢者と対応できる介護・医療施設のマッチングが必要
- 介護ボランティアのマッチングが必要（それぞれの組織・団体で行われている）
- 事業者・職員・被災者の実態調査が必要

例 1：施設は定員 150%以上、職員のメンタルヘルス・倫理意識が低下するリスクあり

例 2：宅老所は事業者だけで頑張ろうとする。横のネットワークが必要

- 仮設入所にあたって、日常生活支援が必要な被災高齢者のニーズ調査が必要
- こうした経験を記録として残しておく作業が必要（風化させないように）
- 入院患者の退院先となる施設や住まいの整備が必要
- 家族支援が必要

第3章

岩手県の被災状況とその対応—高齢認知症者のケアを中心に—

岩手医科大学 神経内科・老年科 高橋 智

要約：岩手では、ポスト DMAT の県内全域の震災医療支援のため、いわて震災医療支援ネットワークを立ち上げた。

- ・発災当初、認知症者の一部には、津波のショック、環境の変化で徘徊がみられた例が見られ、重症者は定員をオーバーして、施設に入所したが、快適な介護を受けた。
- ・避難所では、家族の升の大きさ、地域の結いが軽症認知症者を救ってくれた。むしろ、仮設住宅入居後の生活再建が重要な課題となる。
- ・被災地では、高血圧、脂質代謝異常、凝固系亢進の頻度が高く、認知症など、それらを危険因子とする疾患発症の疫学的調査が必要である。

1. はじめに

3月11日金曜日午後は、認知症疾患医療センターで認知症外来を行っていた。経験したことのない強く長い揺れを感じ、附属病院の医療安全推進室長を兼務していたので、病棟で地震に関わる大きな問題がなかったという報告を受け、さらに、余震に備えて、各科の外来患者、家族を会計なしで帰宅させる措置をとった。

その後、大学病院は停電となり、自家発電となった。一時は、自己発電のための重油が底をつき、残り2時間で人工呼吸器が停止するという切迫した状況となったが、ぎりぎり重油の供給が間に合った。

翌日、盛岡市内の基幹病院の院長である岩手県立病院、盛岡赤十字病院の院長、副院長に連絡を取り、人工呼吸器や透析の使用現状および今後の他院からの受け入れ可能状況を確認し、盛岡医療圏市内のネットワークづくりを行った。

内陸部でこのような対応を行っている間、沿岸部は未曾有の津波に襲われていた。医療機関では職員が結集し、より高い屋上、高台に患者を誘導し、破壊された医療施設の一角を利用して、あるいは避難所を利用して医療が始まっていった。

2. 岩手における東日本大震災発災直後の震災医療対応

震災発生当初、岩手県には、全国から約120チーム600人のDMAT（厚労省所管）が岩手県に入り、1週間までで、約180名の航空搬送、750名の陸路搬送を対応した。その後、メンバーは、一斉に帰途につき、ひき続いて、全国の医療チームが三々五々、入ってきた。岩手県では、それを受け、ポスト DMAT としてのネットワークを立ち上

げた。

いわて震災医療支援ネットワークは、県内の震災医療に関わるすべての団体が岩手県庁災害対策本部に集結し、被災地における適正な医療の提供と DMAT 撤退後の支援チームの適切な受け入れや配置を行うことを主眼に仮設診療所体制の整備をおおよそそのゴールとして、3月19日に、DMAT から引き継いで発足した。岩手県職員や県立病院医師、日赤、国立病院機構、岩手県医師会、歯科医師会、保健師、看護師、薬剤師、そして、警察、自衛隊と震災医療に関わる全てのスタッフが集まり、毎日、朝夕の定例会議を行い、その日、その日の課題を共有し、対策を講じていった。

岩手では、全国から支援いただく医療チームについて、ライセンス制をとった。すなわち、支援いただく医療チームに対して、2週間以上継続して対応いただけること、食事、ガソリン、寝床までを自己完結していただけること、冬用タイヤを装備していること、医療チームの危機管理ができること、衛星携帯電話を持ち、ネットワークとの連携が可能なこと、地元の医療者と連携ができること、医療チーム間、チーム内で争い事を起こさないことを提示し、それらの条件をクリアしたチームに、ライセンス証を配布し、地元の医療資源を踏まえて、担当の避難所や役割を指定した。ライセンス証を提示したチームは、全国から支援された医薬品などを納めた各地域の薬剤拠点から、必要に応じて自由に医薬品が調達できるシステムとした。

3. 東北3県における高齢者、避難弱者の被災状況

警察庁の発表によると、被害の大きかった岩手、宮城、福島三県の犠牲者で、発災1か月後までに年齢が判明した11,108人中、60歳以上の死者は計7241人(65.2%)に上った。三県の人口に占める60歳以上の割合(31.7%)と比べると、高齢者の死者は2倍以上と多く、死因のほとんどは溺死であり、逃げ遅れ、津波にのまれて死亡したとみられる。

未だ、認知症患者における正確な集計は発表されていないが、津波被災地域に居住していた重篤な認知症患者においても、施設入所者、在宅患者ともに多くの犠牲者が出たと考えられる。岩手県沿岸部の老人福祉施設では、寝たきりや車椅子利用者、そして、認知症患者など、多くの「災害弱者」が犠牲となった。さらには、住民の高齢化が進んだ三陸地域では、町内会等の自主防災組織で、点呼を行ってから集団避難することがルール化されていた地域で、高齢者の逃げ遅れがないよう点呼にあたった区長や町内会長が津波に巻き込まれて犠牲になるケースも多かった。

4. 発災初期における認知症の人の状況と対応

岩手では、難を逃れた認知症患者のうち、重症者は施設に入所した例が多かった。一

時は、定員の2倍、3倍の患者を受け入れた施設もあったが、ケアスタッフの懸命の介護で、患者の笑顔を絶やさずに介護できていたように見受けられた。他方、避難所の一角に高齢者室を作って、虚弱な高齢者や認知症患者への対応を行った避難所もあった。このような避難所ではスタッフやボランティアの懸命の努力で、対応していたが、スタッフの経験や医療器具、介護用品の装備を考えると、重症者は、定員面で多少無理しても施設入所を図った方が余裕ある介護ができていたように思う。岩手では震災前に福祉避難所を事前していた市町村は少なかった。しかし、他県からの協力でスムーズに福祉避難所を運営できた施設もあり、陸前高田市福祉避難所「生出(おいで)炭の家託老所」は福井県勝山市の全面支援で、同市の職員と介護職員が、スタッフとしてサポートして福祉避難所を運営した。また、患者搬送の拠点となった花巻空港周辺の花巻温泉にも福祉避難所が立ち上がり、空路、陸路の搬送に役立った。そして、何よりも、譲り合いで、高齢者、弱者は優遇されていた。

施設入所できず、避難所に退避した認知症患者では、避難直後に徘徊がみられた例があった。自宅から避難所へと環境が変わり、被災による恐怖や不安感、また、介護者との離別なども重なり、夕方になると、避難所を出て外に徘徊しようとする患者が目立った。また、ある認知症者は、徘徊が出現したため、家族から、「出て歩くとまた、津波が来るよ」といわれ、その後から、光るものを見ると水が来る、津波が来ると言って怖がるという特徴的なBPSDがみられた。発災初期に、震災によるストレスや避難所入所に伴う環境変化に伴うBPSDがみられた場合には、早いうちに被災地を離れ、内陸などに移った人が多かった。

このような問題は散発していたが、今回、県内の被災地の避難所を回って感じたことは、“ます”と“ゆい”の尊さである。“ます”とは、人間社会の生活単位の大きさの升である。“ゆい”は、ボランティアとは異なり、地域がお互いに助け合おうという阿吽の契約である。被災した三陸沿岸部は、地域社会のつながりが強く、三世同居の複合家族も多い。家族の升、地域の升が大きい。避難所でも、仮設住宅に移っても、認知症を含めた避難弱者を大きな升が支えてくれた。そして、結いが『隣のじいちゃん』、『近所のばあちゃん』を救ってくれた。ある避難所では、それまで、ひきこもりであった高齢者が、避難所入所をきっかけに皆に声を掛けられ、大勢での食事、久しぶりの入浴を経て、元気になって、仮設住宅に移っていった例もある。

5. 被災後ハイリスク者のための緊急避難所検診

いわて震災医療支援ネットワークでは、被災地における食生活の制限、運動不足による生活習慣病ハイリスクの状態や凝固亢進状態の調査と疾患予防のため、ネットワーク開始4日目の3月22日から、避難所を回り、避難所避難者、自宅避難者を対象に、問診、血圧測定に加えて、血液凝固機能やHbA1c採血を含めた検診事業を行った。避難

所における高血圧者の頻度は高く、これまで高血圧を指摘されていなかった健常者でも46%、これまで高血圧を指摘され、内服治療中であった患者では74%がI度高血圧以上であり、この状況は、発災3か月にわたって続いた。

一方、凝固系の亢進を示すD-Dimer異常は、自宅避難者では30%、避難所避難者で45%に異常を認め、狭い空間に避難し、運動不足が予測される避難所避難者で著しかった。D-Dimer異常は、発災後1か月から3か月にかけて改善していった。避難者では、カップヌードルや菓子パン中心の食生活を反映し、高コレステロール血症、高LDLコレステロール血症の頻度も高く、コレステロール値、LDLコレステロール値は、避難期間が延びるにつれて少しずつ上昇していった。

高血圧、高脂血症は、アルツハイマー病、血管性認知症、両者の危険因子であることが知られており、震災による精神的なストレスとともに、今回の検診で明らかになった避難者の身体ストレスへの暴露が、将来的に、心・脳血管障害、認知症をはじめとする高齢者の精神疾患の発症にどのように関わるか、疫学的に検討していく必要がある。岩手では、今後、国とともに被災市町村を中心とした前向きな疫学研究が行われていく予定である。

6. 避難所のアセスメント

岩手県内では、350か所もの避難所が開設された。開設早期から、環境に恵まれ、幼児室や高齢者室など、さまざまな機能をもつ部屋に分けて整備し、衛星電話を用いた情報通信も整った避難所がある一方で、辛うじて屋根があり、雨風は防げるが、固い床にみんながごろ寝、室温のコントロールのままならない避難所もあった。しかし、避難所での自治の展開や、避難所者が避難所での業務に関わる積極性は必ずしもその環境とは平行せず、開設時の環境が不良な避難所でも、自治体組織を運営し、炊事、掃除など、様々な業務を自ら割り振り、食生活をはじめ、充実した避難所生活を営む恵まれた避難所となった。一方で、当初、環境に恵まれた避難所でも、避難所の自治がうまく立ち上がらず、時間が経過しても環境は改善せず、避難者はごろごろしてほとんど業務を行わず、炊事はすべて自衛隊任せになっていく避難所もあった。このような避難所では、避難者間のコミュニケーションも不良で、お互い戦々恐々としている避難所もあった。

そこで、発災一か月後の時点で避難者数が100名を超える52か所の避難所について、避難所の自治および避難者の業務と、①リーダーの有無およびその属性、②避難所スペースが体育館型か教室型か、あるいは混合型か、③避難者の年齢構成、④室温や避難者密度、換気、パーティション、トイレなどの避難所環境、⑤電気、水道、食糧供給、電話回線などのライフラインの整備、⑥各避難所でボランティアが担っている業務との関連を検討した。その結果、避難者数が少ない、自治会代表がリーダーを務めている、避難所が体育館型&教室型の混合ではない、子供比率が高い、物資が整っていないなど

の条件が、避難所の自治、避難者の業務、避難者の業務の促進に関わる要素であることが判明した。これらの条件は、今回被災した岩手県沿岸部の多くの避難所では、一部の町場の避難所を除いては、その条件を満たし、実際に地元のリーダーを中心に避難所の自治が進んでいた。このような避難所では、認知症の人を初め、避難弱者は尊重されていた。

一方で、避難所の自治が進展するための条件は、人口が増え、地域の結びつきがなくなり、住居が多様化し、子供は減って、物資は豊かになった今の日本、特に都会では失われていることばかりあり、今後、大都会で同様の事態が起きた時に、そして、さらに認知症の人が増加される将来において、避難所がどのように運営されるか、危惧される場所である。

7. 認知症を含めた避難弱者の仮設住宅への入居

お盆に向けて、避難所は収束に向かい、仮設住宅への転居が進んだ。本来であれば、高齢者施設や仮設住宅の建設に際しては、高齢者、認知症患者をはじめとする避難弱者に対する十分な防災対策、そして、日常生活におけるコミュニケーションを担保する対策が講じられる必要があった。たとえば、ハード面では、高齢者施設の高台への建設やバリアフリーの避難路の確保などが検討されるべきであろう。そして、高齢者における認知症の進行を予防し、地域のコミュニケーションを維持し、世帯ごとの共助を推進するためには、「仮設市街地」の概念 (<http://www.gakugei-pub.jp/higasi/04kase.htm>) が重要である。

しかし、今回の震災では、被災地がリアス式海岸であるため、十分な仮設住宅建設用地を確保することはできなかった。仮設住宅に入居する高齢者の中には、これまで、家族に見守られてなんとか暮らしていたが、介護していた家族と離散した高齢者や、何とか二人暮らしをしていたが、長期間の避難所生活で廃用が進み、日常生活の自立ができなくなった高齢者夫婦なども含まれる。そのような高齢者について、仮設住宅入所に伴うニーズを把握し、支援を行うために、Lawton ら¹⁾の IADL 評価を一部抽出改変して、世帯としての IADL の調査票を作成し、仮設住宅転居前のアセスメントに対応した。しかし、実際に仮設住宅入居が始まると、経済的な負担のため買い物に行けない、障害者は仮設住宅の砂利道を歩けない、洗濯を干す場所がない、経済的負担がかかるため、抽選で当たっても移ることができない、独居、高齢者世帯の緊急通報システムを検討してほしい、経済的理由に加えてアクセスが悪くなったため、避難所入所時よりも、医療機関を受診しにくくなったなど多くの問題が明らかとなり、仮設住宅は決してゴールではなく、スタートであることが明確となった。

8. おわりに

東日本大震災における岩手県の現状、高齢者・認知症の人のケアを含めた避難弱者の対応を振り返った。今回の震災で感じたことは、たとえ、想定外の震災でも、自衛隊、発災時の DMAT、保健師 など、訓練された公助の助けが、じきに手を差しのべてくれる。自助に頼るのが難しい高齢化社会の今、地域で重要なことは、共助の力を増すことであり、決して、震災対策としてだけではなく、人のつながりの希薄化、独居問題など、眼の前にある社会の問題点に対して、着実に対応していくことが重要である。

文献

- 1) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people : Self - Maintaining and instrumental activities of daily living . Gerontologist 1969 Autumn;9(3):179-186

第4章

東日本大震災被災後の認知症医療・ケアの現状と課題

地震と津波，原子力発電所事故による複合災害下での認知症対応

ー福島県いわき市での経験ー

磐城済世会舞子浜病院 田子 久夫

1. 前書き

今回の大震災はその規模が巨大であり，異例づくめのできごとが連続した『事件』でもあった。通常みられる，ある程度限定された地域・内容での被害とは本質的に異なっていたからである。被災地は東北関東の東側沿岸を中心に，南北 500 キロメートル以上の範囲にも及び，近接する内陸部も含めば本州の東半分の地域にも拡大していた。被害内容は，すさまじい地震の揺れで建物や道路，線路などの損壊，地盤の液状化による被害も見られた。続いて発生した大津波では，死者が一万を超え戦後では最多となり，さらに原子力発電所（以後「原発」）の事故も発生し，複数の市町村で大規模移住を強いられている。

我々の居住する福島県いわき市は太平洋沿岸部にあり，地震や津波の被害はもとより，事故を起こした原発にも近いことから飛散した放射能の影響も大きなものであった。被災者の多くは，自然の脅威からだけではない被害意識や絶望感が混じる複雑な心理状態に陥り，しばしば情緒障害に陥り，急性ストレス障害やうつ病などのストレス関連の精神疾患で受診する場合もある。

地震国日本でも未体験ともいえる規模と中身のものであり，時とともに状況も変遷している。被災地のみならず日本全体が重い荷を背負わされたともいえる。行政機関に機敏な対応を求めても，前例がほとんどないため対策の的を絞るのが難しく，後手になりがちである。長期展望のもとで，実状に応じた柔軟性のある判断が必要となっている。

このような状況下では，災害弱者ともいわれる高齢者や子供達への影響はさらに大きくなることは容易に想像できる。とくに東北地方の被災地では高齢化率も高く，他の援助を必要とする認知症の人々には震災の影響が顕著であった。

ここでは，筆者の勤務地である福島県いわき市における認知症患者の避難の実際について代表的なふたつの例をあげ，さらに所属する病院での経験をまとめてみた。

2. 被災時の認知症

震災直後から認知症の高齢者は否応でも苦勞を強いられこととなった。身辺管理が不自由であり，家族などの介護者に身を委ねているのに，災害時はそれらの人々も被災者となったからである。子供がいる介護者にとってはなおさらであり，介護を仕事としている場合でも放棄せざるを得ないこともあった。施設の場合は，物資が届かずライフラインも遮断されて，手の打ちようがなくなったところも多い。生存可能な地域への避難

に追い込まれ、それでも搬送手段や受け皿となる施設がなければ、個人や一団体ではどうしようもなくなる。自治体などの公的な支援が頼りとなるが、災害の規模が大きすぎるために十分な手が届くはずもなく、職員の個人的なつながりやボランティアの援助だけが頼りという場合もあった。

このような状況下で、追い打ちをかけるように原発事故が発生した。不安と恐怖が入り交じった大混乱の状態となり、避難の過程で寝たきりのお年寄りなどに複数の犠牲者も出ている。その中で、知恵を絞り、問題解決に立ち向かった事例の報告もいくつか伝えられている。ここではふたつの代表的な事例をあげてみる。

ひとつは、家庭や一般避難所で手の打ちようがなくなった高齢者や認知症の受け入れのために、臨時の福祉避難所を開設して乗り切ったケースである。もうひとつは、民間の介護施設が他県の医療機関や宿泊施設との連携を利用して避難を成し遂げたケースである。

A. 臨時の福祉避難所を設けて乗り切った事例

震災後、家屋の被災や病院・施設の閉鎖、物流の停滞で介護や医療が受けられなくなった高齢者が増加した。数多くの相談がいわき市の保健福祉センターや各地区の包括支援センターに持ちかけられる。家族からは「津波で介護用品や薬が流された」、「(被災した)病院や施設から帰宅したが介護用品がない」、地域の民生児童委員や区長などからは「水や食料がない、(高齢のために)配給をうけに行けない人がいる」、近くの避難所からは「認知症避難者の徘徊や不穏、排泄の問題で困っている」、医療機関からは「介護者が入院し、残された寝たきりの高齢者が放置されている」などの訴えが寄せられ、いずれも深刻な状況であった。一部の要介護者が自宅や一般避難所で介護難民となっている実態が浮き彫りとなり、背後には、一時閉鎖となった施設や病院から自宅に戻った介護者の受け入れ先がないこと、サービスが休業となり訪問看護や通所介護が受けられなくなったこと、避難先で新たに行動心理症状が出現し対応が困難となったこと、などの原因が見出された。

これらの要介護者は、被災によって介護援助が受けられなくなっており、一時的にでも環境の整備された場所での介護を要していた。事態は混乱のさなかでもあり、被災した既存の施設は利用の限界があり、臨時の福祉避難所開設の必要性が生じたのである。

3月15日、事態を重視した保健福祉センターから社会福祉協議会本部へ介護スタッフ協力の要請と必要物品の申請が行われる。両者の協議で、範囲の広い内郷・好間・三和地域包括支援センターに、新規の避難所の開設と運営ならびに入所者のマネジメント全般を依頼することになった。

3月16日には保健福祉センター職員と社会福祉協議会職員16名が集まり、開設の打ち合わせが開始される。このなかで避難所の利用対象者については、自宅に取り残された障害者や要介護者、一般の避難所になじめない認知症や障害者を中心とすることなどが取り決められた。場所は病院や保健福祉センターなどの保健医療機関が近くにあり、

交通の便のよさや水道が使えるなどの好条件がそろそろ、いわき市内内郷地区のコミュニティセンター避難所に決定した。

3月17日に福祉避難所として施設開所にこぎつける。参加者は介護支援専門員、社会福祉協議会職員、病院勤務看護師、老人保健施設職員、専門学校学生、一般市民、看護師資格保持者、大学准教授、支所職員、地区保健福祉センター職員、地域包括職員など多岐にわたり、ほとんど全てがボランティアであり、総勢264名に達した。支援内容は、避難者達の見守りと話し相手を兼ねて、健康チェック、服薬管理、毎食時の食事介助、オムツ交換、トイレ誘導、DMATなどの巡回医療チームへの対応などが行われた。期間は平成23年3月17日から5月31日までの77日間、約2ヶ月半で、利用者数は、実人数が34名、滞在延べ人数が641名、最短滞在日数3日、最長滞在日数60日であった。

利用者の内訳では、認知症、昼夜逆転徘徊者、尿失禁頻回など身体介護に手間を要する利用者は他の地区からも移動して来る例があり、統合失調症、糖尿病血糖値調整不安定、全盲、嚥下・摂食障害、筋萎縮性側索硬化症など、医療依存度の高い人々が多かった。とくに認知症は10名と、利用者の約三分の一を占めた。

福祉を目的とする避難所の開設による効果ならびに課題は以下のごとくであった。

- ①要介護者への急性期の対応がなされるようになり、深刻な問題が生じても自宅や避難所での不要な混乱が回避され、介護難民化することを防止できた例が多い。
- ②保健福祉センターなどの公共機関が柔軟性をもって指揮したことで人が動きやすくなり、医療や介護、保健機関からのボランティアが活躍できた。
- ③組織の存在と役割が明確になったことで物品が集まりやすくなり、介護・医療の資源を有効に活用することができた。
- ④高齢者が今後さらに増加するのは確実であり、その保護は大災害時の重要な対策事項であるが、事前の準備如何で不要な混乱を避け得ることが明らかとなった。
- ⑤災害時の緊急対応法は状況によって変化するが、「公的な指揮」、「医療介護の専門家とボランティアの連携」、「物資確保」の3つの課題の重要性が明らかとなった。

B. 介護施設が丸ごと一カ所に避難した事例

これは“鴨川モデル”として知られることとなった疎開避難モデルであるが、制度の縛りを克服する手懸かりを得るうえでも参考になるものと思われる。

疎開したのはいわき市小名浜にある介護老人保健施設『小名浜ときわ苑』である。受け皿となった施設は千葉県鴨川市の『かんぼの宿鴨川』で、仲介した医療施設は鴨川市の『亀田総合病院』であった。

震災後道路や鉄道が寸断され、その後に発生した原発事故による影響もあり物資が届かなくなる。さらに、断水などライフラインが止まる事態を迎え、この施設の維持が困難となった。原発事故は収束を迎える兆しがなく再度爆発する恐れもあり、避難指示や屋内退避指示の設定もされていた。施設の位置は指示区域からは外れていたが、放射能

の危険性については情報が不透明で、多数の市民が市外や県外に避難している最中でもあり、早期の避難が避けられない状況でもあった。

被災後一週間経過した3月18日に協議が開始され、受け入れの準備と移動がなされて3月21日に避難が完了した。ベッドなどの寝具や介護器材は避難先の企業や病院の在庫から調達し、介護保険の適用をいわき市長から約束してもらう。事前に見取り図を手に入れて避難先の施設利用配分を決め、入所者122名と介護スタッフならびにその家族合計200人ほどを福島県がチャーターしたバスで一気に搬送した。容体が悪化してそのまま放置できない重傷者は先に出発し、亀田総合病院の救急科に受け入れてもらった。残念ながら搬送中に2名が死亡しているが、やむを得ない事態でもあった。

非常時とはいえ、受け入れ先との密接な連携と行政当局の了解がなければなし得ない作戦でもあり、準備期間がほとんどない状況下で達成し得たチームプレーの成果ともいえる。避難モデルの判断に供する目的で、内容の詳細が公開される予定でもある。

このような協定がいくつかの施設同士で事前に結ばれておりネットワークが作られていることで、大規模災害時の円滑で速やかな移動が可能となる。ネットワークが遠隔地にも広げられておれば、今回のような大災害でも被災地から離れて避難することができると思われる。

課題としては；

- ①保養施設の介護施設への転用が法的にかつ行政レベルで了解されていること。
 - ②医療保険や介護保険の支給元が明確で、過剰な損失や利益を出さずに必要経費が捻出できること。
 - ③疎開避難の期間を判断する基準作りがなされていること。
 - ④制度の柔軟な適用のために、市役所や市長などの行政機関同志の事前調整がなされているべきであること。
- などがあげられている。

3. 舞子浜病院の状況

舞子浜病院は海岸に近い位置であったため直接津波の襲来を受け、かつ原発の南4.2kmのところの位置していたことで原発事故の影響も大きかった。地震、津波、原発の事故という3種類の災害を経験して復旧したことで、特殊な経緯をたどることとなった。複合的な災害の対策に役立つ情報が提供できるかも知れないことからここにまとめてみた。なお詳細は日本精神科病院協会雑誌2011年11月号に記載されているのでご参照したい。

A. 被災直後

病院は2年前に耐震設計で改築されたばかりであったため、地震の揺れによる建物の被害は少なかった。しかし、最初の揺れの影響で多くの部署では器材が転倒落下し、最上階の4階病棟では水道管が破断して水浸しとなり大混乱の状態であった。

まもなくラジオで大津波警報が伝えられる。病院では前年2月にチリ地震津波の避難を経験していたので、手順通り1階病棟の患者は上の階に避難させることができた。エレベーターが緊急停止ししていたため、自力で動けない患者は職員が中心となり非常階段から運び上げたが、重要書類や機材の搬送は間に合わなかった。外来患者、面会者や来客は自主的に2階以上に避難を行った。避難完了後まもなく2～3mの高さの津波が襲来する。津波は複数回あったものの幸いなことに死傷者はなかった。

上下水道、ボイラー施設は破壊され、交換機やサーバーが故障し、電話、オーディリングシステム、インターネットが使用不能となり、ガスなどの燃料も途絶えることとなった。トイレも使用不能となり、仮設トイレの設置が急務となった。かろうじて電気と公衆電話の回線が残されたが、水と暖房、排水設備のない避難生活を余儀なくされた。近接する老人保健施設は2階まで津波に襲われ、1階は壊滅状態となった。外来ならびに職員駐車場の自動車、送迎用バスなど百台はそのほとんどが破壊・流失し移動の手段が失われる。この時点で外来診療は維持できなくなった。

B. 被災後1週間

その後発生した原発事故と、地震による道路・鉄道の寸断があり、必要な物資が届かなくなる。水や食料などの必需品、医薬品や経口栄養剤、紙オムツなどの衛生用品も不足する事態となった。さらに、放射線防護の問題も発生して外出が自由にできなくなり、職員も出勤や帰宅を見合わせる事態となる。外気が入らないように窓や出入り口を密封し、暖房やエアコンの稼働を停止する。3月15日にNHKの取材を受け、病院の惨状を伝えてもらってから徐々に支援物資が届くようになった。

介護を必要とする重度の認知症や高齢の人々は低体温、肺炎、体重減少なども併発し、院内での生存が難しくなる。病院の主な機能が停止した状態であるため、軽症で搬送が可能なケースから自宅に避難することとなった。重症の場合は被害の少ない内陸部の病院に依頼し、移送される手はずが整えられた。移動可能で退院ができない精神疾患の患者は、福島県内で被害の少なかった病院や関東地域の精神科病院に引き受けてもらうよう転院先が検討された。

C. 3月末まで

依頼を引き受けてもらえた病院から、患者の移送が開始された。10日あまりで200人近くいた入院患者は60人に減少。津波で被災した老健施設から避難していた利用者も他の病院に入院した。病院機能は3階と4階に設置し、3階には残った入院患者が集まり、4階には病院機能が集約された。トイレは仮設を利用し、患者の入浴は近隣の福祉施設や保養施設に依頼して受け入れてもらった。民報各局の報道もあり、次第に食料、薬剤、医療材料などの支援を受けるようになった。

D. 6月末まで

4月1日より松村総合病院内に外来を設けて開始する。両院の精神科関連の患者が日に140名も押し寄せる状態となった。

4月11日に大規模余震が発生し、いわき市内に大きな被害が発生。再度断水するなど復旧意欲が削がれる事態に陥る。しかし、病院では入院患者に誤嚥性肺炎や感染性胃腸炎が散発し始め、気を取り直して感染対策に力を入れるようになった。

4月22日に松村総合病院内でデイケアをショートケア形式で再開する。

5月18日には家庭訪問などアウトリーチ活動が開始され、精神保健福祉士による患者の帰院に備えた移送先病院の訪問が行われる。

6月10日に院内サーバーが復旧してオーダーリング機能が回復。2日後の13日から自院による外来診療が開始され、14日からは自院によるデイケアも再開した。

6月15日より転院していた患者の再移送が開始され、7月1日で終了。

7月11日より外来作業療法が再開され、病院機能がほぼ震災前の状態に復旧した。

E. 震災で気付かれた課題

今回の大震災ではわが病院にも複数の大きな問題が突きつけられた。機材の損壊、ライフラインの遮断、交通運輸の停滞、資材不足、放射線対策、人材の離散などである。全てが相互に関連し合い、対応の難しさを高めることとなった。その都度の対応にならざるを得なかったが、順調とはいえず苦勞を強いられたことが多い。その中で気付いた対策課題としては、食料や資材の備蓄とその方法、情報の交換と他の機関との連携、重要資料や機材の保管法、従事者の心身の健康維持、避難のマニュアル作りと訓練などの必要性が改めて認識させられた。大きな被害であったにもかかわらず、当院では患者に死傷者が一名も出なかったことは特筆に値するものといえよう。人命が損なわれなかったことが、結果として4ヶ月ほどの比較的短期間で機能面の復旧が達成できた大きな理由と考えている。

4. まとめ

この震災で目立ったのは、災害弱者でもある高齢者対策の重要性である。

避難のさなかに低体温や肺炎などの合併症を併発したり、食品の不足や摂取能の低下で栄養障害を起こしたりして命を落とした方々も少なくない。その場で救助に当たる人も被災者であり、余裕を持った対応はしにくい状況でもあった。これらに対して、早期に支援システム作りをしたことで解決できた例も多く、今後の参考事例となろう。

さらに、認知症の **BPSD** 対策が大きな課題となった。周囲の混乱状態に反応して情緒が不安定になる場合や、避難先での新しい環境になじめず、心理的なストレスをかかえることで誘発される場合が多く見られた。

当然ではあるが、被災時に人命の損失が防止できれば、その後の復旧作業が驚くほど円滑にはかどることも実感できた。災害への備えや災害復旧の基準作りの参考になるものと思われる。今後さらに増加する高齢者ならびに認知症の災害対策は急務であり、認知症患者のような災害弱者を守る方法の発展が望まれる。

第5章

当院における東日本大震災時の認知症医療・ケアについて

こだまホスピタル 佐藤宗一郎, 阿部ひろみ, 樹神 學

1. はじめに

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災により甚大な被害を蒙った宮城県石巻市において、地域で機能していたほぼ唯一の精神科病院として当院が経験した状況と対応、そこから見えた問題点と今後の課題について報告する。当院は海岸から直線距離約 1.5Km に位置する病床 330 床の精神科病院であり認知症病棟が 57 床を占める。震災後に発生した大津波により、当院も建物の浸水こそ間逃れたものの病院の周囲を海水と瓦礫に囲まれ一時は孤立状態に陥った。電気の復旧には 5 日間、水道の一部復旧には 18 日間（完全復旧にはさらに 15 日間）、ガスの復旧には 34 日間を要した。

2. 震災時の外来の状況

当院では震災後の 1 ヶ月間において一日平均 184 名の外来患者, 719 名の新患患者を受け入れた。外来患者数は前年同期に比べ 40 名ほど少ない状況であったが、新患患者数は例年同期に比べ 7 倍以上の増加であった。

外来新患で 65 歳以上の方の状況をみると、新患患者 719 名のうち 65 歳以上の方は 264 名、性別は男性 93 名、女性 171 名、初診時診断は ICD-10 の診断基準で F0 35 名, F1 1 名, F2 6 名, F3 14 名, F4 26 名, F5 18 名, G4 1 名、内科的疾患のみで来院した方は 163 名であった（表 1）。

表 1. 外来新患受診者の概況（65 歳以上高齢者）

性別	男性	93名
	女性	171名
ICD-10に基づく診断コード		
	F0	35名
	F1	1名
	F2	6名
	F3	14名
	F4	26名
	F5	18名
	G4	1名
内科疾患のみで来院		163名

3. 震災時の入院対応

震災後から2か月後の平成23年5月10日まで、当院では123名の新入院患者を受け入れた。震災後1か月目の入院患者数は72名、平均年齢61.2歳、震災後2か月目の入院患者数は51名、平均年齢66.8歳であった。入院患者数を3月11日から同月17日までを第1週とし、それぞれの週ごとに見ると、第1週目と第2週目、4月下旬にあたる第7週目に入院患者数の増加が認められた（表2）。当院例年同期に比べ震災後2か月目に60代以上の入院患者数の増加が認められた。特に80代の方の入院患者数は例年同期のおよそ2倍と目立った増加傾向を認めた（表3）。新入院患者123名のうち65歳以上の方は63名、性別は男性29名、女性34名であった。入院時診断はICD-10の診断基準でF0 31名、F1 2名、F2 5名、F3 15名、F4 6名、内科疾患のみで入院した方は4名であった（表4）。

表2. 週別入院患者数（平成23年3月11日～3月17日を第1週目とする）

第1週目	第2週目	第3週目	第4週目	第5週目	第6週目	第7週目	第8週目	第9週目
22名	14名	21名	13名	9名	12名	17名	4名	10名

表3. 新入院患者の年齢階級別人数

	1ヶ月目	2ヶ月目
平均年齢	61.2歳	66.8歳
10代以下	0名	1名
20代	1名	3名
30代	7名	1名
40代	9名	3名
50代	19名	5名
60代	10名	9名
70代	13名	13名
80代	11名	15名
90代以上	2名	1名

F0の診断にあたる方の状況をみると男性11名、女性20名、平均年齢81.13歳であった。このうち震災前より当院で加療を受けていた方が17名、当院初診で入院となった方が14名であった。

徘徊や暴言、暴力、拒絶などの認知症周辺症状が目立ち、主に避難所や施設での生活が困難となり入院に至った認知症状態の方が14名、せん妄状態の方が9名、肺炎などの身体症状のため入院となった方が4名、幻覚妄想状態の方が2名、不安状態や抑うつ

状態の方がそれぞれ 1 名であった（表 5）。外来においても避難所等でせん妄とみられる症状を起し不穏となり来院する方も多く、その中で外来での薬物療法に反応が乏しい方や症状の激しい方が入院の対象となった。安心・安全・安眠の確保が困難な状況下で、高齢者にせん妄が惹起されることは想像に難くない。また、地域住民の中でせん妄の病態を理解する方は少なく、家族と共に避難所での生活が困難となる方が多かった。比較的軽症で、薬物療法が効果的であった方でも、避難所を転々とせざるを得ない方がいらした。本人・家族の心労は幾許であろうか。せん妄の病態に関し、地域住民の理解を深める啓蒙活動も今後の課題であろう。

表 4. 新入院患者（65 歳以上高齢者）の概況

性別	男性	29名
	女性	34名
ICD-10に基づく診断コード		
	F0	31名
	F1	2名
	F2	5名
	F3	15名
	F4	6名
	身体症状	4名

表 5. 新入院患者（65 歳以上高齢者-F0）の状態像

認知状態	14名
せん妄状態	9名
身体症状	4名
幻覚妄想状態	2名
不安状態	1名
抑うつ状態	1名

入院前の ADL は、自立の方が 6 名、摂食、排せつ、移動、保清、着替えのうち 1~2 つの分野で介助が必要な方（一部介助）が 6 名、3 つ以上の分野で介助が必要な方（半介助）が 8 名、全介助の方が 11 名であった（表 6）。世帯人数をみると単身生活の方が 9 名、2 人の方が 7 名、3 人の方が 5 名、4 人、5 人の方がそれぞれ 3 名、6 人以上の方が 4 名という状態であった（表 7）。世帯人数が 4 人以下の方は、配偶者とその子夫婦の組み合わせで同居者すべてが 65 歳以上という状況の方がほとんどである。

表 6. 新入院患者（65 歳以上高齢者-F0）の ADL

自立	6名	一部介助	6名
半介助	8名	全介助	11名

摂食, 排せつ, 移動, 保清, 着替えのうち1~2つの分野で介助が必要な方を一部介助
3つ以上の分野で介助が必要な方を半介助とする。

表 7. 新入院患者（65 歳以上高齢者-F0）の世帯人数

単身	9名
2人	7名
3人	5名
4人	3名
5人	3名
6人以上	4名

4. 入院後の経過

入院半年後の平成 23 年 10 月 12 日時点での治療経過をみると、21 名の方が、症状軽快し自宅あるいは施設に退院した。2 名の方が他院転院、4 名の方が入院中、同じく 4 名の方が治療の甲斐なく死亡退院となってしまった（表 8）。死因は肺炎などの内科疾患の併発であった。被災後ほとんどの医療機関が機能を失う中で、認知症に罹患している方が地域の医療機関で加療中に不穏状態となり受け入れ困難に至り、当院転院となった例が多かった。精神科病棟を併設する総合病院の準備が急がれる必要性を痛感した。

表 8. 入院半年後の治療転帰（新入院の 65 歳以上高齢者）

自宅退院	8名
施設入所	13名
転院	2名
入院中	4名
死亡	4名

5. 認知症病棟におけるケア

当院認知症病棟は、平年の年間病床利用率 99.7%と常に満床に近い状態を保っている。年間平均在院日数は 253.3 日、病棟入院患者の平均年齢は 76.69 歳、ほとんどの方が認知症並びにその周辺症状の治療のため入院加療を受けている。

震災当日からライフラインが復旧するまでの間、病棟入院患者の方に対するケアには

様々な制約があり、患者の安心・安全・安眠を守り、より良い看護・治療環境を提供するために平時では考えられないような工夫と労力を要した。

外部との連絡が完全に遮断された震災当日において、まず問題となったのは食料と水の確保であった。3日分の食料の備蓄はあったが、その中には病院内に留まらざるを得なかった職員等約140名の食事は含まれていなかった。震災後3日目になり一部道路が開通するまで、食料の問題は実に緊迫した状況にあった。

認知症のケアにおいて食事の提供は、栄養補給の側面だけではなく、ADLの維持や嚥下機能保持の問題、むせこみや誤嚥に基づく肺炎の問題など実に様々な課題を有する。平時では、食事形態にその方なりの工夫を凝らしその課題を克服するよう努めていたが、震災後の状況では、お粥か常食（ごはんあるいはパン）かのたった2択となった。認知症病棟ではお粥とパン粥のみの提供となってしまった。食事形態が変化することにより、誤嚥、窒息の危険性が増悪することが予想され、食事は原則、部屋での摂取とし一部屋ごとに看護スタッフが吸引器を持ち食事介助と見守りを続けた。認知症の方では、食事形態の変化による拒食も認められた。水の確保も困難であり、脱水にも常に注意を要する状態であった。

排泄の問題に関しては、大浴場に溜めてあった水を利用した。排泄のたび職員が水を汲みにゆき処理を行った。当院入院中の認知症の方では、排泄においてオムツを利用している方がほとんどである。震災発生の前日、たまたま1週間分のオムツの配達を受けており、備蓄は充分であったが、やはり停電のため夜間の対応は困難であり、大便での交換以外は朝から夕の明るい時間内での交換しか行えなかった。オムツを利用なさらない方に対しては、部屋ごとにポータブルトイレを置き、転倒防止のため、やはり看護スタッフが各部屋を回り対応を行った。排泄により生じたごみの処理も問題であった。ごみの回収業者が機能できるようになるまでの約2週間、当院の倉庫に山積みにならざるを得ない状態であった。その量は約3メートル四方、高さ約2.5メートルの倉庫がほとんど一杯になる量であった。

認知症患者のみならず、高齢者のケアにおいて移動の問題は、転倒の危険性を常に含み日常のケアにおいても慎重な配慮を要する。震災時、停電により十分な光源を確保できなかった状態において入院患者の安全の確保のためには、震災当日からの寒さの問題もあり、原則としてベッド上の安静を促し、それを見守ることが優先された。この状況は電気が復旧する震災後5日目まで続いた。結果として、廃用性の筋力低下に基づくADLの低下、エアマット等が足りなかったことや電気マット等の電源を必要とする介護機器が使用できなかったことによる褥瘡の悪化を招いてしまった。震災後のケアによ

ってその状態は徐々に改善していった。医療機関のほとんどが機能を停止していた震災直後の状況を考えると転倒防止（今回は低体温症などの寒さによる身体症状の出現予防も含まれた）を優先させることは、認知症ケアの場面において非常に重要なことであると考えられた。

ガス、水道が復旧せず、電気による給湯も行えない状況において、入院患者の保清は清拭に頼らざるを得ない状態が続いた。下半身の清拭や陰部洗浄は毎日行ったが、頭部や上半身の清拭は1週間に2回の提供に留まった。震災後5日目に電気が復旧してからは、お湯の提供は可能であったが、この状況は水道が復旧しシャワー浴が可能となった4月13日まで続いた。この間パジャマの交換は、汚れが目立つ方は別として、通常の半分である1週間に1回に留まった。

支援物資の中にあつたウェットティッシュが、水や物資が極端に少ない中で保清や排泄の際の処理に非常に役に立った。

震災直後は外部との連絡が遮断され、家族と連絡を取ること、お互いの安否を確認することが非常に困難であった。周辺には壊滅的な被害を受けた医療施設もあり家族の心配は幾何であっただろうか。治療状況や今後の治療方針を説明することも困難であり、対応するスタッフも心をいためた。

4月に入ってからは、ノロウイルス感染の問題が出現した。病院外からの持ち込みを防ぐため、職員の手洗い励行や病院に入る際の靴の履き替えと消毒を徹底し、家族を含む院外の方との面会の場所を限定するなど様々な工夫を行ったが、4月7日に当院でもノロウイルスの感染が認められた。感染後は、病棟内を区切り移動の際の消毒を徹底し、拡大を防ぎ数名の感染をみただけで1ヶ月以内に終息を認めた。

今回の震災を通して、我々は平時の心構えの大切さと備蓄の重要性を痛感した。日頃より当院の看護スタッフの志気は高く、東日本大震災時においても、その大半が自らも被災者であるにもかかわらず、その団結は確固たるものであり、入院患者の安心・安全・安眠を守るため不断の努力がなされた。ともに震災を乗り越えてきた一医療従事者として誇りに思う。

6. 震災時に経験した典型的な症例

これまでのデータを踏まえ、震災時における認知症の方の精神科病院入院加療で我々が経験した典型的な3症例を提示したい。尚、症例提示には患者のプライバシー保護、匿名性の保護に十分に配慮を行った。実在した症例とは異なることにご留意頂きたい。

<典型的な症例 1>

80代 男性, ICD-10に基づく診断: F01.2 脳血管性認知症, 状態像: 認知症状態,
当院初診日: 平成19年3月, 入院日: 平成23年4月下旬

もともとは漁業に従事し78歳で退職, 石巻市内に居を構え80代の妻と2人暮らし。子は4人で市内や仙台市でそれぞれ家庭を持って生活している。高血圧の既往があり, 脳梗塞のため左半身に軽度の麻痺がある。ADLは杖を使用しての移動は可能だが, 入浴, 排せつに介助を要する。平成19年, 物忘れを主訴に当院初診となり脳血管性認知症の診断を受け当院で外来通院加療を受けていた。震災により自宅は津波で流出した。

平成23年3月11日, 自宅で妻と過ごしていた時に被災し妻とともに近くの中学校の体育館に避難した。地震後に大津波が発生することは予想しておらず, とりあえず身の回りの物を持っての避難であった。避難後2日間は周囲の方の協力のもと, 一日におにぎり1つを2人で分け合いつつ, 不安ながらもどうにか避難所での生活を送ることができた。その後, 石巻の被害状況が少しずつ明らかになるにつれ自宅が津波により流出し, 甚大な被害を受けたことを知る。市内, 市外で生活する長男家族, 長女家族の安否も分からず心労がつのるようになっていった。震災後3日目には2人で歩いて当院を受診し診察を受け, 近医内科で加療を受けていた高血圧症に対する降圧剤とこれまでの当院の処方薬を5日分処方される。震災後7日目頃より, 感情が不安定になり些細なことで激高し大声を出すようになる。妻がなだめるとある程度は落ち着くものの, 避難所での規則や集団生活に馴染めず, やむを得ず徒歩で行ける近くの小学校の体育館の避難所へと移った。その避難所では発電機が稼働しており, 夜間もある程度の光量が確保できていた。移動後, 2日間は穏やかに過ごすことができたが, 3日目より不意に避難所の外に出てゆき, 行方が分からなくなる事が続くようになった。ボランティアの方などが協力してくれ, その都度避難所に戻ってくることはできたが, 周りの避難者の方に気を遣う妻の心労も限界を超え, 石巻に住む長男宅へと避難することになった。長男宅は流出こそのがれたものの一階部分が浸水しており, 2階に同じように避難してきた長男の子の家族らが8人同居している状態であった。電気は復旧していたものの, ガス, 水道は復旧しておらず, 生活に必要な食料や日用品などの流通が滞っていた状況の中, 給水と支援物資に頼っての生活であった。そのような生活の中, 本人の症状は一進一退を繰り返しながら徐々に悪化した。4月中旬に入ると徘徊や暴言, 暴力, 拒絶などの認知症周辺症状と考えられる症状に対し家庭内での対応が非常に困難となっていった。そのため平成23年4月下旬, 仙台から駆け付けた長女夫婦の協力も得て当院受診, 入院に至った。

当院入院後は, 認知症病棟での加療を行った。入院により安心・安全・安眠を確保するとともに, 入院当初は対処療法として, 少量の向精神薬の投与を中心とした薬物療法を行った。次第に症状は改善してゆき, 本来の穏やかさを取り戻していった。入院後4週間で向精神薬の投与は終了し, その後の経過を見守ることとした。妻にも長女宅で十

分な休養を取って頂いた。退院後の本人および家族の生活を安定したものとするため、精神保健福祉士、地域の保健師、介護施設職員とも連携を取り、施設入所が決定し平成23年7月下旬に退院となった。

震災時、認知症に罹患した患者さんが家族とともに避難所を転々とせざるを得ない状態となる例を多く経験した。地域に住む家族、親類もほとんどが被災者であり、辛うじて流出を間逃れた家屋に多くの方が生活していた。避難した方だけではなく、避難を受け入れた側の心労も強い様子であった。退院後の生活の場の安定を提供することにも苦勞を要した。日頃より地域、多職種と連携を取ることが必要である。

<典型的な症例2>

80代 女性，ICD-10に基づく診断：F00.1 アルツハイマー型認知症，状態像：せん妄状態，当院初診日：平成22年3月中旬，入院日：平成22年3月中旬

もともとは水産加工業に従事し，68歳で退職，72歳時に夫と死別し石巻市内で単身生活していた。子孫は1人で石巻市内に家庭を持って生活している。身体的に目立った既往歴はない。ADLは自立していた。自宅は海岸から離れた場所にあり，ほとんど被害を受けなかった。

平成23年3月11日，一人で買い物に出かけているときに被災，そのまま近くの公民館に避難する。長引く余震の恐怖，降り出した雪と寒さ，停電の暗さの中，2日間を過ごした。3日目の夜に突然，「孫が迎えに来ている」と言い避難所の外に出て行こうとする行動が出現，周囲の制止も聞かずに眠らず動き回っていたため，対応に苦慮した周囲の避難者の方数名が，救援活動の中で公民館を訪れた自衛隊隊員の協力を経て，本人を連れて瓦礫の中を通り当院初診となった。せん妄状態にあり入院加療を要すると考えられた。本人と周囲の方の情報から，どうにか人づてに同じように市内の避難所に避難していた長女に連絡を取ることができ，同日当院入院に至った。

当院入院後は，認知症病棟での加療を行った。入院により安心・安全・安眠を確保するとともに，せん妄に対し薬物療法を行うことにより症状は速やかに回復した。入院後の検査により，アルツハイマー型認知症の初期段階にあると診断された。入院後10日で，認知症病棟から精神療養病棟に移って頂き入院加療を継続した。この段階では，市内のライフラインや物流経路は回復しておらず，地域で本人を支える体制は確保できない状態であった。震災後の混乱した状況がある程度落ち着くのを待ち，退院前訪問指導などを行い退院後の本人の生活状況を整えた。訪問看護やヘルパーを利用し単身生活をサポートする体制を作り，平成23年5月下旬に退院となった。

高齢者が避難所でせん妄状態を起こし，生活が困難となる例も多く認められた。外来で薬物調整を行い症状の改善を認める方もいたが，避難所で受け入れが難しくなり入院

加療となる方も多かった。通信手段が極端に制限される中で家族と連絡を取ることも困難であった。退院後の生活を守ることに配慮を要した。避難所に訪問介護を依頼した方もいらした。入院前の生活に戻る方もいらしたが、退院後は施設入所となる方も多く認められた。

<典型的な症例 3>

90代 女性，ICD-10に基づく診断：F00.1 アルツハイマー型認知症，状態像：肺炎，当院初診日：平成15年7月中旬，入院日：平成22年3月中旬

平成15年7月よりアルツハイマー型認知症の診断のもと当院加療を受けていた方。長男夫婦，孫らと6人暮らし。ADLは全介助を要し，ヘルパーの利用やデイケア通所をしながら，在宅で何とか生活していた。震災により自宅は1階部分が浸水した。

平成23年3月11日，デイケア通所中に被災，そのまま施設で2日間過ごした。3日目より発熱，地域で機能していた病院に搬送され3日間入院加療を受けた。入院後不穏状態を示すこともあり，解熱した時点で退院を促され退院となった。生活に全介助を要する認知症の方で，ヘルパーや介護施設が機能していない中，これまで通りの自宅での生活は困難であり，かかりつけである当院に入院となった。入院後，肺炎が再燃。ライフラインが復旧しておらず採血検査すらできない状態で症状は増悪し入院後1週間で肺炎により死亡退院となった。

大規模災害後ほとんどの医療機関が機能を失う中，被災を間逃れた医療機関には患者が殺到する。その中で，限られた医療資源をどのように有効利用するかは逼迫した課題である。医療の専門化が進む中，災害時にその現場の最前線で治療にあたる医療機関を整備するとともに，後方支援を行う病院の確保と患者の移送を含めたその連携方法を構築してゆくことが必要である。

7. 謝辞

以上，東日本大震災時の認知症医療・ケアについて，外来の状況，入院対応，入院後の経過，認知症病棟におけるケア，典型的な症例を報告した。

東日本大震災で我々は非常に多くのものを失った。けれども復旧・復興活動の中，様々な役割を担い，諦めと受け入れの中で胸を張り，前を向いている高齢者に診療の場で多く出会った。また，DMAT，JMAT，心のケアチーム等，県内外からの実に多くの支援も頂いた。被災地域の医療機関の一員として深謝するのみである。

第6章

東日本大震災被災後の認知症医療・ケアの現状と課題

～仙台市認知症疾患医療センター勤務医の立場から～

東北厚生年金病院精神科 三浦 伸義

認知症医療・ケアは、当事者と家族はもちろん、医師、看護師、保健師、ケアマネージャー、介護福祉士、ホームヘルパー、行政職員など、数多くの部門と職種がかかわる、まさに護送船団のような支援様式である。病院勤務医の立場からすると、これ以上に複雑な支援形式はない。

筆者の勤務するような地域の中核病院ではありとあらゆる診療科があり、通常、患者は該当する診療科を受診するため、医師は専門領域の疾患を診るだけでよい。受診経路は、ウォークインか、近隣の医療機関からの紹介か、同じ病院の他科からの紹介である。したがって、患者はおおむね該当する診療科を受診し、混乱はそうそう見られない。目的は疾患の治療による症状緩和であり、治療環境も、外来治療で対応できなければ入院治療に移り、入院して症状が軽快すれば患者はもとの生活環境に戻る。まれに長期療養あるいはより高度な専門的医療を受けるために転院する場合があるが、医師間のやりとりはスムーズであり、複雑なことは何もない。医師は本人または家族以外の人とかかわることはなく、外部から意見を求められることもない。

ところが認知症医療の様相はこれとは大きく異なる。診療依頼は、家族や医療機関からだけでなく、行政機関、介護福祉施設などである場合も多く、受診する際に臨席する人々の立場も実にさまざまである。依頼内容も、関わる人々の立場の多様さを反映して多岐にわたる、あるいは、さまざまである。たとえば家族からの依頼であっても、入院の依頼もあれば外来通院の依頼もある。診断だけをしてもらえればよい、という受診理由もある。本人や家族はなんら医療の必要性を感じていないのだが、周囲の勧めがあるから受診をした、というのも数多い。

そして、いったん受診した後、特に入院した後、症状緩和よりも何よりも、“退院後の生活環境の選択”が大きな問題となる。興奮、暴力などを理由に、自宅または介護施設から入院した場合、そしてこれは少なくない入院理由であるが、興奮や暴力が治まっても、元の生活環境に戻れるわけではない。身体疾患と違い、症状の軽快は、必ずしも、というよりは、多くの場合、退院には結びつかないのである。興奮や暴力が理由で入院した認知症患者が薬物調整の結果静穏となり、自宅退院できると医師が判断できたとしても、医師が家族に退院を打診しても、自宅では看ることができないと言われるのが通常である。家で見る／看ないという方針が、家族の中でも統一されないこともしばしばである。幸いにして退院となった場合、今度はケアマネージャーとの意見交換、訪問看護ステーションや包括支援センター職員とのケア会議など、様々な職種の人々と会わなければならない。このような療養環境の調整が医療に必須であるところに精神科医療の

特徴があり、精神科医療の中でもとりわけ認知症医療で顕著な特徴であるといえる。ほかの疾患のように、たとえば、『心不全で呼吸苦となった患者が、入院治療をして心不全は軽快、呼吸苦はなくなったので自宅に退院／退院の際に本人と家族に治療経過の説明をして、今後は外来で診療』というようなわけにはいかないのである。

これはなぜなのか？通常の医療においては、医師は“症状の重症度”を対象として“治療目標”を定める必要があるが、認知症医療は、“家族または地域の介護力”を対象として“生活目標”を定める必要があるからである。医師は、“家族または地域の介護力”を見極めなくてはならず、このために、家族をはじめ、複数の職種の人たちと面談するというプロセスが必要となる。

認知症の医療は、症状の軽快それだけでは医療者の期待する転帰には結びつかない。認知症医療の目標は、今後の生活基盤の確立であり、その生活基盤のもっとも大きな要素が“介護力”なのである。“家族や地域の介護力”とひとことで表される内容は多様な側面を含む。介護にかけられる人数、時間、金額など、その家族や地域によって大きく差がある。これらの何が欠けても、途端に生活環境は一変する。主たる介護者が病気になり介護力がなくなった例、当事者の収入分をカバーするために介護者が就労した結果、介護時間がなくなった例、24時間を埋めることはできない介護サービスの隙間を家族が埋めるために退職し生活のすべての時間を介護に充てられる環境を整えたら経済力が脆弱になりかえって介護力が低下した例、包括支援センター職員の退職に伴い訪問日数が減少しケアが行き届かなくなった例など、枚挙に暇がない。認知症の進行は、疾患の性質上、急激な変化はまずない。急激な変化は、常に介護力の変化によるのである。

前置きが長くなったが、本題に入ろう。東日本大震災は、まさに家族や地域の介護力を一瞬のうちに激変させた。被災地域の介護力を、根こそぎ奪ったと言っても過言ではない。地域の生活者は、全員被災者なのである。3月11日午後2時46分、家族の介護力が奪われ、地域の介護力が奪われた。そして、認知症当事者の介護は当然、医療機関に頼るしかなくなった。もちろん医療機関も大打撃を受けた。しかし、医療機関というものは、後ろ盾がない。救いを求められたら、全てを受け入れるしかない。認知症患者は、興奮、暴力、徘徊などのBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) の行動症状を持つ場合、診療応需できる機関は極めて限られている。当院は仙台市認知症疾患医療センターの認可を受けており、これまでも一般の医療機関で対応困難な場合、当院は依頼のあった認知症患者は全てに対応していたが、震災後も、当然のごとく全ての依頼を受け入れた。

さて、ここで震災後当院がかかわった、認知症患者のいる2家族を紹介する。

はじめに、夫婦で暮らしていたT家の話をしよう。76歳の夫Aさんと74歳の妻Bさんは、夫婦二人で生活していた。夫のAさんは糖尿病、慢性腎不全のほか、認知症

に罹患していた。かかりつけ医から抗認知症薬の処方を受けており、在宅生活の継続は可能であった。妻の B さんは、慢性腎不全を抱えており、週 3 回人工透析を受けていた。妻の人工透析は決まった曜日と時間であったため、この日時に合わせてホームヘルパーをお願いし、夫を見守ってもらっていた。

ここで東日本大震災が起きた。T 家の自宅は仙台市の内陸にあり、津波の被害はなく、地震による倒壊も避けることができた。ところが、B さんが透析を受けていた医療機関が打撃を受けた。宮城県内のすべての医療機関は震災により大打撃を受け、あらゆる疾患に対する医療の供給が麻痺状態に陥ったが、中でも震災直後に人工透析を行える医療機関は仙台社会保険病院に限られることになった。同院は県内全ての透析治療を引き受け、昼夜を問わず人工透析機をまわし続けた。

さて、その結果、B さんは同院で透析治療を受けられるようになったものの、“いつ”受けられるかはわからなくなった。次の透析は、オン・コールで、空きがあれば呼ばれる、という態勢であった。曜日はもちろん、昼夜を問わず、いつ呼び出されるかわからなかった。これまでは透析時間に合わせてホームヘルパーをお願いして、その時間 A さんを見守ってもらっていたが、さすがに透析のオン・コールにあわせてホームヘルパーが対応するのは困難となった。また、当初は A さんも、やむなく B さんを一人置いて、とも考えたようだが、程なくして精神症状が悪化し、徘徊、おむついじり、介護拒否、杖を振り回す等の興奮が見られるようになった。震災後、脱水、寒さ等により、せん妄を併発したのだろう。自宅に居ることすら困難となったのである。

そこで、B さんは区役所の障害高齢課に相談をした。区役所職員は当初、介護施設に入所の打診をした。どの介護施設も、震災のさなか、施設の存続と維持、すでに契約している利用者の保護で精一杯である。新規の利用者を、しかも緊急で受け入れられる余裕など、あるはずもなかった。最後の最後に、当院に相談があった。3 月 22 日と、震災 11 日後ではあったが、当院の診療機能は回復傾向にあり、精神科病棟に大きな被害はなかったため、入院の依頼を応需できた。

入院してみると、A さんの認知症は思いのほか高度で、せん妄症状は程なく消退したものの見当識は失われたままで、震災のことも入院していることもまったく理解できなかった。さらに身体衰弱も著しく、臥床して過ごすようになった。

当院は震災後しばらく暖房がつかず、A さんに限らず、寒さのために高齢の入院患者はみな布団の中で過ごしていた。宮城県の 3 月は春にはまだ遠く、雪が降る日もある気温で、震災後 5 日が経ち、救援物資として使い捨ての清拭タオルが届いたが、あまりの寒さのために、患者を脱衣させて清拭することができなかった。電力が復旧し、暖房がつくようになったのは震災 7 日目であったであろうか。しかし、実際に高齢者がホールに歩いて出てくるまでには、5 月中旬まで待たなければならなかった。一部は回復することなく、衰弱したまま永遠に床を出ることはなかった。当院精神科病棟の病棟内死亡者数は、平成 22 年度は 11 名であり多くが秋から冬に入ってであったが、震災後

の平成 23 年度 4～6 月の 3 か月だけで 9 名にのぼった。立証はできないものの、この急激な死亡者数の増加は、震災後の寒さが大きく関係していると筆者は考えている。

さて、A さんの話に戻そう。筆者は入院当初、仙台市内の医療機関の機能が回復し、B さんもこれまで通りに定期的に人工透析を受けられるようになれば、自宅に退院できると考えていた。実際、B さんもそのつもりだった。

ところが A さんが入院してから 1 ヶ月半後の 5 月 4 日、B さんの弟から、『B さんが脳梗塞で倒れた』と連絡があった。詳細に聞くと、深い昏睡状態で自宅近くの病院に入院しているとのことであった。その後、B さんの容態が変わる様子はなかった。A さんの症状が落ち着いても、もはや自宅退院をすることはできなくなったのである。

そのような状況下、残念ながら A さんの衰弱が進み、食事をとることもできなくなり、最期は肺炎を併発して、6 月 12 日この世を去った。A さんに血族はなく、ご遺体を引きとりに来られたのは、B さんの弟であった。A さんは妻が脳梗塞で倒れたことも知らずこの世を去り、そして、B さんも夫が亡くなったことを認識できないまま、今も昏睡状態にある。長年連れ添ってきた夫婦の別れとしては、これはあまりにも悲しい。A さんはすでに高度の認知症であったし、B さんも慢性腎不全を抱えており、脳梗塞のリスクはあった。同じような時期に A さんと B さん夫婦二人の健康が損なわれ、このような別れを迎えたのは必然であったのかもしれない。しかし、震災のためにこのような悲しい別れとなったのだと思わずにはいられない。少なくとも、今回の震災が、B さんや地域の介護力を瞬時に奪ったことは揺るぎようがない事実である。震災の結果、A さんは突然に入院し、B さんと離れて暮らさなければならなくなった。家族や地域の介護力は、きっかけさえあればいつだってこうしてあつという間に失われ、生活環境は一変し、それは人の運命を大きく転換させ、人生の終章を書き換える。

では次に、三世代家族で生活していた S 家の話をしよう。T 家は夫婦二人で、主たる介護者は妻の B さん一人で、もともと介護力は脆弱であった。S 家は、75 歳の夫 C さん、71 歳の妻 D さんの老夫婦に加え、40 代後半の長男夫婦と、中学生と高校生の 2 人の孫娘の、6 人が同居していた。

夫の C さんは平成 22 年 12 月に突然歩行障害となり、当院救急部を受診、多発脳梗塞を認め入院した。その後リハビリテーションの継続を目的に、平成 23 年 2 月に E 病院に転院、3 月の震災時は、同院に入院中であった。

妻の D さんは、拡張型心筋症と心房細動を持病にもち、当院循環器内科で治療していた。56 歳時にせん妄を併発し精神科に短期間の入院歴がある。このときすでに多発性脳梗塞が指摘されていた。以降次第に認知機能、生活能力が低下していた。平成 22 年 9 月に痙攣が重積し入院、このときより精神科が再び介入することになった。この頃すでに高度の認知症であり、挨拶のオウム返しは可能なものの、ほかは常に独り言を大声で発し、意思疎通はできず、同居家族のことも誰だかわからなかった。手に触れるものを口にする異食の傾向もあった。身体的には立位をとることは困難で車椅子を使用し

ていた。要介護4の介護認定を受けていたが、家族中心に懸命に介護し、日中はデイサービスを週4回利用し、それ以外の介護サービスは受けていなかった。けいれんに対しては継続的な治療が必要であり、そのまま精神科外来でフォローしていた。

震災時は前述の通り、夫のCさんはE病院におり、妻のDさんはデイサービスにおり、夫婦とも津波被害を避けることもできた。長男夫婦、孫2名の命も無事であった。

しかし、沿岸部に位置したS家は浸水被害にあい住める状態になく、水が引けたあとも家屋は大規模半壊で倒壊の危機にさらされた。幸い、自家用車のワゴン車は無事で、Dさんと長男夫婦、孫娘の計5名は、震災直後より、しばらくこのワゴン車で暮らしていた。長男家族は、Dさんを文字通り必死に守った。ワゴン車の最後部座席を前方に倒しDさんの寝床を確保し、長男家族は座位のまま眠る生活をしていた。食料もDさんに最優先で与え、服薬管理もしっかりしていた。ただし、衛生状態は不良で、3月28日にDさんを連れて家族全員が来院されたが、Dさんのみならず、家族の全員が震災後17日間一度も入浴ができておらず、衣類も顔も汚れており、異臭を放っていた。

3月28日の受診理由は、3月23日頃より元気がない、という理由であった。水も薬も飲めなくなり、声も発することがなくなったDさんを、家族が心配して連れてきたのである。内科等を経由せず家族の判断で直接精神科を受診しており、家族は震災にショックを受けての抑うつ症状と想っていたらしい。診察の結果、意識障害（意識混濁）であり緊急入院を要した。意識障害の主な原因は、脱水による高ナトリウム血症（血清ナトリウム値=165mEq/l；正常値は139~145mEq/l）と判断された。Dさんは心房細動の合併症を有しており、血液の凝固を防ぐワルファリン製剤が処方されていた。ワルファリンは、服薬コンプライアンスが悪いと、血液が凝固しやすくなり、脳塞栓症などを発症するため、通常は「決して切らしてはならない薬」と指導されている薬剤である。しかし一方で、ワルファリンは栄養状態が不良でビタミンKが欠乏状態にあると効果が増強され、血液はきわめて凝固しにくくする。血中濃度の指標であるPT-INRが11.2%（正常値1~1.5%、ただし、ワルファリン服用中の場合、2%前後でコントロールするのが一般的）と異常値を示していた。これは高い出血リスクを示すもので、ワルファリンは入院後、即座に中止をした。PT-INRがここまでの異常値を示したのは、皮肉にも、家族が1回も欠かすことなくワルファリンを服薬させていたからである。食事は優先的に食べさせていたのであるが、それでも平素の状態に比べれば不十分で栄養も偏っていたであろう。栄養状態によってワルファリン内服量を調整しなくてはならないという説明など家族は受けておらず、医師の側もこのような「食べるものがない、飲む水がない」事態を想定した説明をしておらず、家族は一所懸命に「命綱」であるこの薬を切らさないようにしていた。そして案の定というべきか、4月5日にタール便を認め、緊急の内視鏡検査により出血性胃炎が確認された。出血性胃炎に関しては即座に治療し、幸いにして事なきを得たが、脳出血の併発などであれば、生命の危機にさらされていたであろう。

その後も中心静脈栄養（高カロリー輸液）で身体管理はなされていたが、出血性胃炎の治療後まもなく、高熱を呈した。精査の結果、胆石ならびに胆のう炎による発熱であることが判明した。通常であれば外科手術が適応になる疾患であるが、Dさんの当時の全身状態、低栄養と出血傾向、を考えると外科手術は困難で、抗菌剤の治療で経過観察をせざるをえなかった。幸いにして治療に反応し解熱し、その後は次第に全身状態も回復に向かった。入院前の平素の状態、つまり車椅子で自走し、大声で独語や放歌をするようになったのは、入院から3か月を経た6月中旬のことであった。

さて、健康状態は平素の状態に戻ったが、長年住んでいた家屋は大規模半壊のままであった。長男家族は、そのいつ倒壊するかもわからない家屋に住み続けていた。いずれは修繕する予定ではあるとのことであったが、現在の家屋の状況ではDさんを受け入れることは困難との申し出があった。その後、長期療養が可能な認知症専門のF病院が転院を快諾してくれることとなり、9月29日に転院となった。転院するまでの間、長男家族は時間の合間を縫って、よく面会に来ていた。しかしながらF病院は自宅から大分離れるため、面会の頻度は少なくなっていくことが予想される。

では、夫のCさんの話に戻ろう。Cさんは震災時E病院に入院していた。同院は療養病棟を有していたが、入院が長期となったため9月27日に、やはり療養病棟を有する内科系G病院に転院した。しかしほどなく、徘徊、放尿、脱衣、ベランダから身を乗り出すなどの迷惑・危険行為が続き、同院では管理が困難となった。このため当院に転院依頼があり、10月12日に転院となった。転院後や薬物調整を行った結果、わずか1週間程度で大きな問題行動はなくなった。地域と家族に震災前の介護力があれば、十分在宅で介護可能な状態である。上述のように、同居していた長男家族は介護できる状態になくなっていった。CさんDさん夫妻には、長男のほか、長女次女の娘2人が近隣に嫁いでおり、震災後はCさんの入院中の面倒はこの娘2人が主に行っていた。しかし、この娘らにも在宅介護をする余力はないとのことであった。結果在宅での生活の継続は困難と判断し、DさんもCさんの入院しているF病院に長期療養をお願いすることになった。F病院は夫婦とも認知症の“認認夫婦”の入院を以前から受け入れてくれていた。今回も、CさんDさん夫婦の“認認入院”を快諾していただいた。

Cさんの状態は、やはり高度の認知症であり、見当識は失われ、入院していることも認識できない。自発性はほとんどなく、歩行は可能であるが促しがなければ終日臥床してすごしている。自発語はほとんどなく、声をかけても返答もないことが多い。しかし、医療者がDさんの名前を出すと毎度毎度、涙を流すのである。

この原稿を書いている11月末日現在、Cさんは依然として当院に入院しており、F病院の病床に空きが出るのを待っている。いずれはF病院に転院し、Dさんとの再会を果たすことができる。しかし残念ながら、DさんはCさんを見ても夫とは認識できないであろう。Cさんも、Dさんを妻として認識できるか甚だ疑問である。同じ病院とはいっても、同じ病室で入院できるか、はたまた同じ病棟で入院できるかどうか不明

である。Cさんが脳梗塞を発症し、夫婦が顔を合わせることがなくなって、はや1年になろうとしている。震災により、長男家族との同居はすでに叶わぬこととなったが、それでもこの一組の夫婦がF病院で再会できることは、この夫婦にとっても、家族にとっても、当たり前には享受する権利のある、小さく、そして大切な幸せであり、F病院には心より感謝を申し上げたい。

結語である。東日本大震災後の認知症医療・ケアの課題は何か？至極簡潔にまとめれば、『“家族と地域の介護力”の回復と強化』につきる。認知症医療は“家族または地域の介護力”に依存した、特殊な医療である。しかしながら家族や地域は些細なきっかけで簡単に介護力を失ってしまう。震災がなくても、日本の地域社会には、ふとしたきっかけで生活を支えてくれていた介護力をなくしていく認知症高齢者が存在していた。震災がおこり、圧倒的な数の認知症高齢者が時期を同じくして介護力をなくしたために、今まで見ようとする者の目にしか触れることのなかった現実が如実に表面化したということであり、震災以降筆者が直面している課題は、今後のどの地域社会もが直面する課題であり、今すでに直面すべき課題であると考え。今必要なのは、まずは何よりも、在宅で介護するための支援の強化である。家族が介護にエネルギーを傾注しては、収入を得る機会を失うことにつながり、また家族の消耗は一段と進み、家族の介護力は低下する一方である。本来は、家族の経済的エネルギーの回復、つまりは被災者の生活基盤の確立が最優先課題であると思われる。しかし、これは時間がかかる中長期的な課題である従って、まずは第三者による介護支援の強化が優先されるべき事項であると考え。被災地では、今まで以上の地域からの介護サービスを受けることができなければ、家族の介護力はさらに低下し、認知症患者は入所型の介護施設や入院医療機関に大量に流入することになる。そうなれば、認知症患者が精神病床を占有する率はきわめて高くなり、認知症疾患医療センターの病床数程度では到底対応できない人数になると容易に想像ができる。被災地での認知症医療の破綻を防ぐには、『“家族と地域の介護力”の回復と強化』を課題とし、その実現に早急に取り組まなければならない。

第7章

3・11津波と原発被害をまぬがれた仙台の介護施設に起きたこと

いずみの杜診療所 山崎 英樹

私たちは宮城県内でいくつかの診療所や介護施設、精神科作業所などを運営しています。震災当日は、利用者も職員も幸いに無事でした。施設のいくつかは大きく壊れましたが、それでも風と雪を凌げましたから、津波や原発の被災地に比べればありがたいことでした。

震災をふり返ったとき、認知症の災害医療とでも呼べるような、なにか特別な医療が必要とされた訳ではなかったように思います。総じてお年寄りたちは、まるでなにかを悟ったように、寒さにも空腹にもよく耐えておりました。ケアスタッフの、いつにも増して深い関わりが、急性のストレス反応を防いだかもしれません。ある職員の震災当時の日報を引用します。

====

今、伝えたいこと。被災地で、高い電柱に登って電気工事をする人、がれきの中、郵便配達する人、スコップで地面を掘って水道管を修理する人。プライドにかけて自分の仕事をする。

今の私達を動かしているのは、その「プライド」そのものなのかなと。

大げさかもしれませんが、いま、みんなの、清山会スタッフとしてのプライドがひとつになっているなど、激しく感じました。そう思ったら、かなり納得。俄然、ヤル気まんまんです。

====

3月11日、マグニチュード9.0の地震は、午後2時46分に発生しました。天井が落ちたり、壁にひびが入ったりしました。急いで実施した耐震診断（応急危険度判定）で構造躯体に問題はなく、倒壊の危険もないということで、入所系のサービスだけは続けることができました（図1）。



図 1. 建物の被害

余震が続き、ライフラインが途絶えました。容赦のない非日常のなかで、逆に認知症と呼ばれるお年寄りたちのなんでもない日常性に癒される毎日でした。あのときケアされたのは、自分たちであったような気がします。

私たちの事業所は、宮城県内に点在しています。震災から 3 日後に役職者を仙台に集めました。経営そのものに不安を感じていましたが、集まった職員の顔をみて、みんなが生きていさえすれば、なんとかなる、と、涙ながらに力強く思ったことを忘れられません。「お年寄りを守り抜きましょう」というスローガンが、当時の私たちを支えていました (図 2)。



図 2. お年寄りを守り抜きましょう！

3・11 当時の職員 516 名中、津波で親や子どもを亡くした職員が 3 名いました。三親等以上の親族を亡くした者も多数いますが、実数は把握できませんでした。住宅を被

災した職員は 21 名（全壊 4 名，半壊 11 名，浸水 6 名）です。震災による退職は，在職 1 年の準職員 1 名（精神的ショック）と，内定辞退 1 名（宮城への転居に親が反対）の合計 2 名でした。

震災後しばらくは，ご家族や職員の子供たちまでが避難してきました。何人が施設に出入りしているか，当初はまったく把握できませんでした。3 月 23 日以降にようやく実態を調べたところ，震災から 10 日以上を過ぎても 20 名近くの職員が帰宅できていませんでした（図 3）。社宅を準備することも検討しましたが，その後，それぞれ自力で住居を確保しています。



図 3. 利用者や職員の家族も施設に避難してきた

休業補償を行った職員は 129 名で，職員の 25%にあたります。自宅待機が 51 人，出勤不能が 78 人です。出勤不能の 74%は，ガス欠や瓦礫に阻まれて，あるいは公共交通機関の麻痺などのためでした。他に家族の付添や捜索のために出勤できなかった人もいます（図 4）。

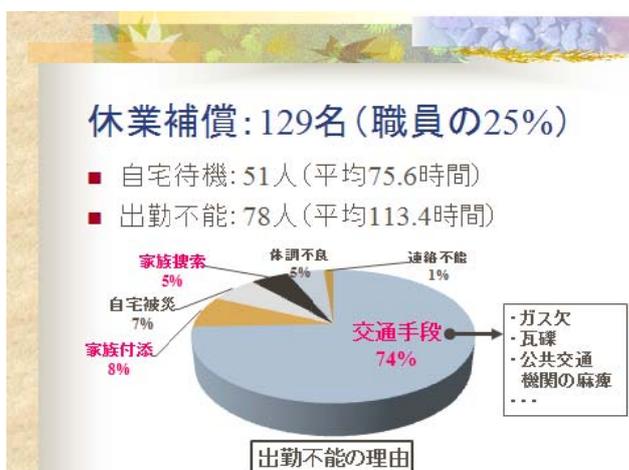


図 4. 休業補償

私たちの職場では、メンタルヘルスのアンケートを定期的に行っています。用いているのは職業性簡易ストレス調査票というもので、健康リスクが120を超えるとストレスの高い職場ということになります(図5の横線)。震災後の4月26日に配布し、5月10日に回収しました。昨年7月の結果と比べると、課長と係長にストレスが高かったことがわかります。ただ、あれだけの非常時に、職員の多くは平常時のメンタルヘルスを維持していたことにも注目してよいと思います(図5)。

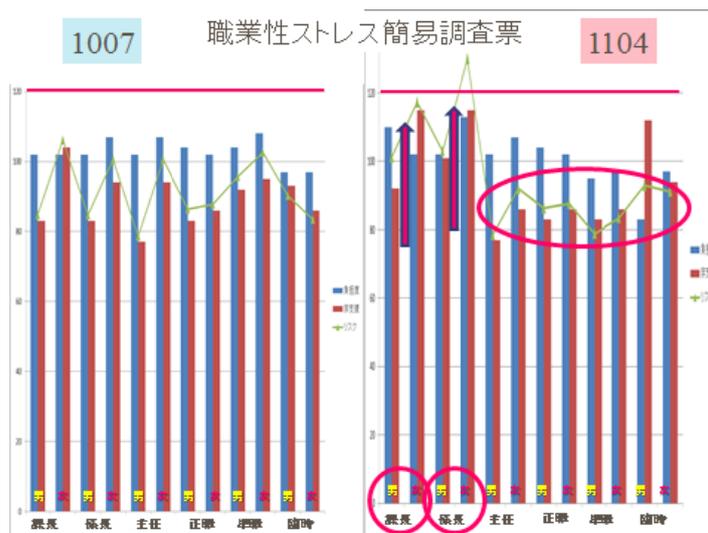


図5. 職業性ストレス簡易調査票 (2010年7月と2011年4月の比較) : 役職ごと

私たちのグループは、仙台の北部、泉区、宮城野区、南部の4つのエリアで活動しています。エリア別のメンタルヘルスをみると、建物被害の大きかった北部でストレスが高かったことがわかります(図6)。このエリアの老健では、三階部分の天井が落ちるなどしたため、入居者を二階に移してケアを続けていました。

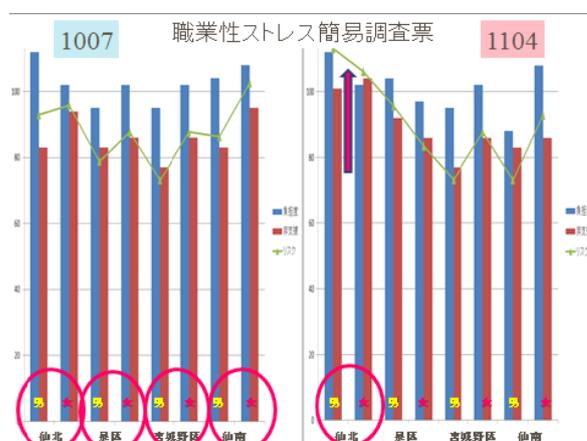


図6. 職業性ストレス簡易調査票 (2010年7月と2011年4月の比較) : エリアごと

デイとショートが多機能型施設では、震災当日、被災したデイの利用者の帰宅が困難になり、ショートに受け入れて凌ぐことになりました。津波の被災地に近い施設は、一時的に利用率が300%近くになっています。診療所の併設老健は、徐々に被災者を受け入れていきました。震災後約1か月で、150%の定員超過になっています(図7)。

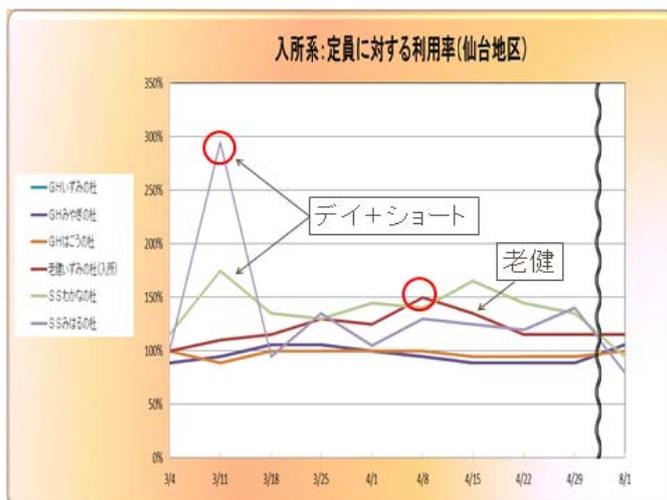


図7. 仙台にある入所系施設の利用率

こうした緊急入所は、合計132床の仙台地区に限っても104人に上りました(図8)。平均介護度は2.8です。水、食糧、調理用燃料、排泄用品、寝具、石油ストーブ、あらゆるものが不足しました。



図8. 震災による緊急入所(平均年齢など)

震災による緊急入所者は、女性が多く、要介護度が1から5まで万遍なくおり、住

所地は津波の被災地に近い宮城野区と多賀城で 6 割を占めました (図 9)。介護事業所であるため、主治医が私たちの診療所とは限らず、診断名を整理することはできませんでしたが、印象としては 8 割以上が認知症の高齢者です。

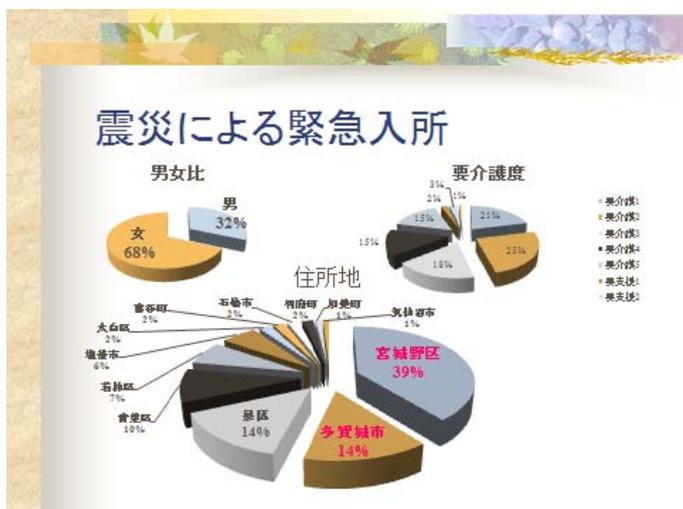


図 9. 震災による緊急入所 (住所地など)

緊急入所の理由は、介護力がもともと脆弱であったケース、津波による浸水、震災によって介護者が復旧作業に追われるなどして介護力が低下したケース、連絡不通、住宅損壊などがありました (図 10)。

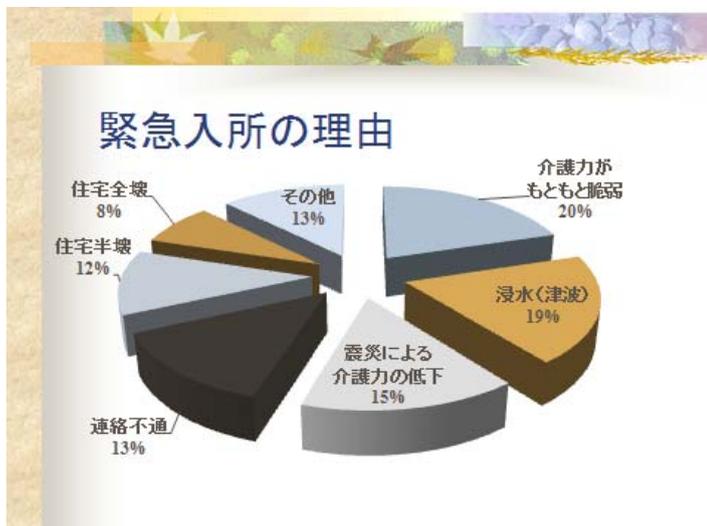


図 10. 緊急入所の理由

緊急入所の期間は、一泊だけが 25%、一週間以内が 15%、三か月未満が約 5 割です。三か月以上の長期入所に至ったのは 14%でした (図 11)。

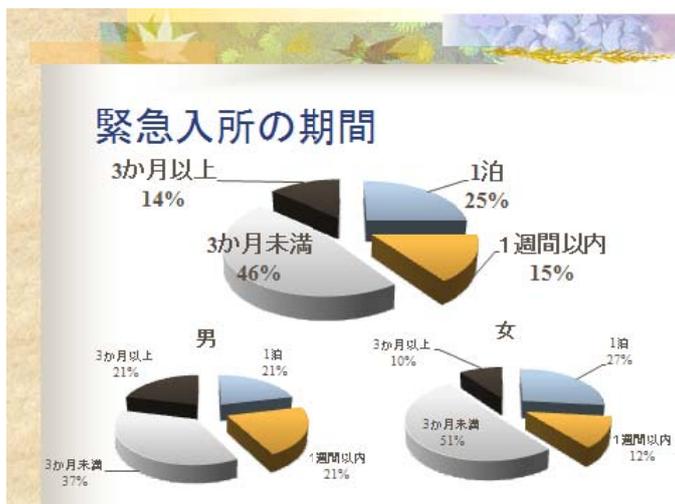


図 11. 緊急入所の期間

避難理由と入所期間の関係をみると、一泊だけで済んだ人は震災当日に連絡が取れなかった人が多く、家が半壊、全壊した人も、三割前後は翌日に家族が迎えにきました。三か月未満の人は連絡不通以外のすべてのケースで見られます。三か月以上の長期は、家屋の全壊や浸水のケースで多く見られました（図 11）。

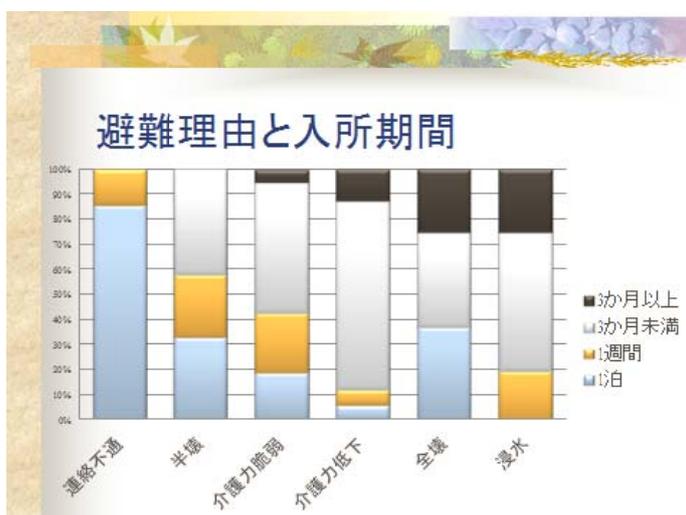


図 12. 避難理由と入所期間

入所系事業所の食糧備蓄は、3日分しかありませんでした。震災翌日からたくさん寄付をいただいてようやく凌ぐことができました。寄付件数は、4月25日までに202件です。利用者・家族が6割、職員・関係者が2割で、地域の方の支えが大きかったことを、改めてありがたく思います（図 13）。



図 13. 震災時の支援物資寄付割合

以上の経験からいえるのは、次のようなことです。

- 1) 災害時には、要介護者（多くは認知症）の緊急入所のニーズが極めて高くなります。
- 2) しかも、要介護者とともに、その家族や職員も、介護施設に避難してきます。
- 3) したがって、介護施設は、災害時の介護（福祉）避難所として想定されるべきであり、その自覚とともに、物資の配給やライフラインの優先復旧など、地域の防災計画にも予め反映されていることが望ましいと考えられます。

震災後、認知症予防財団の依頼で簡単なレポートを書きました(2011年3月29日)。これを引用して、本稿の結びにしたいと思います。

====

被災地では医療の不足が叫ばれています。同時に、もの言わぬ要介護・要援護者へのケアの不足にも、目を向ける必要があるのではないかと思います。ライフラインが断たれ、余震や寒さが続くなかで、避難所や家庭での生活が立ちいかなかった人がたくさんいます。被災当日デイサービスにきていて、地震と津波で家が壊れたり浸水したりして帰れなくなった人、避難所の喧騒に耐えられなかった人、耐えてじっとしているうちに寝込んでしまった人、避難所の閉鎖にともなって家に帰ったものの停電と寒さで体調を崩した人、ガス欠で給水所にも買いだしにも行けなくなった人、家族が被災して、あるいは被災した職場の復旧にかりだされてケアする人がいなくなった人、ガス欠でデイサービスや訪問介護が止まると家ではもう介護できなくなってしまった人…。そして施設に泊まる職員の子どもたちや、余震が続くまっ暗な夜に耐えられなくなったご家族まで宿泊していました。

こうした緊急で深刻な宿泊ニーズに、わたしたちの施設は十分な環境で応えられたわけではありません。通信が断たれ、停電、断水、ガス供給停止、ボイラーの故障によ

って施設自体が機能しないだけでなく、職員自身も多くがやはり被災者だったからです。幸いにも全員が無事だったものの、津波にのまれて家族や親族を亡くした人がいくらかもいます。ガソリンが不足して、あるいは家が被災して帰れない職員も多く、避難所と化した施設では割れた窓から吹きこむ雪まじりの風に耐えながら、夜はろうそくの灯りと懐中電灯の下で、それぞれの良心にケアを委ねるしかありませんでした。

食料と介護用品の不足は取引先や行政の支援を受けながら、またご家族や地域のあたたかい寄付によって、どうにか凌ぐことができました。もともと1日2食、おにぎり野菜スープだけの簡素な食事です。介護施設における備蓄は利用者分の水と食料だけでなく、多くの人々の避難所と化したときの予備も想定すべきでありました。また、長期の断水にそなえた清拭用品の備蓄にも留意すべきです。利用者も職員もポータブルトイレに用をたし、庭に穴を掘って捨てました。上下水道が機能しないなかでは、割合に広い庭が大量の排泄物を捨てるために役立ちます。

ファンヒーターはあっても停電で使えず、いつの間にか石油ストーブの時代は過ぎており、人肌の温もりを寄せあいながら夜の寒さを耐えなくてはなりません。電灯と乾電池が足りず、ろうそくのささやかな灯りが、せめて暗闇の冷気を気分だけでも和らげてくれるような気がしました。ただ、敷きつめられた布団でフロアは足の踏み場もなく、ろうそくが倒れると危ないので、お年寄りがそばを歩くたびに神経をとがらせました。

さらに停電で困ったことは、吸引気が使えないことです。強い揺れのために非常用発電機が壊れ、一晩中アラームが鳴り続けました。車のバッテリーを電源とするインバーターをみつけて凌ぎましたが、こうした事態を想定しておくことが必要だと痛感しました。

敷地に地割れが走り、建物の壁材が割れ、水道管やガス管が破裂した施設もあります。数年前に実施した耐震診断で、大地震でも倒壊の危険はないという確信はありましたが、余震のたびに不安がよぎりました。震災後、7日目ようやく実施できた耐震診断（応急危険度判定）で構造躯体に問題はないと判定され、これを職員に伝えて不安を和らげることができました。

この間、実はふだんより濃密なケアが、あるいはケアを越えた双方向の関わりがなされていたように思います。それは、避難所と化した施設で混乱するお年寄りが意外に少なく、それどころか逆に活気を取りもどし、あるいはすてきな笑顔に励まされる職員がたくさんいたからです。

罪とは魂を曇らせるすべてのものをいう（アンドレ・ジイド）

一見、人間の魂をも曇らせてしまうかにみえた大災害でありましたが、避難所と化した施設のなかで私がみたのは、より魂を輝かせながら励ましあって生き抜く人間の真実であったような気がします。

====

第 8 章

東日本大震災被災後の認知症医療・ケアの現状と課題：半年間の絆

～高齢者や認知症の人の支援とセーフティネットの構築～

社会福祉法人仙台市社会事業協会高齢者総合福祉施設仙台楽生園ユニットケア施設群

総括施設長 佐々木 薫

1. 東日本大震災における被害概況

3月11日の東日本大震災から半年が過ぎました。マグニチュード9.0と言う世界の観測史上4番目の大地震で、宮城県北部は震度7を、その他の地域も震度6強・6弱を記録しました。さらには想像を絶する大津波の来襲により、9月11日現在、死者が約1万6千人、行方不明者が約4千人で、犠牲者は約2万にも上る大惨事になりました。

これは、

阪神・淡路大震災の犠牲者の3倍を超える未曾有の大災害と言えます。

とくに宮城県の被害が甚大で、死者が約9千4百人で全体の約6割を占め、行方不明者が約2千百人にも上るなど全体の半分以上を占め、未だに約2千7百人もの人が避難所生活を強いられています。福島県は原発事故の影響で、岩手県、宮城県とは別な意味で大変な状況にあり、警戒区域・計画的避難区域・緊急時避難準備区域を中心に、約8万5千人もの人が帰宅のめどが立っておらず、県外に5万人以上も避難しています。全国から見ますと東北は一つに見えますが、三県それぞれに被害規模や被災状況が違っており、ライフラインの復旧や瓦礫処理、仮設住宅の進捗状況、被災者の生活環境に相違が見られます。

また、東日本大震災で全壊した建物は約1.2万棟、半壊は約1.9万棟、一部損壊は約5.9万棟、合計で約100万棟もの建物被害があり、生活に大きな支障が出ました。その後も、宮城県沖を震源とする震度6弱の大きな余震が4月7日に、その他の地域でも震度5以下の余震が続くなど、東北や関東地方の人々に大きな不安を与え続けました。

2. 仙台楽生園ユニットケア施設群の被害状況と支援状況

①仙台楽生園ユニットケア施設群の被害状況

- ・ 人的被害 利用者 無し 職員 無し 職員の家族等の死亡又は行方不明 6名
- ・ 建物被害 壁の亀裂、ドアの歪み、エアコンの室外機倒壊、ケアハウス室内の給湯器倒壊等 一部損壊（修繕見積り額2800万円）
- ・ ライフライン 電気 3日間 水道 4日間（職員は居住地により1週間以上）
都市ガス 35日間（厨房 薪対応24日間 プロパンガス対応11日間、風呂2週間以上入れず、途中から重油対応の旧施設で週1回入浴）

- ・ その他 食料やガソリンの調達は3月一杯困窮 食材に関しては委託業者が調達
- ・ 交通網の遮断 職員の通勤に支障, 徒歩や自転車で対応 泊り込みや家族連れ勤務

②仙台楽生園ユニットケア施設群の避難者受け入れ

- ・ 地域住民避難者 185人 3/11～3/17 7日間
- ・ 福祉避難所 139人 3/16～5/8 52日間 若林区
- ・ 定員外受入 575人 4/4～9/11現在 161日間 青葉区, 南三陸町

合計 899人 3/11～9/11現在 185日間

うち南三陸町からの被災者受け入れ 延人数 490人 実人数5人(男2名, 女3名)

③仙台楽生園ユニットケア施設群へのボランティア

法人内ボランティア

- 三保育園 15人 3/17～3/23 7日間 保育
- 沖野デイサービス 26人 3/17～3/31 13日間 介護
- 個人ボランティア 28人(実人数7人) 見守り, 薪割り, マッサージ, 厨房・喫茶等

民間団体 CLC 17人 3/20～3/27 7日間 サンダーバード 50人
3/24～4/13 19日間 4団体(鳥取, 広島, 山口, 広島)

日本福祉大学提携法人64人 4/17～5/8 22日間 3団体(静岡, 岡山, 兵庫)

名古屋市老協チーム42人 4/14～4/28 15日間 2団体(名古屋市)

北海道老協チーム408人 4/31～8/8 101日間 23団体(北海道)

合計 650人 3/17～8/8 145日間 37団体

1) 震災当日から数日間の状況

当施設群は仙台市の中心部にあり, 宮城県沿岸部に比べれば被害はさほどでもありませんでしたが, 3月11日は, これまで経験したことのない大きく長い揺れに, ご利用者や職員は蒼ざめておりました. しかし, そうこうしている中に, 古い住宅地であるため倒壊の危険があること, 雪がチラつくほど寒かったこと, 夕方で暗くなり始めたことなどから, 不安にかられた地域住民が続々と避難してまいりました. いずれにしても, 電気, 水道, 都市ガスなどライフラインが寸断された為, 当日は暖や明りを求めて約100名の地域住民が避難して来ており, 当施設群にありましたご利用者と職員を合わせると約300名が肩を寄せ合い励まし合いながら不安な夜を共に過ごしました.

その際には施設職員が一丸となり, ご利用者の身体面・精神面のケア及び地域住民の皆様や被災された方々への適切な支援を行ってまいりました. 指定避難所ではありませんでしたが, 震災当日から総合福祉施設としての機能を出来る限り活かせるよう取り組み

み、特に地域住民の皆さまへは場所や毛布の提供、水や食料の提供、様々な情報の提供などご安心頂くための声掛けを重点的に行いました。

2) 一週間から一か月頃までの状況

また、被災された要援護者の皆様には福祉避難所として、介護職以外のスタッフも総出で介護サービスを提供すると共に、法人内事業所の協力も得て生活の維持を図らせて頂きました。被災された要介護認定者の方々の中には、現在も生活基盤が安定されていない方もおり、被災地特例の定員外利用として、南三陸町など他の市町村に住所地があるご利用者の受け入れを、現在においても継続しております。

この間、大変だったことは、交通網の寸断とガソリン不足でした。地下鉄の不通やバスの減少も含め職員の通勤に大きな支障をきたし、徒歩や自転車で数時間かけて出勤する職員もおりましたし、帰れずに泊り込みで介護を行ったり、子連れ・家族連れで勤務する職員もいたりするなど、3月末には相当疲弊しておりました。

これらに対応するため、民間団体や提携福祉法人、各地の老人福祉施設協議会から、鳥取県・広島県・岡山県・山口県・兵庫県・静岡県・北海道・名古屋市など広範囲にわたる県外からの介護ボランティアの協力も頂き、大変助かりました。

それに対し、当施設群としても適切に受け入れ準備や時間・日程調整等を行い、ボランティア活動のための環境を整え共に支援する体制を構築した事で、被災された要介護認定者の状態も現在は非常に安定しております。

3) 仙台楽生園ユニットケア施設群の地域連携

当施設群では、昨年度から近隣3町内会と防災協定を締結しておりました。これは、災害が遭った時に相互に助け合うと言う内容のものでしたが、どちらかと言えば施設側が助けて貰う意味合いの方が強かったと思います。緊急時の連絡を担う「駆け付け隊」、6階建ての施設から避難を手伝う「おんぶ隊」、認知症の人などの避難者に対応する「見守り隊」などを組織しておりました。

ところが、今回の大震災では、先程も述べましたように一週間で延べ185人の地域住民が避難して来るなど、逆に助ける立場となり地域の皆様に大変感謝されました。当施設群のライフラインについては、電気、水道は数日間で復旧したのですが、都市ガスの復旧に一月以上かかり、食事の提供や入浴の提供が十分にできないなど大きな支障が出ました。

お風呂は、旧施設のボイラーを使用し、重油が手に入った二週間後の時点で入浴できるようになりましたが、それでも一か月近くは週一の入浴を余儀なくされました。食事に関しては、全国規模の委託業者だったこともあり、何とか食材の確保ができたおかげで、通常食とは違いますが3食とも食事を提供することができました。

しかしながら、買い集めたものや配給されたカセットボンベはすぐ空になり、燃料の

調達に四苦八苦していたところ、町内会長が駆け付けて、助けてくれたお礼にと近隣地域から薪や廃材を集めてくれました。おかげ様で、毎食の調理を外でたき火をしながらすることができました。その他、食料の差し入れや、家族からオムツ等の支援物資をいただくなど、改めて、地域連携・家族連携の大切さを感じさせられました。

3. 東北3県の高齢者施設の被害状況

被災した高齢者・障害者・児童施設も数多くあり、行き場を失った方や避難先で亡くなる高齢者、避難所や仮設住宅に馴染めない障害者・認知症の人も沢山おりました。さらには、在宅サービスを利用して生活していた方も、自宅を流失したり事業所が被災したりして十分なサービスを受けられず生活に困窮している状態です。

6月13日のデータに基づく3県の高齢者入居施設の被災状況によると、津波による建物の流失・損壊・焼失に伴い、入所者や職員の尊い命の犠牲も数多くありました。全壊・半壊以上の甚大な被害を受けた施設は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームを中心に52ヶ所もありました。このうち、宮城県が38ヶ所と全体の73%を占めております。入所者の死者・行方不明者の合計人数は485人にも上り、これも宮城県が309人と全体の64%を占める犠牲者を出しております。職員の犠牲者も3県合計で173人にも上っており、このうち、宮城県と岩手県で全体の半数ずつを占めています。

このように、大震災全体の被害状況と同様に高齢者入居施設の被災状況も、宮城県が群を抜いて大きな被害を受けております。宮城県の甚大な被災状況が刻々と伝わる中、私達、福祉事業に携わる者の使命である社会貢献をしなければと考え、以下のような支援活動を4月より開始しました。

被災した3県の高齢者入居施設

岩手県	基大被災施設	入所者(死者・不明)	職員(死者・不明)
特養	1	66	48
養護	1	2	0
軽費	19%	29%	49%
老健	2	75	36
GH	6	0	0
合計	10	143	84
宮城県	基大被災施設	入所者(死者・不明)	職員(死者・不明)
特養	10	145	31
養護	1	48	24
軽費	73%	64%	50%
老健	2	55	19
GH	20	38	9
合計	38	309	87
福島県	基大被災施設	入所者(死者・不明)	職員(死者・不明)
特養	0	0	0
養護	0	0	0
老健	8%	7%	1%
介護療養病床	1	0	0
GH	1	0	0
合計	4	33	2
3県の合計	52	485	173

全壊・半壊以上

平成二十三年六月十三日のデータ

4. 宮城県における災害支援とネットワークの構築

1) 被災者受入施設・被災施設への介護ボランティア派遣

当施設群でも被災者の受け入れでは、定員超過に伴う人材不足が課題でした。他の被災者受入施設や被災施設でも同様に人材不足で苦慮しているのではないかと考え、介護職員の人材派遣を行うこととしました。これを始めるに当たって以下の理由があります。

- 1) 当初、厚生労働省と種別協議会の人材派遣事業が上手くいっていなかったこと。
- 2) 全国の沢山の仲間が支援の手を挙げたが、現地の施設とマッチングさせる公的なコーディネーターが宮城県に不在だったこと。(民間にはいたのかもしれないが?)
- 3) 北海道老人福祉施設協議会や名古屋市老人福祉施設協議会の会長が以前からの知合いで災害支援に熱心だったことと、コーディネーターを依頼してきたこと。
- 4) 日本福祉大学提携法人との介護ボランティア担当理事として、当施設群との人材派遣システムを構築したり、派遣受入計画書を作成したりするなどノウハウがあったこと。

- 5) 宮城県老人福祉施設協議会の会長の協力が得られ、災害対策本部長になったこと。

このように始めた介護ボランティアの派遣事業でしたが、当初はスムーズにいきませんでした。原因の一つは、東北人の粘り強さと言いますか我慢強さと言いますか、これまで自分達だけで頑張ってきたところに他者を入れると、張りつめた緊張の糸が切れモチベーションが下がることが心配なので、このまま現状を維持して頑張りたいとの想いがあったかと思えます。

しかしながら、私が訴えてきたことは、疲弊した職員や定員増に伴う人材不足で、ケアの質が担保できるかと言うことです。介護ボランティアを投入することで、利用者と職員が多少でも元気と活力を取り戻せるように、居住環境は不十分な中でもゆとりを待って被災高齢者をケアする必要性を訴え続けています。

そこで、少しでも受入が増えるように考え、次の点に心掛けてボランティア派遣を行うこととしました。それは、被災施設でも受け入れやすい、派遣施設でも行きやすいシステムの構築でした。被災施設側にとっては、純粋にボランティアとして受入なので費用が発生せず手続きも簡便ですし、準備することと言えばボランティアの寝所と寝具、食事の提供だけです。4月以降はさほど負担にならないものです。また、派遣施設側にとっても、全く知らない被災地での支援活動ですので、睡眠と食事の確保は何より安心できる材料となります。この半年間の受入施設数は、ようやく11ヶ所になりましたが、これらの施設を長期間支援するには数多くの法人の協力が必要です。以下の各団体の協力を得た現在までの介護ボランティア派遣実績は、総計で、派遣法人79団体、延人数で2千人を越え、マッチング回数は96回にも上り、平均派遣日数は一人約10日間となります。

介護職員派遣の8ヶ条

1. 被災施設でも受け入れやすいシステム
2. 派遣施設でも行きやすいシステム
3. 有資格者で数年以上の介護経験者
4. 基本は二人組の派遣(安全・連絡・安心)
5. 認知症高齢者にも配慮した派遣期間
6. 一時的でない継続的なチームでの支援
7. 中・長期的な視点に立った派遣システム
8. 種別協に囚われない相互乗り入れ

2) 各地の老人福祉施設協議会と社会福祉施設経営者協議会の支援

先程も述べましたように、北海道老施協や名古屋市老施協の会長や担当者の方が速やかに駆け付けていただき、提携法人と当施設群とで運用していた介護ボランティア派遣システムを基に、他施設にも使えるように改善した派遣受入計画を作成し、切れ目の無い継続した支援を続けております。現在は、愛知県老施協も名古屋市老施協とタイアップしてこの運用に参加していただくと共に、介護ボランティアの他に災害ボランティアとして50人が二班に分かれ、5日間ずつ瓦礫撤去等の作業に従事していただきました。

さらに、経営協関係では九州からの応援も始まり、鹿児島県経営協や熊本県経営協がその中核となり、介護ボランティアの派遣に参画していただいております。

3) 全国認知症介護指導者ネットワーク災害支援連携チームの支援

その他に、認知症介護指導者ネットワークの代表をしていた関係から、認知症介護研究・研修センターのご協力を得て、東京ネットワーク・大府ネットワークの仲間と共に全国指導者ネットワーク災害支援連携チームを立ち上げました。インターネットのサイトでも介護ボランティアの派遣・受入ができるシステム、被災者高齢者の受入ができるシステム、支援物資の収受ができるシステムを構築いたしました。

介護ボランティア派遣受入については、数は多くありませんでしたが他の派遣団体の補完をするなど一定の成果を上げました。これ以外のシステムは時期を逃してしまい、ほとんど活用できず残念な結果となりましたが、それでも、このシステムは今後の大災害時には、何らかの形で転用できるものではないかと感じています。

4) 日本グループホーム協会とグループホーム関係者の支援

グループホーム関係の災害支援も当初は上手く機能しておらず、日本グループホーム協会から現地災害対策本部長の就任の要請が3月末にあり一度は固辞したのですが、4月初旬に再度の要請があったため受諾し、グループホームの災害支援を始めました。最初の活動は支援物資の提供を行うことで、当施設群の会議室を支援物資の保管場所として、協会事務局より送られてくる全国からの善意の物資を被災地に届けておりました。

その後、震源地に最も近い被災グループホームよりSOSが来たため支援に入りました。2ユニットが全壊し、行く当てが無いとのことでしたので県とも協議し内陸部の研修施設に避難することとなりました。その際、通勤に遠いせいもあったのかもしれませんが、ついてきた職員はたった数名で、利用者をケアするには到底足りる人数ではありませんでした。そこで、協会と相談し全国から、新潟県、石川県、静岡県、岩手県、神奈川県などから介護ボランティアを派遣していただくと共に、宮城県内のグループホーム有志チームにも声がけし、常時、2～8名程度の介護ボランティアを派遣しておりました。

5) 全国各地からの支援物資の提供と義援金の配分

①支援物資の提供元：日本GH協、全国老施協、全国経営協、CLC、ワフファミリー仙台、認知症学会、ミライロ、長崎県認知症介護指導者有志、社会福祉法人朝日福祉会(北海道)、熊本県ケアマネ協会上益城支部、有限会社あい(熊本県)、GHせせらぎ(熊本県) 他

②支援物資の内容：食料、水、衣類オムツ、生活用品、消毒液、ゴミ袋、プラグローブ、車椅子、タオルケット、ナースシューズ、鍋・フライパン、殺虫剤、蚊取線香、本、電

動ベッド，車両他

③支援物資の提供：老人施設12ヶ所，GH6ヶ所，障害施設6ヶ所，避難所・仮設住宅3ヶ所，社協等3ヶ所，病院1ヶ所，合計31ヶ所，延42ヶ所に配布しました。

全国の各団体・個人から，沢山の支援物資をいただくと同時に，暖かい励ましの言葉等も賜りました。ここで，心掛けたことはスピードとタイミングでした。支援物資が有り余ったり足りなくなったりすることが無いように，いただいた物は時期や季節を逃さずできるだけ速やかに配布すること。また，避難所や施設の種類など場所によっては必要とするものが違ってきますので，いただいた団体種別とは関係なく必要としている方々に必要とするものを提供することを最優先としました。

各団体や種別協の義援金配分にも関わっておりましたので，いろいろ考えさせられることが多かった事案です。全国の皆様から見ると東北は一つに見えるようですが，実は先ほども述べましたように，各県の被災状況はそれぞれ違います。例えば，皆様が平等になるようにと考え3億円の義援金を，被災3県に1億円ずつ分配したとします。ところが，全壊施設を50ヶ所としますと，約7割も被災している宮城県は1施設当たり約285万円，他県は約1333万円の金額になります。同じく被災しているのに，約4.7倍もの格差が生じ1000万円以上も違ってくるのです。宮城県に2億1千万円を分配すると，3県の各被災施設に600万ずつ平等に配分されますので，それが，送ってくださった方の思いではないかと考えております。支援物資についても，全く同様のことが言えます。実は，義援金等を集めて頂くのは大変ありがたいのですが，分配は非常に難しいものです。トラブルにならないように，公平で透明性のある分配ルールを作ることが何より大切と考えます。

5. 復興支援を支えるフットワークと今後の課題

1) 全国社会福祉施設経営者協議会の復興支援

宮城県社会福祉施設経営者協議会の役員をしていた関係から，全国経営協の東日本大震災復興対策委員に任命され，6月3日の現地復興対策本部仙台事務所の開設に伴い，現地対策本部長として活動を開始しました。これまでの災害支援とは異なり，復興支援を目的とする様々な活動を始めました。

まず，最初に行ったことは，全国経営協の役員法人の職員を調査員として派遣いただき，被災法人・施設への復興のためのニーズ調査を行いました。市町村や施設の復興計画の進捗状況，それに伴う土地，建物，設備，物資，車両，職員，資金の手当てや見込み等を，6月中旬から7月下旬にかけて被災地の社会福祉施設42ヶ所，地区社協23ヶ所，市町村21ヶ所，その他1ヶ所の合計87ヶ所を訪問調査させていただきました。併せて訪問時には，当施設群の物資基地より全国からいただいた支援物資の提供も行い

ました。

これらから見えてきたことは、行政、施設ともに全く復興の目途がたたず、施設の再建は手探り状態で途方に暮れている姿でした。情報の伝達不足と資金繰りに苦慮している現状を鑑み、7月下旬に、全社協や福祉医療機構にご協力いただき、女川町で宮城県北経営相談会・支援物資配給を実施したところ、16法人にご参加頂きました。8月から9月にかけては、復興支援調査の分析や国・県・市町村等への提言案や復興要望書作成したり、それらを、宮城県に提出したりしています。

2) 復興支援とフットワーク

9月初めから中旬にかけては、最初の訪問から約2カ月が経っていますので、復興の進捗状況を把握するためのフォローアップ調査を開始しました。社会福祉法人36ヶ所を訪問調査し、市町村及び地区社協24ヶ所を電話で調査させていただきました。併せて、全国経営協で複製した災害復旧費交付要綱通知集や支援物資等の配布も行いました。今回、感じたことは、3.11から半年が経過し、前向きに復旧・復興に取り組む法人が増え、地域間の格差や施設間の温度差はあるものの明るい兆しが見てきたことです。前回の調査時に比べると、ほとんどの施設が施設の再建を望んでいました。

今後の復旧・復興に何より大切なことは、国や県、市町村の動きを待つだけでなく、被災施設や支援団体がいかにフットワーク良く動くかということです。そのためには、行政も含めた各機関、種別協、専門職団体、NPO等が連携し、知恵を出し合った実効性のある取り組みが必要だと考えています。

3) 見えてきた様々な課題

- | | |
|-----------|----------------------------|
| ① 人的支援の課題 | 全国からの人材派遣に対応するコーディネーターの不在 |
| ② 物資支援の課題 | 時期により変化、季節により変化、場所によるミスマッチ |
| ③ 金銭支援の課題 | 義援金の配分、補助金、二重ローン |
| ④ 土地確保の課題 | 土地不足、農地転用、市街化調整区域、買占め |
| ⑤ 建物再建の課題 | 仮設施設、現状復帰の壁、縦割りの行政 |
| ⑥ 情報支援の課題 | 情報機能の停止、安否確認 |
| ⑦ 弱者支援の課題 | 強者優先の論理、アドボガシー |
| ⑧ 各種団体の課題 | 垣根だらけの団体エゴ、他職種不協働 |

4) 復興支援と今後の対応

- | | |
|--------------|-----------------------|
| ① 精神的なサポート | 利用者、家族、被災職員、被災施設職員の配慮 |
| ② 復興計画の早期策定 | 行政と関係者の対話、居住地の確保 |
| ③ 安定な経営と財政支援 | 利用者・職員の確保と施設の早期復興 |
| ④ 産業及び医療の復興 | 地域経済の復興と医療・保健衛生の確保 |

- ⑤ 想像力と柔軟な対応 特区構想，法整備，スピード，タイミング，フットワーク
- ⑥ 人，物，金，情報のマッチング コーディネーターの配置とシステムの構築
- ⑦ 備蓄と物資の再利用 備蓄基地，地域連携，業者連係，施設連携，広域連携
- ⑧ 自立支援をサポート 地域主体の復興，謙虚さと引き際
- ⑨ マニュアルと防災訓練 ，防災計画やBCP(事業継続計画)の策定，夜間想定訓練
- ⑩ 前例や想定を鵜呑みにしない 緊急時の心構え，防災・災害に対する職員教育
- ⑪ 大災害を風化させない方策 後世への礎となる記録や防災・災害教材の作成
- ⑫ 相互セーフティネット D-CATの構築とネットワークシステムの構築

6. オール・ジャパンの災害支援・復興支援

これまでも、医療・福祉関係者は、使命感に燃えながら無我夢中でケアや被災者支援等に邁進してきましたが、被災者でもある職員自身が疲弊してきているのも現状です。この未曾有の大災害の復旧、復興には、相当数の時間がかかることが予想され、中長期的な視点でのバックアップが必要です。行政機関・社会福祉協議会・種別協団体・専門職団体・福祉法人・医療法人・NPO法人・民間団体等・様々な関係機関が一致協力して、オール・ジャパンで支援することが何より大切と考えております。

今後、全国どこでも起こりえる大災害への事前準備をしていくことが、私達、社会福祉に携わる者の使命であると信じています。皆様との絆を確かなものとして、「今できる備え」と「これからできる社会貢献」を一步一步、前進させて行きたいと考えております。なによりも、高齢者や認知症の人、障害者など社会的弱者の方々が、災害時においてもいち早く救助され普段の生活に戻れるようなセーフティネットの構築が望まれます。

第9章

震災被災地で認知症の人の「生きる」を支える～3・11その時何が起きたか～

株式会社リブレ 代表取締役 蓬田 隆子

はじめに

想定外！と今回の東日本大震災で何度言われてきたことだろう。大切な命も財産も積み上げてきた人生も一瞬のうちに奪い去ってしまった東日本大震災。死亡・行方不明者は東北3県（宮城・岩手・福島）だけで22,256人（9・14現在）に上る。宮城県では特に幅広い沿岸部に大きな被害を受けて沢山の方が死亡・行方不明者がある。その中で60歳以上の高齢者は60%以上だと言われている。認知症の人は大津波が近づいている事、危険認知の低下などあり、避難が上手くいかなかったのではないかと推測される。また、避難したものの上手く環境に適応できずに命を落としてしまった例も聞く度に胸が痛む。

今回の東日本大震災によって当法人の運営する「グループホームなつぎ埜」も全損の被害を受けた。同時に指定避難場所の小学校も津波に襲われ大切な命を失った。仙台市若林区にあり海岸から約2.5Kmに位置しているが、そこでの温かい地域の生活と自然にあふれた田舎ののんびりした生活が一瞬にして全てを失われた。二度と想定外という言葉が起きないようにするため、今回の震災を振り返りながら3つの視点で（①避難当日、②避難先のよもぎ埜の生活、③仮設住宅での生活に向けて）検証して、前に進む手立てとしたいと思う。

1. 3月11日何が起きたか！地震がおきてから避難まで

3月11日14時46分地震発生！突然地面を揺るがすほどの大きな地震が発生した。とても立ってられないほどの強さで座り込んで垣根にすがるように掴まっても体が揺り動かされた。私自身は地域包括支援センター主催の認知症サポーター養成講座の講師で事業所「なつぎ埜」から車で15分程の若林区市民センターに出かけていて会場に着いたばかりだった。研修を中止し、強い地震が少し落ち着いた時点で駐車場に行き、事業所に戻る為に車に乗った。電気が消え交通量の多い道路は混乱を極めていた。「なつぎ埜」に着いたのが15時25分過ぎ。地震当時は入居者の居場所は居室・食堂・入浴中などと様々で大きな地震のために不安でおびえていたが、いつもの訓練通りスムーズに避難を行えたとの事だった。入居者18名中14名を分散して乗せた車は丁度訪問中の薬剤師とマッサージ師の助けを借りて、すでに指定避難場所であるすぐ近くの小学校に避難をした後だった。4名の入居者は、「なつぎ埜」の駐車場に車に残っていた。避難場所の小学校の校庭が車でいっぱいとても中に入れないので事業所で待機し

たほうがいいとのことだった。外は寒くて小さな雪が舞っていた。私と同じ頃合いに駆けつけた休みだった男性職員と二人で車いすの利用者を急いで乗せた。緊迫して空気が漂っていたが警報もならない本当に静かな風景がそこにはあった。津波の不安はあったもののせいぜい床上程度と思い、大きな津波が襲ってくるなど予想だにできなかった。避難した場所が小学校となつぎ埜に分かれたため、小学校の様子については、職員から聞き取ったことを整理した。

なつぎ埜からの避難(1)



《地区の指定避難場所》
仙台市立東六郷小学校



GHなつぎ埜

1) 事業所「なつぎ埜」からの避難 3月11日その日

「なつぎ埜」で待機しながら様子を見ていた時、道路を「津波が来るぞ！」という大きな声をかけながら通り過ぎていく車があった。遠くをみると田圃の向こうに陽炎のようなものが見えその下を海岸の松の大木やトレーラー、壊れた家を巻き込みながら真っ黒い波がものすごい勢いで小学校まで近づいていたのが見えた。道路状況をよく知っている職員が先導して避難を開始した。「なつぎ埜」の駐車場を出る時は道路を走ってくる津波が100メートル先に見えたため、津波を背にして必死で車を西に西に走らせた。いつもは車に乗っても騒いでいる入居者だが緊迫している状況がわかるのだろう。固い表情のままじっと黙って乗っていた。脇道から沢山の車が割り込んできたが、入居者の命を守らなければという一念でしかなかった。当法人のもう一つのホーム「よもぎ埜」を避難先にして向かったが、渋滞で全く車は動かず普段は30分の距離が4時間半かかる本当に大変な道のりであった。その間、助手席に乗っている入居者の体に触れながら「大丈夫だよ」と声をかけ続けた。体に少し触れるだけで大きな声をあげる人だがこの

時は小さく頷きながら長い時間を過ごした。夜20時半頃、到着した後、すぐ温かい食べ物と飲み物で疲れを癒し、早めに休めるようにした。蒲団は「よもぎ墊」の物や職員の家からなど調達したが入居者の分で精一杯で、職員はバスタオルまたはタオルケットが1枚程度しかなく、雪の舞う零下の中ではどのような姿勢を取っても体の芯まで冷えてしまう状況で一睡もできず一夜を過ごした。身心の疲労を防ぎ命を守る為には、まずしっかり眠れる事が大事であることを身にしみて感じた。避難先の「よもぎ墊」では地域のアパート（老朽化のため避難勧告）の人が赤ちゃん・高齢者の方を含む4家族を受け入れていた。1家族は自立していたため避難所に移っていただく（12日）

2) 東六郷小学校への避難 3月11日その時（職員の聞き取りから）

小学校へ避難した後は地域の全員が校庭で待機していた。校庭は避難してきた車が一杯で、寒い為にほとんどの人が車の中か体育館で待機していた。6名の入居者がトイレの希望があり校舎の近くのトイレへ行くため付添ったあと、体育館に入るよう指示があった時、校庭で待機していた人の「津波だ！」という大きな声で校舎へ誘導した。「誰か助けて！」と何度も叫びながら車に乗っていた2名を避難している地域の男性に担いでもらい助けてもらうが、その時すでに校庭を津波が襲い校舎の一階までも来ている状態だった。津波が見えてから数分の出来事で車に乗っていた介護度の高い方は助けるすべもなかった。地域の人に助けてもらった1名の方は1階で水を飲み2階で全身をさすったり心肺蘇生法をしたが、4～5時間後に亡くなられる。職員に手を握られながら「ありがとう。ありがとう」と何度も呟くように繰り返し息を引きとったと言う。避難した2階は人でごった返し、真っ暗で底冷えするような寒い中で毛布も一人1枚ずつあるわけではない。認知症の人は、見ず知らずの人が沢山いる場所がどこなのか、どうしてここにいるのか理解できないため尚更不安が募る。ここはどこ？学校、今何時？時計を指さして何時だよ、どうしてここにいるの？津波だよ。何度も同じ質問を繰り返すが、そのつど短い言葉で伝えるようにした。認知症の人にとって強い刺激が多いとストレスも高い。教室の中で、できるだけ静かで安心できる場所をと考え、棚を背にした隅の方でトイレに近い場所を選んで座った。少しでも不安感を緩和するために「皆でくっついてると暖かいよ」と言いながら体を寄せ合い暖をとった。認知症の人にとって何が苦痛でどんな環境や支援を求めているか、日頃のケアを思い出しながら過ごしたという職員の言葉を聞いた時、恐怖で一杯だっただろうによくぞ冷静に寄り添ってくれたと本当に感謝の気持ちで一杯になった。

3) 避難についての状況

①毎月1回（15日）地域の人も参加して避難訓練を行っていたのでスムーズに避難できた

②人の避難は早かったが、ラジオを持ってでなかったため情報の収集が難しく指定避難場所での指示に沿った行動をした（地域の消防団の人に指定避難場所の小学校は大丈夫か聞いたが、わからないと言われ不安を持ちながらも地域の総合防災訓練での避難場所

に行った)

③強い地震と同時に電気が寸断されたため放送やサイレンはならなかった)

避難に使った車が流されてしまい，貴重品や緊急用個人データファイルが流された

4) 緊急避難について学んだこと

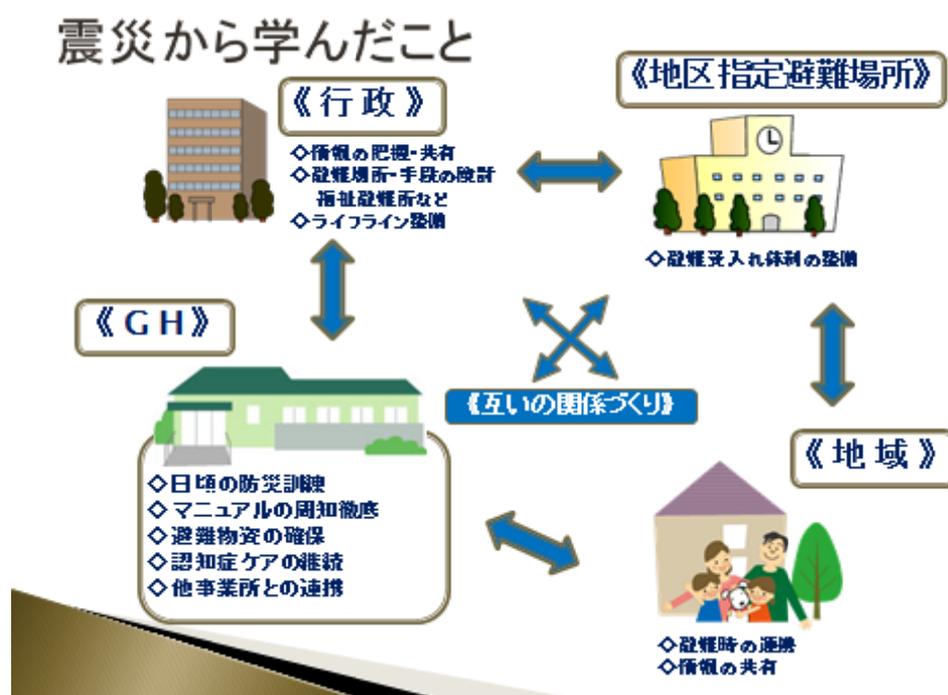
①マニュアルの周知と避難訓練の徹底

認知症のために危険認知が低く避難を拒否したり，いつもと同じ緩やか行動になったという他のホームの話もあった

②避難時に持っていくものを大きく紙に書いて目に見えるところに張っておく．緊急非常持ち出しはいつでも持ち出せるようリュックに入れておく．両手はあけておき被介護者の介助ができるようにする（ラジオ・電池・懐中電灯・断熱シートなど）

③人の避難だけではなく重要書類を持ち出す（最低限）

④ ハザードマップの見直し（現在の避難場所が本当に安全か！）



2. 避難先のおもぎせでの生活

1) 3月12日の生活

翌日3月12日朝，小学校に避難した地元の人達が心配で地域に行こうとしたが，道はもちろんあたりは家や大木，車などが所狭しと山積みになっていて津波があった場所には一歩も入ることができない有様だった．抜け道を探しながら高速道路（東部）にあ

がり、3 km歩いて「なつぎ埜」に行くと、津波の跡が天井まであり中には松の大木などたくさんのもが山となり足の踏み場もない。逆に2ユニットのうち東側の棟にはベッドすらもないがらんとした状態であり、小学校の方は更にすさまじい風景が広がっており、避難した人たちの安否もつかめない中で強い恐怖感が体中を襲ったがなすすべもなかった。津波のあった所となかったところでは風景が全く異なり、まさに地獄と平和（日常）の世界が一線を境にして広がっている。小学校に避難した人たちは厳寒の中、どんなに不安でたまらない状態で過ごしているだろうかと思うといてもたってもいられない。職員からの電話が通じたのは12日の午後2時になっていた。聞いたのが、現在小学校から中学校へ避難したこと、小学校の校庭で地域の人が全員待っていた時に津波に襲われ、8名は助けたが（内1名は助けたものの1階で水を飲んだため避難先で死亡）6名は津波が見えてから数分の出来事で車ごとさらわれてしまったことを聞く。心配していたものの津波が来る約35分前には既に避難していたので、「まさか！！」という思いが体全体を突き抜けて血の気が一気にひき、頭が真っ白の状態になった。「寒いだろう。心細いだろう」と思うと何とか気を取り直し、すぐ中学校に迎えに行く手筈を整えた。数時間かかってグループホーム「よもぎ埜」に着いたのはすでに夕方になっていたが、その間に「なつぎ埜」の利用者11名が眠ることのできる部屋を3部屋と和室2部屋をあけて、寝具の準備を含めて整えた。職員や家族、知り合いに声をかけて何とか寝る所だけは確保することができて安堵する。12日から仙台や隣県の福島・山形の知り合いが布団や食事、水などもって次々に駆け付けてくれた。つながっている事の何と有り難いことか、感謝の気持ちで胸が一杯になる。

2) 3月13日からの生活

3月12日から定員18名のグループホーム「よもぎ埜」に11名の「なつぎ埜」利用者が加わり、29名の多勢の生活が始まった。

ライフラインがまったく途絶え、凍えるように寒い・暗い・食事が十分でない・トイレが不自由（水が出ない）・ゆっくり一人で寝られない・居場所がないなど今までの日常がまるで夢のような大変な生活が始まった。受け入れた方も避難した方も非常にストレスの高い生活に一変したのである。他者に部屋を譲った朝仏壇の世話をしていた人は、その時間に部屋に行くと全く知らない人が寝ていて混乱を起こしたり、全く見知らぬ所にきてトイレや寝る場所が分からなくて不安で一杯になったり、双方にとって辛い日々が続いた。認知症の人にとって地震や津波の恐怖以上に環境がいきなり大きく変わることのリロケーションダメージの大きさを目の当たりにして、胸が痛んだ。ガソリンがない・交通手段がないため通勤できなくなり自転車で2時間近くかけて通うものや事業所に泊まり込む職員もいた。心身ともに極限の状態でありながら、「利用者を守る」その一念だけで利用者に寄り添っていた。14日は微熱のある利用者が2名でた。利用者が体調を崩した時の対応が問題になる。特にかかりつけの病院そのものが被災を受けたため、連絡が取れない状態になった。幸い「よもぎ埜」の入居者が利用していた医師に往

診を依頼することができて解決したが、震災の場合の医療の確保は大変重要である。

食べ物や物資も不足し、雪の降る中 2 時間以上並んでやっと一人 10 個（大小関係なく）買える状態だったことから 2～3 週間は、命を守ることで必死の状態が続いた。入居者も緊迫した状態は肌で感じていたのだろう。いつもは強い自己主張がある人もじっと我慢しているように感じた。途絶えていたライフラインは電気が 13 日午後、水道が 16 日、プロパンガスが 27 日（都市ガスは 5 月末）に復帰する中で生活は少しずつ落ち着いてきたが、日中も和室で固まりあまり動かない日々を送っていた。

和室で座っていた U さんに「何か辛い事がある？」と聞くと「何もすることがないのが辛いね」と答えた。認知症の人のほとんどは津波があったことを忘れている。それだけに何もしないでじっとしている非日常が暮らしを大切に生きて「人」とっては逆に苦痛になっていたのである。大変だろう、疲れているだろうという思いやりは、体力が回復してくるにつれて余計な思いやりとなってくる。特に現在の高齢者の方は様々な大変な時代を生き抜いてきており、精神的に立ち上がる力を持っていてタフである事を改めて感じた瞬間である。もう 1 回一人ひとりのありのままの声を聞こう！ありのままの姿をしっかりと見ようと職員間で話し合った。利用者 11 名を順番に 24 時間シート（センター方式）を使いながらありのままの姿を事実に基づいて観察記録していった。また、津波に飲まれて泥だらけになっていたファイルをきれいにして、本人がやりたいことと現在やれていないことのギャップを探った。例えば U さんのギャップとして、①新聞を安心して読めない、②好きな花がない、③いつも染めてきれいにしていた髪が白くなってボサボサなど、浮かび上がった。全員のケアプランを見直し、生活の再構築をしていくことにした。利用者の何気ない一言から、避難生活で不自由を感じているからこそありのままの声を聴くことが必要なことだということに気付かされた。個別性を大切にしながら全体の方向性として、「よもぎ埜」の入居者の役割をわけてもらったり新たな役割を考えたりしながら、生活の中に役割活動を見出していった。そして、自然と共に生きてきた人間は自然に癒されてきている事を考えると、陽を浴び自然と関わることは生きるエネルギーになることから、できるだけ日中はお日様を感じる生活に切り替えていった。台所・掃除・洗濯などの家政作業を他の利用者と折り合いをつけながら少しずつとりいれた。天気の良い日は洗濯物を外で干し、干せない人は見ることで刺激となるようにした。色々な草花が芽吹く暖かい春がようやく訪れ過ぎしやすい気候になったことを受けて、散歩がてら近くの桜や草花に触れ合う時間を持つように努めた。利用者は日に日に元気になり表情が豊かになっていった。お互い助け合うという連帯感も生まれ一緒に布団を運んで敷いたり、足が少し不自由な人の手をひいたり、仲間として絆ができていった。職員に対しても「大丈夫なの？ちゃんと食べなさいよ」と優しい声をかけてくれることも多く、様々な場面で利用者の底力を改めて感じエネルギーをもらった。

3. 仮設住宅の生活に向けて

仮設住宅への取り組み

少しずつ日常を取り戻してきたが、訪問してきた家族や友達ともっと気兼ねなく過ごしたい、一人になって好きなことをしたいなど一人ひとりの個としての時間や場が沢山の人の生活では叶えるのが難しい。プラーベートの時間と仲間と過ごすパブリックの時間がバランスよくあることは人の心の安定に繋がることを常日頃感じていただけに、何とかこの状況を解決したいと思っていた。また、今回の震災によって、一人暮らしをしていた人が避難場所に行つてうろうろ始つて認知症状がでたり、認知症がさらに悪化して食事をきちんと摂れなくなったり、認知症の母親が被災したが息子も被災したため引き取れず親戚を転々としたり悲惨な情報や相談が沢山あった。グループホームとして民家を借りて受け入れたいと思つたが、グループホームの建築基準（個室である）を満たすことができないことがわかつた。何とかしたいという思いに駆られ、国・県・市に状況の報告と住まいについてのお願いをした。4月19日付けで厚生労働省より、各自治体にグループホーム型福祉仮設住宅のイメージ図（平面図）が提示された。20日は厚生労働省に出向き、宮城県の状況について報告し、翌21日から宮城県・仙台市行政に伺い、認知症の人のリスクに配慮した安心して暮らせる住まいについての話し合いを重ねた。1）設置場所は、①交通量が緩やかで静かなところ（走っている車に対して認知が低い為に交通量の多いところは事故の可能性が高い・音に対して敏感で混乱を起こしやすい）②地域と離れていない（地域の人との交流を持つことで暮らしの再構築を図り症状の安定を図る）③10台以上の駐車場（職員が常時10人及び家族などの訪問ができる）④サポートセンターの隣接（暮らしの広がり、サポートセンターとの連携による地域への貢献）をお願いした。実際には3項目以外に300坪ほどの自由に活用できる場所も準備して頂いた（畑として活用。半分の150坪程は一般仮設住宅の人に使ってもらい生きがいに役立っている）。2）建物は①トイレの数と広さ（待つことができない・介助が必要）②洗面台（心に働きかける為に暮らしの動線から目に見える場所）③風呂（個浴で安全には入れるユニットバス型仕様）④居室（ベッドを置いても居場所を作れる広さ6畳・押し入れ）⑤キッチン（一緒に作業したり見守りができる設え）⑥食堂（ゆったり過ごせる空間・気分転換を図れる別空間の活用ができる場所）⑦洗濯場（清潔と汚染用の洗濯機2台分のスペース）⑧物置（日用品・書類など収納スペースは必置）⑨場所の区分けが認知できる床面の色の工夫⑩スプリンクラーの設置などお願いしたが、きちんと対応していただいたことは、行政の認知症の人についての理解と前向きな検討のお陰だと感謝の気持ちで一杯である。様々な打ち合わせが必要となり設計に多くの時間を要したが、6月8日に着工し、7月末に完成した。

2) いよいよ仮設住宅へ引っ越し

8月3日に鍵を受け取り必要な荷物を運んで住まいを整えてから8月5日いよいよ

引越した。3月11日から約5か月という長い避難生活がようやく終わりを告げた。

引越しの前日はお世話になった「よもぎ埜」の破れた障子紙を入居者と一緒に感謝の気持ちを込めて張りなおした。8月5日「よもぎ埜」での最後の昼食を一緒に摂ってから11名揃って新しい家に引っ越した。今までどこにいたのか何故新しいところに来たのかは覚えていないが、誰一人混乱することなくすつとなじんだ。「新しくていいね」「皆と一緒にだからいいね」と笑顔で答えている姿から、静かでゆったりした空気が流れている空間は、認知症の人にとって安心感を生むことを確信した。

4. おわりに

現在は、お花の先生は花屋に行って購入した花を玄関に生けて目を楽しませてくれたり、図書館に行ったり、一般仮設住宅の運動教室に出かけたり、大根・ハクサイなど様々な野菜も大きく育ち食材として利用したり、一人ひとりの日常を取り戻しつつある。10月は沢山のボランティアの力も借りて芋煮会や秋祭りを楽しんだ。

また、被災を受けた新しい入居者5名を受け入れて一緒に暮らす仲間も増えてきた。今後は新しい町での生活がさらに豊かに広がりを持つために、人のきずなを作りながらコミュニティづくりを進めていきたいと思う。一人の力は弱い。でも皆が知恵と力を合わせていくことで大きなエネルギーとなり前に進んでいくことができると思う。この度の震災では全国から沢山の支援をいただき現在も継続している。心から「ありがとう！」と伝えたい。

第 10 章

東日本大震災被災後の認知症医療・ケアの現状と課題

震災後の認知症高齢者を取り巻く現状と課題

(社福) 仙台福祉サービス協会・宮城野ヘルパーステーション

沓澤 まり子

平成 23 年 3 月 11 日の震災から、6 ヶ月が過ぎようとしています。この間、在宅の認知症高齢者はどのようにケアを受け過ごされていたか。どのような状況変化があったのかそしてそこにある課題は何かを考察していきたい。

当ステーションのある宮城野区は仙台市の東側に位置し、海岸線から低い平野が広がり中でも市内を南北に走る国道 4 号から東は住宅地、工業地域の他水田が多い地域です。地区的には仙台駅東に形成された新しい都心地区と古くからの市街地（小田原・五輪・原町）そして、中世以来交通の要衝として歴史ある(岩切地区)ニュータウンとして発展した鶴ヶ谷地区、田園と海岸が広がる高砂地区で形成されています。3 月 11 日の本震で津波は沿岸から 2.5 キロ～4 キロまで入り込み、津波被害は地域の 3 割に及んでいます。今でこそ沿岸部（蒲生・岡田地区）には瓦礫の山がなくなったものの依然電気の復旧が無く、田園は荒涼とした風景と化しています。更に 4 月 7 日の余震で状況は更に悪化して区中心部となる幸町周辺の高層の建物に被害が集中しています。当事業所の利用者の大半が沿岸部から 3 キロ～5 キロ程度離れている区域の方であるため、津波の被害はそれ程大きく受ける事はなかったのですが、それでも家を流され家族が行方不明になっていたり、津波から逃げる途中で家族を失ったりと被害を受けています。この後暫くはこうした家族を失った事による喪失感に苛まれて精神的な不調をきたしているヘルパーもおります。当事業所には 6 か所の（青葉区・荒巻・宮城野区・若林区・太白区・泉区）ヘルパーステーション及び 2 か所（木町・山田）の地域包括支援センターがありますがこの内、宮城野ヘルパーステーションは職員 100 名その全員と利用者数 300 名近くの方がこうした中で、皆無事であった事は奇跡に思います。こうした中、在宅の認知症高齢者の方はこの震災の影響によって機能的な低下をきたしている場合や又、認知症を抱えながらようやくの思いで一人暮らしを継続していたのが精神的な不調から近隣の住民や関わる周囲を巻き込んで施設入所を迫られたり震災から避難すべく一時的に家族に身を寄せていたのが家族の状況変化等によって在宅の困難さを極めていきます。

平成 23 年 3 月 11 日の震災直後は、在宅の認知症の高齢者の殆どがサービス事業所によって安否確認がされ、又ヘルパー訪問中の事であればヘルパーによって避難所への誘導が行われています。避難所においては、保健師によって自宅の状況確認がされて殆どの場合自宅に戻り、ヘルパーをそのまま継続して利用されています。安否確認については 3 月 11 日 12 日 13 日の 3 日間は固定電話が使用できない状況もあった為、各サー

ビス事業によって重複はしたものの確実に訪問によって安否確認されていました。14日には各事業所との連絡もとれるようになり、8割に及ぶ利用者の安否確認が実施されました。更に通信手段も途絶えた中ヘルパーが水や食料を自宅からあるいは事務所に立ち寄って運んでいる状態です。又、デイサービスに行かれていて被災された方も多く、その日はデイサービスで過ごされショートステイと併設のところでは、そのままショートステイを利用されています。自宅にそのまま残られていた方は近所の方にあるいは、民生委員の方に手を引かれ車に乗せられ、一度は近くの集会所へと一時避難し、そこから又、避難所へと移動しなければならなかったりと、落ち着ける状態ではありませんでした。移動する度にヘルパーも利用者と一緒に自宅やら集会所、避難所へと一緒に行動を共にしています。自宅や避難所でおむつがないといったはステーションからおむつを運ぶ者もありました。地震のショックや避難所に移ってからの生活で急に歩く事が出来なくなり、おむつをしなければならなくなるなど、訪問看護と一緒にケアにあたる者もありました。幸いにも自宅の被災状況が甚大でなかった方は近隣の方やボランティアの方の協力で、家の片づけや食材の調達などしていただいたお陰でこれまでの生活に近い形で生活ができていた事がその後の生活に大きく影響する事が少なかったと考えます。震災直後は其々の事業者が安否確認に始まり、情報の共有に努めていました。ガソリンがなく移動に困難をきたしたヘルパーは歩きで訪問するなど確実な情報を得るために奔走しています。利用者に関わる関係者が個々に日常的な関わりの中で培われていた連携によってひとつのチームとなってあの混乱の最中、通信手段も途絶えガソリンも無く、食料さえままならない時に成し遂げられた事は不断の努力があったからこそと考えます。

宮城野管内には8か所の地域包括支援センターがありますが、連絡がとれない場合は、当方で赴き利用者の状況報告や確認をしています。3月14日の時点では2割程度の方が、心配された家族や身内の方に引き取られていたという事が確認出来ました。3月11日の本震のみならず4月7日の2度に渡る震災では民生委員始め、避難所にいた顔馴染みの保健師等によって避難所や自宅において介護保険事業所の互助的な協力によって地域との連携が図れ落ち着いた状況で過ごせていました。

が、その後数日間避難所に行かれた方や自宅で車椅子に座って過ごされていた方の間で足腰が弱り機能的な低下をきたし、転倒するなどして入退院を繰り返しています。室内にいる事が怖くて何度も外に出ようとして転倒したり、夜間になると室内で暴れたり、家の外に出て近所の人達に囲まれ自宅に居づらくなったりと精神的な状況変化が顕著に見られ周囲との軋轢が生じ、施設入所を迫られている場合があります。又家族と同居されている方で介護者が弟とされていた方については、この7月頃から認知症高齢者ご本人の顔に痣が出来ていた事を不審に思ったヘルパーが事業所に報告し、この報告を受けた保健師が訪問し確認したところ、介護者が毎日酒を飲むようになっていた事が分かったという事で地域包括支援センターとの連携を更に強化して家族介護者への支援も

含めていく事とされています。飲酒によらず、こうした家族介護者の変化は震災の影響を少なからず受けた事によるストレスから起こったものと考えられますが、認知症高齢者に大きく影響を及ぼしています。

当事業所には居宅支援・訪問介護・福祉用具の3つの事業所がありますが、居宅支援全利用者数164名この内49名(3割)が認知症の障害を持ち、更に一人暮らしをしている方の3割が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲと診断されています。この中で特に単身で生活をしている方では3月11日の震災を機に大きく環境が変化しています。宮城野区管内でも栄地区という所では(仙台塩釜港から4キロ程度離れたところにある)津波被害を受けたケアマネ事業者から当事業所に引き継ぎされた方は、震災時にはヘルパーによって避難所に誘導された後にライフラインが整うまでの間小学校に避難されました。ところが3月11日の震災と4月7日の余震により自宅の損壊が酷かった為に自宅に戻る事が出来ずその後暫くは市民センターに移られ生活をしていました。この間ヘルパー派遣も訪問看護も機能が停止し、服薬もされなかったという事です。当事業所が引き継ぎを受け病院に伺い薬とりなどを行っています。そして4月下旬頃には自宅の片づけを災害ボランティアに依頼しようやく自宅に戻る事が出来ています。

しかしながら震災後これまで以上に認知症状も進行し、記憶力の低下や被害妄想・幻覚症状(統合失調による)も伴って介護を更に求められる状態になっていました。家族は引き取る事はしたがこれ以上世話は出来ないと言われて積極的な関わりがありません。本人は自宅において電化製品の扱いが出来なかつたり薬の管理が出来ない状態となっていました。この事例では、ケアマネ事業者やその他の関係機関が停止してしまった事から、服薬も出来ず更には環境の変化等で認知症状の悪化を伴ってしまったと考えられます。現在は、通院や訪問看護も確実に行われ状態は落ち着かれています。

また、3月11日の震災時にはヘルパーの介助により、避難所に行きますが避難先の保健師から車いすでもあり自宅の損害が酷くなければ自宅で過ごされた方が良いと言われ自宅でそのままヘルパーが毎日訪問していました。余震もあってベットに横たわれない状態であったりパジャマに着替える事も出来なかつたりしたものの、体調の変化も無く落ち着いて生活が出来ていた様子でした。しかしながらこれまでになく夜間深夜早朝においては精神的に落ち着かず、興奮状態が続く「私を一人にするのか、死んでしまう」という言葉や寝泊りしてくれる方の存在に対して「家に泥棒が寝ている」などと言うようになっていきます。

震災後一人での生活が不安な為知人を泊ませたり、はさみで電話線を切ったりと夜間の不安をしきりと訴えていました。一時期骨折の為入院となりましたが現在は自宅で過ごされています。近隣の民生委員が心配して見守りを強化している事や夜間の対応のヘルプを強化する事によって在宅生活を継続されています。更に昨年6月頃に夫を亡くされた後に一人暮らしとなった方は、「まもりーぶ」の利用やヘルパー、デイサービスの利用で落ち着いた生活をしていたのですが、3月11日の震災以降に心身の不調を訴え

転倒や食欲を抑えられないなどの状況変化があり、布団からなかなか出ようとしなかったり幻聴が聞こえたり目に見えない誰かと話しをしたりするようになって、認知症専門医を受診することによりレビー小体型認知症と診断されています。この方の場合、これまで生活の中心は夫に支えられていたものの、夫の死後近隣に知らされる事なく生活していた様でこれを心配した義妹が当事業所に相談されケアを受けられていました。震災時は安否確認の為サービス提供責任者が訪問しており、プラン通りヘルパーも派遣されていましたが。それでも3月14日には「津波で逃げなければ」と家の外に出て大家さんの息子に背負われ自宅に戻っています。更には近所の店に行き動けなくなって民生委員にも背負われて自宅に戻ることもありました。在宅生活の難しさを言われつつも、ヘルパーの訪問を毎日に切り替えデイサービスに行くようにした所、徐々に落ち着きを取戻し、今では「皆と一緒に過ごせて楽しい」とまで言われています。認知症状に震災の影響が追い打ちをかけてしまったと思われる事例ですが、日中の見守り強化や地域の方の協力によって、一人暮らしを継続されています。

認知症の妻を介護していた男性は、自分自身も認知症となり徐々に介護も困難となってアリセプトを処方されるが脳底動脈不全の既往から不整脈が強く意識消失やめまいもあって中止されることとなり、以後別居していた長男がキーパーソンになって二人暮らしを見守っています。妻を介護する為日中留守に出来ないと言われていた主治医に奨められていたデイケアにも行かず妻がショートステイを利用するようになって自分自身も同じショートステイに行く様になり「顔馴染みも出来て嬉しい」とまで言われるようになっていました。その妻も昨年5月に亡くなり、一人暮らしをしていました。震災時にはショートステイ先にて難を逃れています。ショートステイ先の施設が暫く利用できない状況では、長男家族に身を寄せていましたが「家に帰りたい」と本人が強く希望した為、ライフラインが整った段階で自宅に戻られています。

宮城野区の特性は、他の区と比べ精神疾患の方や生活保護世帯が多い所です。とりわけ鶴ヶ谷地区というところは高齢化率28.8パーセントで住民の意識は地域づくりの意識が高く各町内会・老人クラブ・福祉団体などの地域活動がさかんなところです。仙台市において寝たきり予防検診事業や自殺予防・介護予防の先駆けとなったところです。栗田先生にはこうした取り組みに早くからご協力いただいております。私自身地域生活ネットワークという地域と区と事業者が一体となって障害者の「生活のしづらさ」に対して会議や研修を通して学び合い、又情報の共有をしていく事に関わらせていただきました。その中で「いずれ私たちも年をとったら必要だから」と真っ先に民生委員始め住民の方の協力があつたところです。こうした住民の意識が土壌となって、平時にあっては民生委員の協力や他機関が介入しやすい環境にあつたからこそこうした災害時に互助精神を土台とした連携が図れやすい環境にあつたものと考えられます。それでも個々の要因から、状況変化も見られ認知症状の悪化も見られる事もありますが、こうした災害時には、いかに早く其々の日常を取り戻せるかが問われていると考えます。又今後

についても、日頃の顔馴染みの関係と互助精神と関わる人達の創意工夫で認知症高齢者の精神的な負担の軽減を図っていかねばと考えます。

更に今現在問題とされているのが生活保護世帯の対象とされている方が、義援金や支援金の一時金が入る事により、保護の中止などがあるために施設入所を控えて将来的に考えればご本人達にとってどうなのか問われる事があり支援者達の頭の痛いところです。

また、管内に南相馬から一時避難をされてきていて、ご本人ご家族ともに認知症対応型通所介護を希望されるのですが今の段階では利用出来ないとされている事等が課題となっています。

更に、当協会包括支援センターからの報告では、震災後借り上げ住宅に住まわれていた方が引きこもり状態になったのをきっかけに包括支援センターが中心となって地域の認知症高齢者を介護されている家族に対して呼びかけを行い「安心して自由に話し合いの出来る場」「集える」環境作りを定期的に行うようにしたところ当初 20 名程の出席者があり、震災時のその時を赤裸々に語られていたといえます。その多くが津波被害によって住所を転々としてきた方であったり、放射能汚染区からの転居者です。そして家族に引き取られている方が多く、その中で介護状況が悪化したり震災時全身海水に浸かり救助されたが心不全狭心症によって亡くなられた方もいたようです。又同時に介護者自身仕事を無くしています。気仙沼からの転居者は夫も娘も流されていくのを見ながら認知症高齢者のみ助かるが、地元には戻りたくないと精神的に大きく痛手を受けられています。包括支援センターでは、次のように話合われた内容を伝えています。

- ① 認定されている方については、介護保険に繋ぎデイサービスやデイケアで外出が可能となっているのだがサービスを受けていない場合、外出する機会もなく引きこもりがちになっているという事。
- ② 今まで大きな家に住んでいたが借り上げ賃貸では部屋が狭く外の車の騒音が気になって不眠の訴えが多くあり、意欲の低下がある。
- ③ 一戸建てから高層マンションへの転居の為エレベーター利用が億劫になり外出がままならない。余震がある度エレベーターが止まるのではないかと自室に戻れない不安がある。
- ④ 長年かかりつけ主治医から離れている為、上手く心身の状況の相談が出来ずにいる。
- ⑤ 住んでいた地域の情報が入りにくい。
- ⑥ 住民票を仙台市に移していない方は、市の二次予防事業や食の自立支援等利用出来ない。
- ⑦ 精神疾患の方については、明らかに入院治療が必要があるのにも拘わらずベットがない等の理由で初診でも受け付けない。電話相談の段階で断られてしまう。

以上の事が震災以降の認知症高齢者を取り巻く現状と課題となって取り上げられて

います。当協会において、ステーション毎の機能と設備（停電時の連絡方法と情報の入手方法として緊急災害時電話や携帯ラジオ・テレビの設置）が検討され、現在配備されている状況です。又避難所にも行けない一人暮らし高齢者や高齢者夫婦への水や食事の確保を誰がどのように行うかを明確にする事や安否確認にとどまらず状況の確認を不足しているものを確保し届けられる仕組みを作るなど地域の一員として行なうべき課題は山積していますが、一つずつ地域の機関と協働しながら実現していきたいと考えます。

第 11 章

東日本大震災を振り返って（在宅認知症ケア）

（社福）仙台福祉サービス協会・若林ヘルパーステーション

居宅介護支援班長 高橋 順子

仙台市若林区に勤務する介護支援専門員・認知症研修指導者としての立場から、3月11日の東日本大震災を体験し、認知症の方や介護者が震災の危機的な状態をどのように過ごされたのか？また、時間の経過とともに変化してきていること、今後の課題について振り返り報告・意見を述べさせていただきます。

1. 震災時のケアの現状

《介護サービス事業所での対応》

- ① 震災当日、ショートステイ利用中の方は、自宅や家族の受け入れ態勢がとれるまで希望に応じ利用期間延長を事業所各々で対応してくれた。
「俺は避難所に行って大変だったのに、認知症の妻まで連れていっていたらどうなっていたかと思うとぞっとする。身体のことを分かっているショートステイ先でみてくれたので助かった」（家族から）
- ② あるデイサービスでは、安全確認してから自宅に送ってくださり、家族と引き継ぎができない方をまた施設に連れ帰り、デイ職員が泊まりケアしながら家族につないだ。また、別のデイサービスでは一人暮らしや自宅が危険な地域の利用者を近くの指定避難所へデイ職員が付き添い避難。避難所担当者に交渉し一部屋キープしてもらいデイ職員がボランティアでケアし、顔馴染みの利用者・職員と一緒に生活できたので大きな混乱はなかった。
- ③ 避難所に行くことができない、家族からの支援も困難な方は、主治医に相談し、ステーションで炊き出しを行い職員がおにぎりや水等持参し生活維持できるように支援した（公的な支援物資は避難所に行けない人には入手困難な状況であった）。
- ④ 訪問看護師は、医療依存度の高い方を優先的に訪問。情報交換をおこないながら、必要に応じケアマネが区役所や病院へ連絡調整し入院対応となった方もいた。

*①②③④ともに震災以前からご本人の心身の状態を理解し、顔馴染みの関係での緊急対応であったため、本人もご家族もサービス担当者の方も最悪の環境ながら最大の支援体制が取れたと考える。災害時の緊急対応は状態把握が不完全なことは多いと思う。認知症の人は程度にもよるが、名前・住所・生年月日・緊急連絡先・処方薬・注意事項や介護のポイント・声掛けの仕方等メモし、緊急用持ち出しバックに保管しておく、緊急でケアの対応が必要な災害時でも十分なケアができるので

はないかと考える。

《家族の対応》

- ① 普段から認知症介護のセミナーや家族の会に参加している市内に住む介護者は、環境を替えると本人を混乱させてしまうからと、家族の方が自宅に来て泊まり介護した。「自宅だったので停電していても案外混乱等は少なかった。」(介護者談)
震災後一人にしてはおけないと、ご家族が自宅へ連れていかれ、一緒に生活をされた方々は、普段見えていなかった認知症の症状に戸惑い、介護される人も介護する人もストレスが溜まり関係が悪化してしまうことも見受けられた。
- ② 指定避難所に行っても、普段、スケジュール通りに生活しないとパニック状態になってしまい、大声を上げたりして迷惑をかけてしまうのではと介護者が判断し、近くの病院に避難した。「混乱して大騒ぎしないかとビクビクしていましたが、運よくトイレの近くで人通りのある方を背にしたコーナーを確保できました。お医者様や看護師さんが通られて笑顔で声をかけてくださるの。感激して涙がでたわ。私自身も癒されました。主人もありがたいことにパニック状態になることなく、明るくて暖かいところにおいていただいたので落ち着いて過ごすことができました」(介護者談)
- ③ 「認知症で何もわからないと思っていた母がデイサービスの人やヘルパーさんが心配してかけつけて来てくれたら顔を見ただけで笑った。その笑顔を見たら、避難所に無理して行くより家にいた方が母は落ち着くのかなと思って、介護しようとする力が湧いてきた。結局、家で私が介護して過ごすことができた」(介護者談)
- ④ 「近所の人に普段から認知症の介護をしていることを説明し理解していただいたので、買い物で何時間も並べないから困ったとご近所に相談したら、宅配をしてくれるように近くの商店に頼んでくれた。お陰で何時間も一人にしてでかけるようなことをしなくて生活することができた」(介護者談)
- ⑤ 震災で自宅に住めなくなり、親族の家に同居したが、自宅に帰えろうと出かけたが、幸いパトロール中の警察官に保護される無事に戻ることができた。
- ⑥ 避難所でも出された支援物資がカップヌードルや菓子パン、果物等、高カロリー食品が多く糖尿病の認知症高齢者の方が高血糖となり入院となった。

*上記①②③④のように本人・介護者ともに震災の悲惨な状態でも、周囲の環境支援次第では、ご本人・ご介護者がほっとし、認知症の周宅辺症状も悪化せずに過ごすことができた。

2. 震災時、一生懸命介護したこと介護者、サービス担当者の介護負担は？

今回の震災の時でも介護ができたのだからこれからだって何とかなる。一人だけで頑張る必要はない。みんなの力を借りれば、自宅で十分介護が続けられると思うと前向きな考えで介護者を続けている方々も多くいる。

自分の命も危うい中で必死に介護を続けてきたのに、認知症の人は「地震？いつあったの？」とすっかり忘れている。頭では認知症だから仕方がないと思っけていても、心の中では何とも言えない葛藤が募り、災害がまた起きたらもう一度あの様な事はできない！無理！という思いが強く将来への不安や、心身の不調の訴えが多く、自宅での介護はできないのでどこかの施設へ入所をさせて欲しいと強く希望するという介護者が増えてきている。

サービス担当者も仕事としてしなければならないことは理解していても、自分の家族や自分自身のことも大切にしたい。今回は何とかやり終えたが、もう一度できるだろうかという不安な気持ち持ちで仕事をしているサービス担当者もいるのではないか？

3. 今後の課題

- ① 認知症の人も認知症になっていない人も正しく病気を理解できるような啓発キャンペーンの検討。

楽しく参加しながら理解する。劇団や紙芝居は実施しているが、落語やコント等は？

- ② ボランティアの活用は大切であるが、認知症の人を継続的に支援するためにはお金がかからないことだけでは難しいのではないか？

- ③ 認知症の人が安心して生活ができる地域コミュニティー作りを急ぐ必要があるのではないか？

- ④ 家族関係や家族の居住地等複雑になってきているので、災害時の支援体制・連絡が取れないときの対応の確立。

(個人情報保護法もありますが・・・事前に本人・家族・支援者で確認をとり記録しておく等。どこが管理し、どの程度の有事の場合に活用可能か等の検討も必要と思いますが)

第 12 章

東日本大震災後の認知症医療・ケアの現状と課題

三峰病院院長 連記 成史

平成 23 年 3 月 11 日午後 2 時 46 分に発生した大地震とその後の大津波。多くの人命が失われ傷つき、ふるさとは壊滅した。自らの命を守ることさえ儘ならぬ中、多くの人々が運命に導かれながら自らの務めを果たした。想像を絶する光景の中でも立ちすくむことは許されなかった。この報告書は、認知症医療・ケアの維持確保に懸命に立ち向かった人々の渾身の報告書である。それぞれの分野の有志に協力を頂き作成された。

とりまとめは三峰病院の連記成史が担当した。医療の立場から宮城県認知症疾患医療センター認知症ケア専門士、精神保健福祉士、保健福祉の立場から宮城県気仙沼保健福祉事務所保健師、気仙沼市地域包括支援センター保健師、在宅介護支援センター介護支援専門員、認知症グループホーム介護支援専門員、介護老人保健施設社会福祉士が現状と課題について報告する。

12-1. 医療の立場から (1)

宮城県認知症疾患医療センター（三峰病院）精神保健福祉士 結城 美奈子

平成 23 年 3 月 11 日午後 14 時 46 分、未曾有の大災害が私たちに襲った。当時はこれ程までの被害になるとは予想出来ず、目の前のことに対処するだけで精一杯だったことを覚えている。

幸いにして、当院は建物の倒壊などの大きな被害はなかったが、電気や水道の供給は途絶えてしまった。当院の入院病棟は 3 階と 4 階、調理場は 2 階にあるのだが、停電しエレベーターの使用が適わなかったため、電気が復旧するまでの十数日間、職員がバケツリレー方式で日に 3 度、階段や廊下に並び配膳を行った。その食事も、食糧確保の目途が立たないことから、普段の半分以下の量という時もあった。また、雪が降る季節であったが暖房設備が使えなくなり、懸命の対応はしたものの高齢の入院患者などは低体温症を発症した。また、入院患者達は安全確保のために共有ホールで寝食を共にした。

また、市内に 3 施設あった精神科医療機関のうち当院を除く 2 施設が被災したために、各医療機関の外来患者が当院に集中することとなった。それに加え、内科や外科の薬を求め来院した方々で外来が溢れかえった。市内数カ所の医療機関が被災し、また市の総合体育館が当院の裏手に位置していたこともあって、そちらに避難した人達が当院を訪れたのである。皆が着の身着のまま避難していたため、当然お薬手帳や薬の説明書などは持ち合わせてはいない。そこで外来に新患窓口を設け、初めて訪れる方一人ひとりと面接し、既往歴、どのような効能の薬であったか、どのような色・形であったか等を確認し、それぞれの方にとって最善の処方となるよう努めた。病院での対応に追われた

私たちは外部に出掛け情報収集をすることも適わず、来院した方々から市内の状況を伺った程であった。震災によって急性症状を発症し入院治療を要する方も増加し、病床数を超えた入院対応も行った。外来と病棟の状況を共有すべく、各病棟・部署の主任らが毎日朝晩とミーティングを行い病院職員間での情報周知を徹底させた。当時の病院の様子を簡単に説明すると以上のような状況であった。

ここからは認知症という疾患に特化して述べたいと思う。震災直後より、認知症の症状を呈する方の受診が顕著となった。それは、震災前は多少もの忘れがありながらも自宅では生活出来ていた方が、被災し住み慣れた家を失い、大切な肉親を亡くすなどの大きな環境変化の中に巻き込まれ、不安と混乱の中で認知機能の低下を余儀なくされるという経過を経たことによるものであった。また、長期に渡る避難所での慣れない生活が身体活動を不活発にさせ、ADL低下をも引き起こした。それに伴い、強い不安・焦燥感や意欲低下などのうつ症状を呈し、徐々に認知症に移行していった高齢者のケースも少なくはない。夜間せん妄、不眠状態や興奮状態を呈し入院した方も多くおられたが、薬物治療や適切なケアにより、比較的短期間のうちに症状の改善が認められた。しかしながら、自宅が流出したことによる受け入れ先確保の困難、また介護施設等も同様の状態であったために、福祉サービスが充分には利用出来ず家族の負担が増加する結果となり、退院が著しく困難となった。

今回の震災で認知症を有する方の支援を困難にさせた最も痛切に感じたことは、本人のみならず家族の生活そのものの変化、また元々存在していた地域コミュニティの崩壊である。

今回の震災で自宅が流出、認知症を発症したことによる独居生活の困難さから、離れて暮らしていた家族と同居するようになった方も多い。場合によっては、家族自身も被災し失職している方もおられた。その中で家族は、認知症という疾患に対する迷いに加え、これまでとは異なった距離感の中で本人と向き合うことになったことへの戸惑いも同時に持ち合わせている様子が伺えた。実際に私が担当したケースで、震災により認知症を発症した親と同居するようになったが、疾患そのものと、また認知症の周辺症状を呈している親自身への戸惑いや混乱から、病院や各種関係機関へ不満を再三に渡り訴えた家族がいた。このケースに関しては関係機関で情報を共有し、本人受診の際に、本人と家族を別個に面接するという対応を取ることとした。投薬による本人の症状安定も影響し、受診する毎に家族の表情も和らいでいった。現在では面接は要せず、本人も外来受診を継続出来ている。このケースのみならず、電話相談や訪問支援など何らかの形で家族を支援する体制は不可欠であった。

また、地域コミュニティが崩壊したことによって認知症を有する方を受け入れる環境が悪化したことも述べておきたい。これまでは何十年にも渡って付き合いがあった中で生活し、多少のもの忘れやそれに伴う行動が受容されてきたうえで生活が保たれていた方が、全く繋がりのない人々の集団に放り込まれることにより、生活が困難になったケ

ースが非常に多かった。避難所然り、仮設住宅に関してもこれまでの共同体が存続している場所は皆無に等しい。それ故に、認知症を有している方に対する寛容さは薄れ、家族が近隣住民からの目を気にし、あるいは直接苦情を受け、それが本人に対する不適切なケアへと変化し本人の症状悪化に繋がる場合もあった。また地域住民が市内各地に散らばったことにより、民生委員等の機能もうまく働かず、結果的に家族が誰にも相談できずに孤立したケースもある。

認知症を有する方へのケアは、本人の想いに則ったうえでの包括的なケアが望ましいという通念がある。今回の震災では、これまで確立されていたフォーマル・インフォーマルなネットワークを崩壊させてしまった。病院や各種介護施設の復旧は早々に望まれ、実現されてきたが、認知症を有する方々への真の包括的ケアを再確立させるには、家族への支援、また地域レベルでの人と人との繋がりへの再構築など、様々な面での復興が必要となるであろう。

これまで紹介した他にも、震災がきっかけとなって虐待が明るみに出たケースや、津波は免れたものの今後を悲観し、本人や介護者が自ら死を選んだケースなど、様々な問題に直面した。しかし虐待や心中といった問題は日常的に起こり得るものであり、震災という特別な環境下でのみ起こることではない。身近に起こり得ることと改めて認識出来たことは、今後生かしていくべき点であるように思う。

当院が認知症疾患医療センターを開設し半年が過ぎた。今後も気仙沼や近隣の地域における認知症医療の中核であるべく、日々の業務に励みたいと考えている。

12-2. 医療の立場から (2)

宮城県認知症疾患医療センター（三峰病院） 認知症ケア専門士 遠藤 眞

3月11日の東日本大震災から認知症患者数は増加を辿っており、平成22年度の総数を超えようとしている。また、地域包括支援センター、ケアマネージャー、福祉施設など関係職種との連絡・連携調整数に関しては200件を超えている。特に宮城県認知症疾患医療センターの指定を受けた6月からの4ヶ月間で現在までの8割を占める状態である。

約8か月間の認知症相談時の状況・診察時の症状を振り返ってみるといくつかの共通した点が見えてきた。

3月11日～31日までは様々な患者が受診してしまい、病院も混乱していた時期であり、認知症相談、受診した正確な数、状況が把握できないが、4月から10月までの認知症相談・診察時の状況からほぼ全ケースで、震災により家族、自宅、仕事を失ったことで大きな精神的なショックを受けたこと、認知症患者の取り巻く生活環境が一変したことが大きな要因になり、物忘れ症状の発症・BPSDを出現させたケースが圧倒的に多いことがわかった。具体的にいくつかの事例を紹介する。

ケース 1：地元を開業し、仕事一筋に 50 年以上働き続けた方のケース。

津波により、自宅、店舗を流され、その状況をただ眺めるしかできなかった。「仕方がない」と表面上は諦めたが、更地になった土地をぼんやり眺めているうちに気分も落ち込み、元気がなくなっていく。MCI レベルの方であったが、震災をきっかけに徐々に物忘れが目立つようになっていった。

ケース 2：施設入所中の症状が安定していた認知症の方のケース。

施設周辺地区が津波と火災に襲われた。周囲を炎に囲まれながら、寒さと恐怖に耐えながら 1 日を送った。レスキューに救助されたが、避難先で肺炎となり入院。壮絶な恐怖体験、肺炎による入院といった二重の環境変化が物忘れ症状を悪化させてしまった。

このように MCI レベルの方や物忘れはあっても安定した生活を送っていた方が、震災をきっかけに生活環境が一変して、症状悪化させてしまうケースが圧倒的に多かったように思う。

ケース 3：ライフラインの遮断、交通機関の麻痺、ガソリンが手に入らなかったことなどで通院できず、早期受診・治療が困難となり、BPSD が悪化したケース。

介護サービスを利用しながら在宅で生活していた認知症高齢者で、介護サービス事業所などの被災により、介護する家族の精神的・身体的負担を大きくさせ、介護力を著しく低下させた。さらに震災のショックや環境変化に適応できない認知症患者は、様々な BPSD が出現してしまう。対応する家族はイライラした状態で接してしまう為、さらに BPSD を悪化させる、などの悪循環の状況に陥ってしまったようだ。

表 1 は 4 月～10 月までの月別 BPSD 頻度である。この表から興味深い状況が確認できた。それぞれの時期毎に認知症患者、介護する家族らの当時の状況と苦悩を紹介する。

1) 震災当時は他の避難者の方々も同じ境遇の者同士、互いに助け合う気持ちが強かった。認知症の人や介護する家族に対して理解を示してくれる方も多かったが、避難所生活が長期化することでの苛立ちや今後の生活再建への不安などのストレスが募り、次第に認知症の人の行動を理解する気持ちは失われていった。認知症患者の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などの BPSD 出現頻度が高くなれば、睡眠を妨げる直接の原因となり、介護する家族が注意を受けて、精神的な負担を大きくさせてしまった。認知症の人と介護家族の避難場所が失われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方が多かったようだ。そのような状況は、認知症患者も介護する家族も精神的、身体的に限界な状態に陥りやすい。藁をも掴む気持ちで専門病院に相談・受診して薬物療法を希望したり、やむを得ず入院させ

たりするケースが多かった。

- 2) 津波による自宅の被害はなくても、家族の入院や死去により独居になってしまい、ライフラインのない状況での生活は困難となった認知症患者が、福祉避難所対応や専門病院へ入院となったケースがあった。福祉避難所対応となったケースは、生活環境の変化はもちろん、見知らぬボランティアの方言の違いから言葉の理解が難しいことなどの混乱や不信感が妄想、興奮、介護抵抗、帰宅願望などのBPSDを出現させてしまった。
- 3) 被災した自宅に帰ると言っても、昼夜問わず瓦礫の中を徘徊してしまい、道に迷って帰宅できずに捜索したり、自衛隊に救助されたりしたケースがあった。家族は「外に出られては困る」とドアに鍵をかけてしまう。結果的に認知症患者の興奮を増長させてしまった。
- 4) 避難所、福祉施設での肺炎、ADL低下、食欲不振、合併症の悪化などにより一般病院での治療は必要だが、夜間せん妄などにより治療協力を得られない為、認知症治療が優先と判断されて、専門病院に入院となってしまうケースもあった。

4月～5月は避難所生活が始まったばかりの時期であり、震災によるショック、生活環境の変化が直接的な原因となったことが様々なBPSDを誘発させてしまったことが表からもわかる。

6月は徐々に仮設住宅での生活が始まった時期である。避難所から仮設住宅へ移ることによって、今までは常にボランティア等のスタッフらが見守っていた環境から、独居や2～3人暮らしなどの生活環境に変化してしまった。この時期から夜間せん妄・易怒性・焦燥感・睡眠障害・不安、抑うつ・自発性の低下などの症状を合併した認知症患者の相談、受診が目立った。大きな要因として、仮設内に閉じこった生活リズムが、昼間の活動性を低下させ、昼夜逆転・夜間せん妄を出現させたのではないだろうか。「仮設住宅の壁は薄く、隣の声が聞こえてしまう為に、迷惑をかけてしまうと、せっかく決まった仮設住宅での生活が困難になるのではないか…」と不安になってくる為に、悪化する前に治療を希望する家族も多かったが、実際に迷惑をかけ始めた為に入院治療の相談をするケースも少なくなかった。

7月～8月にかけて仮設住宅での生活再建者が多くなってきた時期であり、日中は認知症患者が一人で過ごす状況が多くなった。外部との刺激がない閉ざされた環境が、表1に示したように、自発性の低下、ADL低下、不安感などの症状を誘発させてしまい、相談・受診してくるケースが目立った。特に8月は自発性が低下した相談・受診したケースが圧倒的に多いことがわかる。この時期の問題として2点紹介する。

- 1) 避難所での生活と違って個室化した仮設住宅は、認知症患者の状態、介護する家族の生活状況が把握できにくくなってしまったことが大きな問題となった。専門職種が介入する頃には、自発性低下、ADL低下、食欲不振などの症状が強くなっており、早期治療を促しても「誰でもあの震災に遭遇すれば元気はなくなるのでは…仕方の

ないことだと思っていた、年のせいだと思っていた・・・」と話す家族も多く、自発性低下も認知症の一症状である可能性が高いことの認識不足が、症状を見逃し、早期治療を遅らせた要因になったのではないだろうか。

- 2) 仮設住宅入居後から徐々に生活再建の準備などが始まることで、震災で失った自宅、家族、仕事などを思い出し、介護する家族が不安、抑うつ、不眠などの症状が出現したり、震災後から自分を犠牲にして、懸命に介護してきた家族らの精神的・身体的負担が大きくなり始めたりと家族自身のケア相談、受診が必要になったケースが多かった。

9月～10月は8月の問題点で挙げられた2点の状況が改善されずに続いたことが要因になって、易怒性、焦燥感、興奮、幻覚妄想、睡眠障害などのBPSDを誘発、悪化させてしまったようだ。

仮設生活が長期化することでの生活再建への焦り、狭い空間で常に認知症患者と行動を共にすることのストレスなどが、家族介護力を低下させた。苛立ちによる厳しい言動が、認知症患者を混乱させ、BPSDを誘発させてしまう。結果的に家族の介護負担が大きくなり、症状の悪化と家族関係が悪化した状態で相談、受診（入院）するケースが多かった。

また、この時期は仮設住宅への専門職種の訪問が積極的に始まった時期でもあり、介護する家族の負担を減らす為に、介護保険を申請、区分変更の依頼で専門病院へ鑑別診断を希望するケースが多かった。

・どのような職種の方から専門病院の相談・診察を促されたのか。

表2に示したように、ケアマネから促されたケースが31%と圧倒的に多かった。

次いで、かかりつけの病院で医師、看護師から促されたケースが多かった。このことから認知症は専門治療が必要であり、専門病院を受診するべき、といった認識を持った専門職種の方が多いことがわかる。

表1：月別BPSD頻度

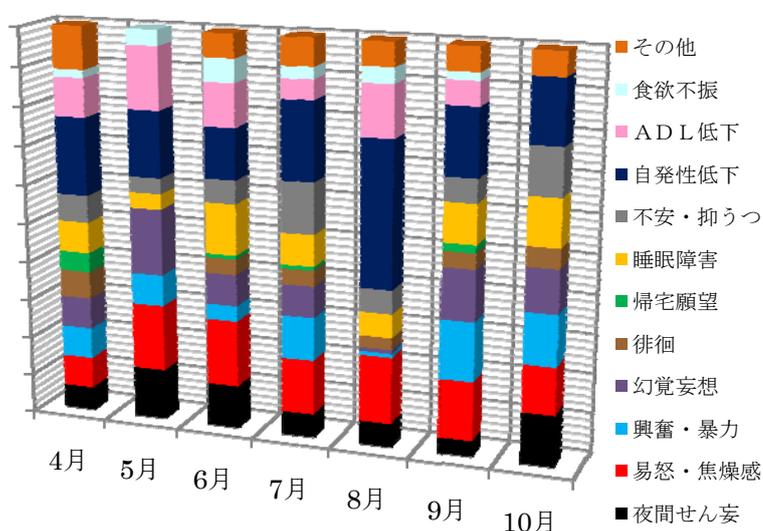


表2：専門病院の相談窓口を知った経路

地域包括支援センター保健師	ケアマネジャー	病院関係者	施設関係者	知人	インターネット新聞広告	なし
2%	31%	19%	16%	3%	13%	15%

課題：認知症は環境変化に脆弱な病気であるにも関わらず、避難所生活、ライフライン復旧で突然灯りが点いたこと、仮設生活、修復した自宅に戻っての生活、認知症のために病院から病院へとたらい回しされた状態、専門病院への入院など、短期間のうちで、いくつもの環境変化を経験しては、その度に適応できずに様々なBPSDを誘発、悪化させてしまった。それぞれの専門職種も「緊急事態だから仕方がない」と言い聞かせ、葛藤しながら対応されていたと思う。

現在では、施設や介護事業所の復旧により、専門職種間の連携が再構築されつつあるが、今後は認知症高齢者が現在生活している場所で長く生活できるように、できる限り環境変化を与えないように、保健・医療・福祉・介護の密な連携、情報共有が求められる。宮城県認知症疾患医療センターは再び認知症の人やそれを支える家族、介護者が安心して暮らせる街に戻れるように、認知症医療・ケアの拠点となり、地域連携体制を強化していかなければならない。

震災からまだ8か月しか経過していない。気仙沼地域に課せられる問題は山積してい

る。今後想定されるケースをしっかりと考え、認知症高齢者の症状悪化を未然に防げるよう情報収集、専門職種との連携を図っていきたい。

12-3. 保健福祉の立場から (1)

宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班 保健師 前田 知恵子

今回の震災では、高齢者、特に認知症高齢者が安心して過ごせるためには、こんなにたくさんの困難が起こるものだという事を痛感させられた。災害時の認知症高齢者の支援の課題は多々あるが、特に強く感じたものを4点ほど挙げてみたい。

1) 避難所や自宅で過ごせない高齢者の制度的支援について

被災直後、入所施設の被災情報と共に在宅や避難所で過ごすことが難しい方を早急にどこか安全な場所に移す必要があるという課題がかなり早い段階で上がってきていた。その多くは認知症高齢者であり、家族自身も避難生活のため、落ち着くまでの間、安心できるところに本人を預けたいという相談が多く寄せられた。

当所では他管内の施設への受け入れ依頼や、施設までの移送等を調整する中で、既存の枠組みに阻まれることがかなり多かった。例えば、施設への受け入れ後に、介護保険の対象者ではないことが判明したり、生活保護のためユニット型の施設は利用が困難なことが判明して、一度受け入れ後に、再度別の施設への受け入れ調整・移送を行なわざるを得ないケースがあった。

介護保険や障害者自立支援法、生活保護法など諸制度の枠組みに縛られ、転々とせざるを得ず、やっと環境に慣れた頃にまた移動するという、本人へのストレスが増してしまい、家族も落ち着く先が見つからないという不安が大きくなってしまっていた。緊急時には制度による壁をなくし、本人や家族が安心して過ごせるための体制整備が非常に重要であると感じた。

2) 認知症の人と家族を支える地域づくりについて

被災直後から、避難所では、認知症の人が慣れない環境や不安から行動・心理症状(BPSD)が強くなり、その様子を見て周囲の人の誤解や偏見が強まり、本人や家族との精神的な溝が深くなるという事態があちこちで起こっていた。そのため避難所では過ごせず、1階が壊れた状態の自宅に無理矢理戻ったり、車で寝泊まりするなど、結果的に避難所から追いやられてしまった方も多かった。

一方、認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守ってくれたり、近隣の人が集まった避難所では以前からの本人と家族を支える輪がそのまま継続されることもあった。地域に認知症を理解して支えられる人達がいることによって、災害時にも認知症の人と家族を支える力を発揮できることが実証されたと

思う。

日頃から認知症サポーター養成講座を始めとした、認知症を正しく理解するための普及啓発を行っていくことで地域全体の認知症を支える力を強くすることができ、震災のような緊急時にも活かされられると思われる。

3) 身寄りがない、家族の支える力が弱い高齢者への支援について

高齢者介護や医療に関わる様々な制度は、家族がいることが前提で成り立っており、家族が失われると支援がより困難になることを再認識させられた。

避難所では対応困難な方が、緊急入所や緊急入院となったケースが多かったが、家族がいない認知症のケースでは施設や病院でも受け入れがスムーズにいかず、事後のフォローにも相当の時間と労力を投入する必要があった。介護事業所や地域包括支援センターの被災により、要介護高齢者の支援体制が脆弱になると、タイムリーな支援が困難になる。また、一時的な受け入れは可能でも、身寄りがいない場合、施設側も家族や保証人の存在なしでは受け入れに難色を示すことがあり、長期的な居場所を探すのが困難になることが多い。

身寄りのない高齢者について、同じような問題は平常時でも起こるが、震災のような緊急時には待たないである。これは医療行為の同意権の問題や身上監護等の成年後見制度に関わるものであり、解決は簡単ではないが、きちんと検討していかなければいけない重要な課題である。

4) 関係者間の連携について

各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネージャー協会気仙沼支部主導で設けられた。

各事業所の被害状況や稼働状況、連絡先などが分かったことで、被災していない事業所のサービスにすぐに切り替えたり、代替サービスに繋げたりなど、事業所同士がカバーし合う体制を少しでも作ることができた。また、会場が精神科病院だったことで、認知症を支える医療と介護がより強く結びつくきっかけとなった。

緊急時こそ情報がカギになるが、いち早く事業所の情報交換の場が設けられた意義は大きかったと思われる。日頃から関係者間の連携を密にしておくことで、緊急時にも大きな力が発揮されることを実感した。

「日頃できないことは緊急時にもできない。日頃の活動が緊急時に現れる。」と色々な方に教わったが、認知症の方を支えるためには、家族、介護事業所、行政、地域住民など、色々な方面に対する日頃の取り組みや顔の見える連携が重要となることを改めて実感した。

12-4. 保健・福祉の立場から (2)

気仙沼市保健福祉部高齢介護課 気仙沼市地域包括支援センター保健師 熊谷 悦子

震災直後、何が起きているのかが全く分からない中、目の前の避難者の方々の支援を行っていた。避難所での寝泊まりが続き避難所内の方々の見守りを行うだけで精一杯の日々を送っていたように記憶している。

通信網が復旧し、被害の状態が明らかになっていくうちに色々な課題が出てきた。

グループホームについては、12施設中7施設が流出し、デイサービスセンターは17施設中5施設が被災してしまった。電気や水道の復旧も5月末までかかり、十分な介護サービス提供ができない状況であった。

また、精神科医療機関も3施設中2施設が被災し、被災した病院に通所していた患者さん達が服薬を継続するのが難しい状況であった。

避難所に避難している方々は着のみ着のままで避難しており、かかりつけ医や服薬状況の確認ができない方も多くみられた。中には通りかかった人に救助され、何が起きているのか分からず、現在どこに居るのかも判断できず、名前の確認もできない方もいた。また、一人暮らしで軽度の認知症状がある方が自治会長から避難所に行くと言われて避難所に来たり、認知症で一人暮らしの方が介護サービスの利用が不可能となり、親戚も面倒を見ることを拒否したため、ケアマネが避難所に連れてきた事例もあった。

避難所に配置された看護職は、車いすの操作や排せつ・移動介助に追われ、認知症の方は避難所職員でも「どう話しかけてよいかわからない。」とそばに寄れず、食事の配付でさえも看護職が行い、避難者全体の健康状態把握に至らない状況が続いていた。

一般避難所において生活困難な方に対し効果的なケアを行う必要性が高まったことから認知症等、介護の手間が大きい方の把握を行い、休止中の保育所を活用した福祉避難所を開設する事とした。約40人の方が対象になり、認知機能低下が見られた方は12人であった。

ホテル等での二次避難所でも認知症の方への関わりが難しい事例も見られた。徘徊するため部屋に鍵をかけ一日中家族が見守っており、部屋に支援者が入室できないことが続いた事例があった。この二次避難所には理学療法士・作業療法士の方が泊まり込みで支援を行っており、その中に認知症ケア専門士を持っている方がいて、その方の関わりを契機として支援者が入室できるようになっていった。介護者に寄り添いながら、無理せず介入していったことが功を奏したと感じている。

市役所の福祉・介護部門を担当する課も被災し、介護認定審査会が再開できたのは5月6日。避難所生活や余震による精神的な影響、体力低下による状態悪化や家族が被災したことによる家族介護力低下や仮設住宅への入居等生活環境の変化により、新規の介護認定申請が大幅に増加し、9月末現在と比較すると前年度より3割以上増加している。それに伴い、新規の要支援要介護者数が増え、介護度の高い方は自宅の流出・家族介護

力の低下等の理由で施設入所希望者が増えている。

今回の震災を踏まえ、行政として・保健師として検討しておいた方が良いと思うことがいくつかある。

第一に避難所に従事する職員への研修があげられる。車いすの操作・歩行移動介助・排せつ介助および認知症に対する知識の獲得である。看護職が避難所に配置されても全体の健康管理ができない状況では避難者全員の状態悪化につながりかねない。看護職が中心となって被災者に対する支援活動ができるよう他の従事者の介護知識獲得が重要であるとする。また、認知症サポーター養成講座を行政職はじめ市民の多くの方に受講していただくことも重要である。一人暮らしの認知症の方の避難確認作業や支援方法の検討も必要性が高いと考える。

市内の在宅介護支援センター・居宅支援事業所・介護施設の方々の協力があり、被災者支援が早期に開始された例も多くあったが、日常生活全般に支援が必要な状況で、自ら通院先や服薬内容を伝える事が出来ない方をどう避難先で支えていくか、地域ぐるみでの取り組みが必要ではないかと感じている。

認知症の方で避難先の環境に適応できず症状が悪化する方や、家族が他者に迷惑をかけるからと行動を制限したりする事例もあり、早期の専門的な施設への移動が重要だと感じている。今回の震災では地域の介護施設が十分なサービスを提供することが不可能な状況であった。他市・他地域と事前に震災時の要介護者の受け入れについて協議をしておくことも必要であると思う。地域を超えた連携が取りやすいよう、福祉避難所として市町村と協定した施設には優遇措置を講じるなど国レベルでの支援をいただければ幸いである。

避難所・仮設住宅等において全国から医療・福祉・看護・介護・ボランティアやNPO・NGO等様々な方からの支援を頂いた。二次避難所では認知症の方や高齢者の方々は慣れない環境で身体を縮め、心も閉ざし生活していた状況があった。その中で理学療法士・作業療法士・認知症ケア専門士の方の支援は避難者のみならず支援従事者にも安心感をもたらして頂いた。また、生活不活発病予防に効果をあげて頂いた。早期からこのような専門職の方に多くの方に介入して頂く事により、新規の介護認定申請者減少が期待できるのではないかと考えている。現行の災害救助法では理学療法士等派遣は適用にならないと聞いている。今後の災害に備え、様々な職種の方を対象とするよう検討が必要と考えている。

地域内での協力体制づくりのみではなく、広域での協力体制づくりの必要性を痛感した。日本全国・海外からも支援を頂きました。市民が希望を失わずに生活できているのもそのおかげだと思っている。その支援に応えるために市民が一体となって住んでいて良かったと思える地域づくりを行っていけるよう努めていきたいと思う。

東日本大震災被害状況

区分	被災状況	
人的被害 (死亡者数)	1, 026人	9月30日現在
(不明者数)	383人	9月30日現在
被災世帯数	約9, 500世帯 (35.7%)	
ライフライン (水道)	24, 409戸 (94.5%) 3月11日災害発生後	
(電気)	市内全域停電 3月11日災害発生後	
高齢者施設 (特別養護老人ホーム)	6施設中	1施設が水没
(老人保健施設)	4施設中	1施設が水没
(グループホーム)	12施設中	7施設が流出
(デイサービスセンター)	17施設中	5施設が被災
(訪問介護)	14事業所中8事業所が被災	

避難所数・避難者数

	最大時	9月30日現在	10月24日現在
避難所数	105施設 (3月20日現在)	15施設	5施設
避難者数	20, 086人 (3月17日現在)	207人	77人

支援状況等

- 3月11日 避難所開設 各避難所に気仙沼市職員 (看護職含む) 配備
- 3月13日 D-MAT支援開始
- 3月15日 市内開業医療機関7か所再開情報あり (他医療機関受診者も薬の処方をしていただいた)
- 水道・電気が市内一部で供給開始
- 3月19日頃 一部携帯電話復旧
- 3月19日 一部の訪問介護事業所がサービスを開始
- 3月21日 医療救護所15か所設置 (気仙沼市医師会・一関市医師会・D-MAT)
- 3月23日 地域コミュニティFM開局
- 3月25日 巡回療養支援隊 支援開始
- 3月28日 災害ボランティアセンター開設
- 応急仮設住宅着工, ゴミ収集が通常どおりとなる
- 4月 7日 落合福祉避難所開所
- 5月 6日 介護認定審査会開始
新規の介護認定申請件数
- 平成23年4月～9月684件 (前年比33.9%増)
(平成22年4月～9月 511件)

震災により避難所生活や余震による精神的な影響, 体力低下による様態の変化や家族が被災したことによる家族介護力の低下等で新規申請が増加したと考えられる。

一般避難所では生活困難な方や濃密な介護・関わりが必要な方を対象に福祉避難所を

開所した。通信網の復旧に伴い、各避難所より避難者の情報を収集し、一般避難所では生活困難とされた40人については状況把握を地域包括支援センターが実施。そのうち12人の方に認知症状が見られた。

12-5. 保健福祉の立場から (3)

一 居宅介護支援における震災後の現状とは 一

社会福祉法人なかつうみ会 恵風荘在宅介護支援センター介護支援専門員

白幡 かつみ

3月11日午後2時46分その時までは、何事もなくサービスは提供されていた。震災後、認知症高齢者の生活状況が一変した。そのいくつかを紹介する。

一つ目の事例：認知症自立度Mの寝たきりの女性は、高齢である夫と二人暮らしで、訪問介護を利用し日に3回排泄ケアを受けていた。震災後、計画通りに日に3回の排泄ケアは確保出来ず、日に1回の訪問となった。しかし1週間後、ガソリンの給油制限にて緊急車両以外はガソリンの確保が困難となった。今まで稼働していたヘルパー車は使用出来ないと事業所から連絡が入った。私は、「市役所に行って相談してはどうか」と求めたが、その時点ではどうにもならなかった。私は、すぐ他の事業所に依頼すると共に、その女性宅と自宅が近いヘルパーを指名した。事情を説明した所そのヘルパーは快諾し、翌日から移動手段に自転車を使用しながら日に2回排泄ケアを対応してくれた。結局従来利用していた事業所が再開するまで、このヘルパーの支援は継続した。認知症の妻を介護する夫は、「日に2回来てくれるだけでもありがたい。」と言って何度も何度もヘルパーに感謝した。その姿が今でも私の目に焼き付いている。もし、サービス提供が皆無の場合、医療・福祉関係者が配置されている避難所へ移動することも考えていた。もちろん、ショートステイは全事業所稼働中止状態であった。

移動手段である車両が確保出来ない状況の中でも、災害直後必要なケアが可能な限り提供されるように、予め災害時の対策を検討すべきだと感じた。

二つ目の事例：認知症自立度Ⅱbの男性は、双極性感情障害のある息子と二人暮らしであり、震災前までは親子間で小さなトラブルはあるものの、息子から介護を受けて生活されていた。現在でも時々震災当日のことを振り返っては、「あの地震の時、何も覚えていないんだよ。その後、病院に一人で行って転んだことも覚えていないんだ・・・」と話す。

震災後、間もなく息子は精神科に入院する。入院先の病院関係者が、当事業所に息子が入院したことを知らせに来てくれた。その際、「今、お父さん1人自宅にいるので、

今後定期的に訪問して下さい。食事は近隣のグループホームより3食提供してもらうことにしました。」と報告を受けた。その後、私は生活援助中心に訪問介護を調整した。その後、間もなくグループホームより、食事の提供は中止になったと連絡があった。理由は、本人が炊事の面で自立出来るようになった為である。翌日私は訪問しその事実を確認した。

その後、在宅生活は順調かと思われた矢先の4月6日、地区のボランティアが訪問した際に、自宅で転倒したらしく本人は腰痛を訴えた。ボランティアを介し地域包括支援センターに連絡が入り、その後被災地で活動していた巡回療養支援隊が訪問してくれた。(当市の医療機関が数カ所被災したこともあり、各地から医療チームが被災地入りしていた。)この時骨折等の所見はなくその場で痛み止めを処方された様子。この時点で、多方面から支援を受けて在宅生活を維持されていたことが伺い知ることが出来る。

その後、4月9日予期せぬ事態が起こった。誰も通院することは把握しておらず、この日単独で通院した際待合室で転倒し額を縫合する怪我を負った。そのまま入院することとなるが、その2日後、病院より夜間せん妄が顕著な為、24時間付き添いが必要であるといった内容の連絡がケアマネージャーに入る。私は、他県に住む娘夫婦の許可をもらった上で、人材派遣センターへ連絡し、24時間付き添い可能な人材を依頼した。今後、娘夫婦が身元引受人となり、在宅復帰まで関わることとなる。

その後、怪我が回復し家族より抜糸後に退院の予定と話される。この時家族としては、24時間付き添いの必要な状態である父の在宅復帰は考えておらず、施設入所の申し込みの手続きを数カ所行った。市内の施設は定員超過で受け入れていた為、入所出来る状況ではなかった。

私は、6月開設予定の認知症疾患医療センターが併設する精神科病院に入院の相談をした。担当者より病室の調整等前向きに検討すると回答を頂いた。また、地域包括支援センターにも相談した所、他県にある施設入所の話もされたが、退院が迫っていたので急遽福祉避難所への受け入れを依頼した。その後、無事に福祉避難所に移動となる。避難所には私も数回足を運び、本人の様子を伺うと共に今後の生活に対する意向を確認した。本人は、「息子が退院したらまた一緒に住みたい」と話し、家に帰ることを強く願った。また、この頃被害的な妄想も強く現われていた。現在避難所にいることで自分の財産が娘夫婦に搾取されていると思ひこむ発言等が聞かれた。

被害的な妄想の他には特に問題視するようなことはなかった。本人は、「なぜ今ここにいるのか」「なぜこのような状況になったのか」記憶が断片的だった為、私は震災後から現在に至るまでの経緯を説明して、まだ一人で生活出来るような状況でないことも付け加えた。その後、病院より病室が確保できたと連絡を頂き、病院関係者と共に福祉避難所に出向き、本人に対し入院についての説明を行った。この時も、娘夫婦に対しての被害妄想は聞かれていた。福祉避難所には4月23日～5月19日まで滞在した。

そして、5月19日精神科病院の認知症病棟に入院となる。入院中は穏やかに過ごし、

問題と思われるような言動もなく、次第に娘夫婦は在宅での独り暮らしについて前向きに考えてくれるようになった。入院中、数回カンファレンスを開催し退院に向けての話し合いと同時進行で、在宅サービスの調整も進めた。本人も訪問看護利用に関しては必要性を感じ、スムーズに在宅生活にシフトできる環境が整った。そして、7月3日に無事に退院。ケアマネージャー1人の力ではどうすることも出来ない事態であったが、このように家族を始め、各関係機関の協力・支援を受けながらひとりの認知症高齢者は在宅に復帰することが出来た。

震災後、契約入所はもちろん、ショートステイの利用さえ困難な状況の中、一時的に保護できる受け皿（福祉避難所）があったことと、BPSDが緩和するまで病院で受け入れて頂いたことは、本人が在宅に戻るまでのよりよい近道になったと思う。

こうして、震災後から在宅に戻るまでの支援に一段落付けることが出来た。

12-6. 保健福祉の立場から (4)

— 老健施設の職員として、そして社会福祉士としての今後の展望 —
医療法人社団晃和会 介護老人保健施設 リンデンバウムの杜
社会福祉士 熊谷 望

平成23年3月11日14:46突然の揺れに何が今起きているのか正直わからなかった。私は震災当日気仙沼から約50km程度離れた場所に居た。すごい地鳴りとアスファルトが波打つ様子を初めて見た。自分の目が急に悪くなったのか？と一瞬思うほど、まるで悪夢でも見ているかのような光景だった。まさか気仙沼がああ惨劇に巻き込まれているとは想像すらできなかった。地震が少し落ち着いた頃を見計らって急いで職場の施設へ向かった。

幸いに建物は無事だったがライフラインが寸断されていた。当時、入所者100名、通所利用者45名が施設内で生活していた。私自身とても混乱していてどのように今後の対応をしたらいいか、利用者、入所者に声をかけ、施設内の機材を見て回るのが精いっぱいであった。携帯電話が繋がらず家族と職員の安否を確認することもできなかった。さ～これからどうするか？まずは利用者の食糧・・・数日間分の備蓄は事前に準備していたものの、すべてのライフラインが長期間にわたって寸断するとは想定できなかったため、発電機、ガスボンベ、灯油、軽油、ガソリン等の準備ができていなかった。宮城県沖地震が想定されていたのにもかかわらず・・・全国の様々な方々からの救援物資等の協力を得て何とか持ちこたえたものの、その教訓を生かして今現在十分といえるほどの備品が整っている。施設独自の災害時訓練も実施した。今でこそ震災がなかったかのような生活を送っていただいているが、震災から約1か月の間、環境が激変してしまったことで認知症だった方はもちろん、そのほかの方々にも認知障害が起り機能

低下が著しい状態になっている。これまでは、タイムスケジュールや住環境の整備など利用者の状態に合わせた対応をしていたことで、低下を最小限に留めることができていた。しかし震災後は『暖』を取ることを最優先にした。各フロアの中心部に利用者を集め数少ないファンヒーター対応し、更にペレットストーブを導入し、少ない電力でできる限りの努力と工夫をしたが、それでも低体温症による救急搬送をした利用者もいた。利用者にとって常日頃見ていた景色や行動パターンに大きな変化があったことが認知症の進行を加速させた。また施設内で得られる入浴による清潔の保持や爽快感、リラククス効果の獲得やリハビリテーションによる機能保持や回復、ストレス解消効果などが薄れ崩れてしまった。利用者の『快適空間』を作ることを目標にしていた我々にとって、この震災は大きな爪痕を残していった。清潔の保持が十分でなかったことから褥瘡の発生、進行と重症化は何とか食い止めたものの寝たきりの利用者には苦しい環境が続いた。また痰の吸引についても苦労した。日中夜間問わず吸引が必要な利用者が数名おり電力確保ができなかった時には『ペットボトル吸引器』を震災当日に作成して対応した。普段通りの生活に近づけるため、食事についてはワンプレート（4～5品）方法で、おやつも提供し、リハスタッフによる集団レクリエーションの実施、ベットサイドのリハビリテーションの実施やお絵かきやカレンダー作り、算数、国語のドリルなどできる範囲で実施した。

今回の震災により残された大きな課題は、町の復興・復旧はもちろんだが、この震災によって環境の変化に適応できなかった利用者への支援体制である。震災とはいえ認知症の進行を食い止める方法はなかったのか？万が一、今後起こりうる災害によって同様にライフラインが寸断されたことを前提に、その際はどのようなケアを行っていけばよいのか？どちらもいまだに方向性が定められていない。それには、地域内で認知症についての共通理解が必要であると同時に、確固たる強靱な連携が必要である。今回の震災ではそれぞれの事業所を守ることにしかなかったが、今後は行政、病院、各施設、在介など認知症を取り巻く環境や目的は一致しているため、各分野の専門職間の役割を再認識し、今まで常識と言われたケアの方法では認知症の方々をはじめ支援が必要な方々を支えていけないと感じる。普段の環境下におけるケアマニュアルとは別に例えば認知症を特化していえば『震災時認知症対応マニュアル』等を作成する必要がある。更には、独居世帯の増加に伴う高齢者の孤立化、家屋が流失しことによる住環境の崩壊や親族、親類との関係断裂等による様々な支援を必要としている人々が増加したことなどを受け、成年後見制度などの中身や更なる強力な施設間同士の支援体制も構築する必要がある。身障、精神、知的、認知症等老若男女問わず、我々福祉に携わる者として、また社会福祉士として全力を尽くしていきたい。

地震大国である日本、未曾有の大震災を経験したが、今後起こらないとも限らない。また東海地方における地震も高い確率で発生するといわれている。日本全国どこに居ても避けては通れない問題である。我々が経験したこの東日本大震災、だからこそ我々が

立ち上がり超高齢化社会であるこの日本を、そして、これまでこの日本を支えてくれた人生の先輩達や我々そして未来を担う子供たちのため、どのような状況下でも有意義に生活していける手立てを構築していかなければならない。認知症をはじめ、様々な障害に対する災害対応マニュアルは日本全体の問題として、全国统一したものに仕上げなくてはならないと感じる。今後も地道な活動を展開していきたい。

12-7. 保健福祉の立場から (5)

一 東日本大震災による認知症介護の影響について 一

認知症高齢者グループホーム村伝 介護支援専門員・認知症介護指導者 熊谷 光二

今回の震災による津波では、多くの家屋が流出し、たくさんの高齢の方が住む場所を失った。住む場所を失った方は、避難所や仮設住宅、近親者と同居するなど、震災前と大きく住環境が変わってしまった。また、家屋だけではなく、愛する家族も失うなど心の支えがなくなり、気力や意欲に大きなマイナスの影響があった。

環境の変化の適応能力に乏しく、心の支えを失った高齢者の多くは、うつ傾向のほか、生活不活病(廃用性症候群)の様子が伺えるなど、自立した生活を営むことが難しくなり、生活を補うために新たな介護の手が必要になった。介護の担い手の多くは嫁や娘などですが、介護が長期化することでの身体的な負担と経済的な理由から、介護保険を申請した方が多かった。申請した方で施設を希望した方は、震災での施設被害(老人福祉施設・老人保健施設・ケアハウスが各1か所ずつ、グループホームが7か所)の影響もあって、在宅での介護を余儀なくされた。

在宅での介護を実践していく上で、訪問介護(ホームヘルパー)や通所介護(デイサービス)事業所は、震災直後、サービス利用の空き状況を確認できたが、上記の理由で徐々に多くの事業所で空き状態がなくなっていった。このことで、認知症高齢者の施設申し込みが止まった訳ではなく、施設の利用待ちということで、訪問・通所介護をそのための繋ぎとして利用した事例も多かった。むしろ、訪問介護などの介護の利用が始まったことによって、施設への申し込みが早まったような気がした。

ある介護保険事業所の紹介で認知症対応型共同生活介護への申込の際に、必要な情報として現状の介護を伺うと、支援の方法によって状況が好転するのではないかと思ったことがあった。思ったことは、認知症に主眼を置き人として捉えることが不足しているのではないかという点である。また、通所介護事業所の職員との遣り取りで認知症介護に関する研修への参加機会が乏しいということを知った。

実際に在宅介護の担い手である訪問・通所介護事業所は規模が小さい事業所も多く、人員も余裕がないことで社外研修や認知症介護実践研修(実践リーダー含む)など長期的なOFFJTを受講することが難しいという実情もあるようだ。OFFJTの有用性は、新た

な知識を得る場以外でも、日々のケアの振り返りと考えているので、在宅介護従事者以外の施設職員も有意義なものと考えている。外部研修なしで、認知症介護に携わる職員が円滑に知識を習得していくことは難しいように思う。

震災から7か月過ぎた現在でも、認知症高齢者は「施設」ということに変わりはないように感じている。震災で家を失った認知症高齢者は、環境が変わったことで習慣が変わり、自然に身に付いた日課ができなくなるなどストレスに繋がって、徘徊や物盗られ妄想・帰宅願望・介護拒否など行動心理症状が頻回に出現するようになっていく。在宅でも、認知症の知識に心もとないホームヘルパーや通所の介護職員は、説得や抑制手段を講ずるも、上手くいかずに自分自身がストレスを溜めている。このストレスが介護を受ける認知症高齢者に悪影響を及ぼし、さらなる行動心理症状へと一層悪化して、その場に居続けることが難しくなっていく。

今回の震災による認知症介護の影響について、私が感じたことは、在宅介護の担い手でもある介護員が認知症に関する知識を十分に理解していなければ、本人本位の支援を提供することが出来ず、認知症高齢者の意欲を削いでしまう結果となり、行動心理症状を誘発する介護を行うなど、在宅介護から施設介護への流れを早める結果となっているのではないかと感じた。今後については、増え続けている認知症高齢者の様々な介護への要望に応えられるために、施設職員研修体系の他、在宅介護事業所の現状を考慮した研修体系を新たに立案していくことが大切だと思った。

第13章 震災時・震災後のケアスタッフの活動状況

一 岩手県，宮城県，福島県の認知症介護指導者のヒアリングを中心に
東北福祉大学／認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司

1. 災害時の状況

2011年3月11日午後2時46分に起こった東日本大震災は，東北の太平洋沿岸部を中心に甚大な被害をもたらした．この災害の死者・行方不明者は約2万人であり，このうち約6割は宮城県の犠牲者である．また岩手，宮城，福島の3県の高齢者施設でも少なくとも利用者496人と職員82人の尊い命が失われている．しかし今回の震災で多くの命を救ったケアスタッフも非常に多い．

我々は震災1ヶ月後から認知症介護研究・研修仙台センターで研修を修了した認知症介護指導者を中心に被災地の50人を超える方々から，震災の時何が起こったのか，施設・事業所の利用者たちに何が起こったのか，そしてその後どうなったのかについてお話をうかがうことが出来た．ここではそれらの人たちの体験の内容をもとに，今後起こりうる災害に対して，どのような備えや対策が必要なのかについてまとめていきたい．

2. 避難行動時のケアスタッフの活動

今回の震災は，日勤の時間帯で起きているため，ほとんどの事業所ではスタッフの人数は比較的多かった．地震が起こった多くのところでテレビや携帯電話などで緊急地震速報が流れたが，これを実際に聞いたのが今回の震災が初めてという人も多い．最初は小さな揺れから始まったが，それは突然経験したこともないような大きな揺れとなり，しかも長く続いた．ケアスタッフは利用者のベッドや車いすをおさえ，揺れが収まるのを待った人が多いという．状況は地域によってことなるが，多くの施設では利用者をホールや庭などの1カ所に集めて安否確認したり，避難所に向かって移送を始めたりしている．津波到達時間に関しては，観測施設の停電や倒壊などにより正確な時間は分かっていないが，早いところでは約20分後に津波が到達したといわれており，また宮城県の仙台空港付近には1時間20分後に津波が到達している．地震で停電が起きたり，設備が倒壊したりして津波警報が鳴らなかった場所もある．このような中で，津波被害に遭遇した施設・事業所では，津波到達までの判断と行動が明暗を分けたともいえるだろう．海岸に近い施設で，利用者とスタッフを合わせて100人を超える所でもピストン輸送で全員避難できたところもある．そこは，避難所までの道路が渋滞しなかったことと，避難先の協力も大きかったという．震災2日前の3月9日にはM7.5，震度5弱の地震が起こっている．その時に実際に避難した事業所では，避難時の課題を検討し，事業所自体は全壊したものの全員を避難させることが出来たところもある．また地元で生まれて土地勘のあった事業所の人材は，渋滞を避けて全員を無事避難させることができたり，指定避難場所が危険な場所であることを知っていた管理者は，別の高台に避難して

利用者全員を救ったところもある。実際にその指定避難場所は、津波被害を受けて多くの人が犠牲になっている。いずれにしても施設の管理者やケアスタッフの判断で多くの人が助かった事例は多い。

今回の震災では、在宅の人だけではなく、施設で生活する人たちの多くも避難所に向かっている。しかし今回のように被害規模が大きな震災では避難所の収容人数には限界があり、実際に避難所に向かってもそこに入れず、校庭で津波被害にあった人たちがいたのも事実である。また施設や事業所では、車いすやベッドで高齢者を屋外に避難させ、そこに津波が襲ってきたケースや、津波が押し寄せてくる中、利用者を救出しようとしてスタッフも犠牲になったケースもあるなど、いろいろな状況が実際には起こっている。津波被害にあって助けられる利用者の数には限りがあるが、介護スタッフはどの人を救助しようとする余裕もない中で、自分も津波で流されそうになりながら避難移動中の利用者のベッドにつかまって救助活動を行った人もいる。津波を自分も体験しながら利用者を救助した人の発言に見られるのは、「もっと多くの利用者を助けたかった」という無念の思いであり、つい先ほどまで元気であった利用者や同僚が目の前で命を奪われるという体験は、スタッフに非常に深い心的外傷を残したといえるだろう。

地震のあった3月11日の東北地方は、雪が降っていた地域もあり、かなり冷え込みが厳しかったため、いったんは避難した高齢者も低体温症で亡くなっているケースも多い。津波被害から助かった施設の利用者は、その後車やバスで避難先へと向かったが、障害のある人や麻痺のある人、寝たきりの人などであっても利用できたのはふつうの観光バスの場合が多く、少ないスタッフで車に搬送したり、椅子に固定したりする作業もかなり大変な状況であった。またスタッフは、度重なる余震に不安を抱えながらも、利用者には不安を与えないように振る舞っている人も多かったという。

非難時の認知症の人の状況に関しては、ふだん BPSD が見られる人でも、比較的落ち着いて非難行動に従っていたという報告が多い。これはおそらく認知症の人が、通常と違う異様な雰囲気や、ただならぬ雰囲気を感じていたのではないかと報告する人もいる。また指定避難場所などでは、スタッフも一緒に避難しているため、避難場所となった学校で一つの教室を確保できた事業所では、スタッフと利用者が一カ所に集まったことにより、生活環境が変わっても人的環境が変わらなかったため、比較的混乱が少なかったところもある。認知症の人の多くは、震災後に地震があったこと自体を忘れている人も多かったが、外に出て変わり果てた町の惨状を見るたびに、混乱した人たちも多かったという。

3. ライフラインが途絶えた中での活動

今回の震災では、直後からライフラインが遮断され、その中でケアを行っていく必要があった。近年多くの施設や事業所では、ユニットケアで個室という建物が多いが、今回の災害では個室対応が難しく、ホールなどに集めてケアを行ったところが多い。その

後、日が暮れ始めると、車のエンジンをかけてヘッドライトで施設内を照らしたところや、停電の時に懐中電灯を使うと片手がふさがってしまったため、ヘッドランプが役立ったと報告している人もいる。また津波被害を受けた建物の中にいたスタッフは、流木にタオルを巻いて油に浸し、たいまつを作ったところもあるという。暖房もない中、密封状態でぬれなかった紙おむつを衣類の間にはさみ、暖をとったという報告もある。3月11日は、施設長や管理者が会議で施設を離れていたところも多く、災害発生後は携帯などによる連絡もほとんどとれず、自分の施設にもなかなか戻れなかったため、当初自分の施設の状況が把握できなかった人たちも多かったという。また停電の影響で、テレビなどの情報手段は限られており、ワンセグ携帯のテレビ映像やラジオなどによって情報を集めていたのが現状である。津波被害にあった施設では、最初なかなか水が引かなかったため、救助の手も入らず、孤立した状態になったところもあった。救助を求めても、その地域に入ることがまだできないといわれたある施設では、震災時に施設にいなかったスタッフたちが自力で被災施設に向かい、そこに行けることを確認して救助を依頼したところもある。また津波被害で孤立した仙台空港は避難場所になって地元住民や施設の人などが避難していたが、ある施設の職員が滑走路の水が引いたときに自転車で滑走路の端までいって、ゲートを開けることができそうなことを確認して、関係者にゲートを開けてもらい、市役所まで自転車で救助を求めに行ったというケースもある。避難直後は自分のところ以外の情報はほとんど得ることができず、周囲に何が起きているのかを知る方法がなかったのが現状である。ケアスタッフは自分の家族に連絡をすることもできず、自分が無事であることも伝えることができないまま、不安な時間を過ごしていた。また多くのスタッフは施設にとどまって利用者に寄り添っていた人も多かった。

4. 災害後のケアスタッフの活動

ライフラインは通常3日程度で復旧すると考えられてきたが、今回の震災では平均1週間から10日程度かかっており、遅いところでは数週間、あるいは復旧の見込みの立たないところもあった。限りある備蓄の中で、ケアスタッフは食事の回数を減らしたり、一回の量を減らしたりして対応しているところが多かった。また栄養が偏ることが避けられないため、野菜ジュースなどで対応するところもみられた。救援物資が届くようになって、食料はおにぎりやサンドイッチという軽食が多く、賞味期限ぎりぎりのものが大量に届くこともあったという。しかし物資を断ると次回からの配給がなくなることをおそれて、それを受け取るしかなかったと報告している人もいる。嚥下障害のある人にとって、支援物資の食料は使いにくく、特にトロミ材が不足している。

また緊急避難時には比較的落ち着いていた認知症の人も、避難先や逆に他の人が施設に避難してきたことによって環境が激変し、混乱を示す人は多く見られた。特に個室・ユニットで生活してきた人は、ホールに集まって生活したり、個室に他の人が大勢入っ

てくることなどによって生活環境が変化している。認知症ではない利用者や、症状があっても軽度の人には震災のことをよく覚えており、目の前で利用者や職員が亡くなっている状況を見た人は、ケアスタッフと同様に PTSD の症状を呈している人もいたという。

さらに原発の危険区域にいた介護スタッフは、新たな不安を感じるようになった。原発に関連する情報は刻々と変化し、どれが信頼できる情報かを判断することも難しい状況の中、非常に強い緊張を強いられ、それでも利用者の命を守ろうと努力している。さらに放射能の危険に脅かされながら家族と連絡が取れない人たちも多く、非常に不安な気持ちで業務に当たっていた人たちも多かった。このような状況の中で、出勤してこなくなったスタッフもおり、残ったスタッフ同士でも自分がこのまま職場にとどまるか、あるいは職場を離れて避難するかという会話もみられたという。また中には家族を危険区域から避難させ、自分だけ職場にとどまったり、避難することを説得に来たスタッフの家族が逆に根負けして結局ボランティアとして利用者の食事介助の手伝いをしたという話も聞く。その後避難した職員の中でも職場に復帰した人もいるが、表面上は通常通りでも、とどまった職員と避難した職員との間に微妙な関係が生じていると報告している人もいる。

また犠牲者が出た施設や事業所では、遺族との間にさまざまな問題が生まれてきた。ケアスタッフは、助かった利用者だけではなく、亡くなった利用者の確認のために、遗体安置所に向かったり、遺族に対しては、その時の状況などを説明するために遺族と向き合わなければならなかった。遺族からは、施設は安全だと思っていたのになぜ助けられなかったのか、あるいは利用者が助かった施設もあったのになぜ自分の所は助けられなかったのかなど、責められる場合もあった。家族の怒りは災害に対してだけではなく施設スタッフにも向けられることが多かったため、スタッフ自身がかなり精神的なダメージを受けた人も多い。

5. 震災後から現在までの状況

今回の震災では、比較的早い段階から様々な人たちが被災地に入り、支援の手を差しのべているが、被災地の施設・事業所では最初の頃は物的支援を受け入れることはあっても、人的な支援を受け入れるところは少なかった。管理者や施設長はスタッフを休ませたいという気持ちはあっても、スタッフ自身は「大丈夫です」とか、「何とかやっています」という反応が多く見られたという。スタッフは外部から見るとかなり無理をしている感じであり、施設に泊まり込んで不眠不休のような状態の人もいた。この時期のスタッフの多くは大災害という非日常の中で気持ちが昂ぶっており、かなり無理をしてしまう状況であったと考えられる。介護ボランティアを受け入れがたかった要因としては、被災地で介護に当たっているという使命感や責任感、仕事に没頭することによって不安を解消する行動などが考えられる。しかし大きな余震が続く中で、1ヶ月から半年経ったあたりからスタッフの心理的・身体的疲弊が目立ち始めた感じで、人的支援は比

較的受け入れられるようになっていった。時が経つにつれて施設も落ち着きを少しずつ取り戻し、避難先からの高齢者も自施設に戻ってきたが、もとの環境に戻るときには、認知症の人も何事もなかったように非常にスムーズに適応していったという報告は多い。

震災から約1年を迎えようとしている今、施設や事業所自体は落ち着きを取り戻してきている感じはある。しかしケアスタッフの中には、落ち着いてきたように見えても、3月11日という日が近づくにつれて再びあのときの恐怖がよみがえってきたり、回復に向かっていると思われる PTSD の症状が再燃してきている人もみられる。災害時の恐怖や不安は時間が解決してくれるほど単純なものではなく、また被災地以外の人たちが、あの震災を忘れてしまうのではないかという不安やいきどおりを感じているスタッフも少なくない。被災地のケアスタッフに対しては、今後も継続した支援が必要といえるだろう。

第14章 資料編（郵送法アンケート調査で得られた意見，資料等）

「東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」の要約を作成するにあたって、岩手、宮城、福島3県の日本老年精神医学会専門医および日本認知症ケア学会評議員を対象に「報告書（第1報）」と「要約（案）」を送付し、内容および追加すべき事項について自由記述によるご意見をいただいた。今回の報告書では、平成24年3月1日～平成24年3月24日までに返送があった意見を下記に掲載した。また、回答とともに同封していただいた資料については、回答者の承諾を得た上で、資料として本報告書に掲載した。

14-1. あおば通りクリニック（福島県福島市）・小林直人先生のご意見（平成24年3月21日）

福島県では・・と記載されているところですが、老年精神医学雑誌でも記載させて頂きましたように、福島の病院機能が停止した直接的な原因は、東京電力福島第一原子力発電所の原発事故の影響によるものが大きいかと思います（東電の事故は津波による電源喪失で生じたものですが）。その点、他県の状況とは違うこと、それにより現場スタッフ、患者さんに本人にかなりの混乱が生じてしまったこと、その混乱が事態をより悪化させてしまったこと等に触れて頂けたら幸いです。

14-2. 医療法人生愛会附属介護老人保健施設生愛会ナーシングセンター・本間達也理事長／佐藤延子総看護師長からの御意見および提供資料（平成24年3月23日）

- ① （この資料・情報から）私が一番感じたことは、認知症高齢者が、周辺症状・特にBPSD（行動・心理症状）を発現しているケースや情報が多いことである。そして、BPSDへの対応が医療・ケアの負担を増大させていることも伺える。そこで私は、この医療とケアの課題には「認知症高齢者のBPSDの発現予防」が必須と考える。貴資料の課題の要約（案）の1・2項目の中に、この項目「認知症高齢者のBPSDの発現予防」を是非入れていただきたいと思う。今後ますます後期高齢者が増加していくのだから。
- ② 私が2番目に感じたことは、ライフラインが停止した際の施設利用の認知症高齢者の家族への連絡である。利用者の状態が一段落した時、必ず実践すべき事項と考える。

14-3. 高齢者のための災害時対応の段階および心的外傷を緩和するための適切な準備と迅速な対応にフォーカスをあてた、専門家によるコンセンサスと文献的推奨事項
(米国老年精神医学会)

Sakaue KM, et al: AAGP position statement: Disaster preparedness for old Americans: Critical issues for the preservation of mental health.

Am J Geriatr Psychiatry 17: 916-924, 2009. (訳：栗田主一)

1. 一般的事項

- 虚弱高齢者や認知症患者を特別な災害時対応が求められるハイリスク集団として指定する。
- 老年医学のプライマリケア医と精神科医または精神保健専門家を災害対策委員会の委員に任命すべきである。教育、継続的ケア、専門医の受診経路を確保するために、老年精神保健に関する項目を州および地域の災害対策計画に含めるべきである。ここでは特に認知症の問題を強調しておく必要がある。
- 高齢者には2週間分の処方薬と現在服用中の薬のリストを所持するように指示し、個人のニーズに合わせた災害時準備チェックリスト（指定されたハイリスク高齢者はそれに基づいて準備が整えられるようにする）と個別的な避難計画を提供せよ。
- 虚弱高齢者、特に認知機能障害がある高齢者については、氏名、生年月日、かかりつけ医、最近親者の氏名が記入されているプレスレットをつける。
- 特に寝たきりや運動機能に制限がある高齢者においては、避難時の移送方法を確立し、予めその方法を試し、ケアとサポートの障害を最小限にすべきである。
- 感覚器に障害がある人が指示や緊急時通報を理解することができるような警報システムを確立する。
- 高齢者のニーズへの初期対応のための研修教材を開発する。
- 電子化された診療録は高齢者では特に重要である。
- 地域保健局は、現存するプライマリケアと他のサービス提供者の機能を支援するための対策を開発しておくべきである。ここには食事の宅配サービス、訪問介護士、教会関係者のような「ゲートキーパー」も含まれる。
- 生命維持装置が必要な特殊需要のある人のリストを公益事業団体は常に保持しておくべきである。
- 高齢者が財政的支援を受けることを阻害する要因について、立法者の感受性を高める。

2. 準備

- 感覚障害や認知機能障害への感受性を高めることなど、虚弱高齢者に関わる初期対応者を教育する。
- 虚弱高齢者または認知症患者のためのサービスと、初期計画がうまくいかなかった場合の臨時計画を確立する。
- 高齢者に関わるプログラムを同定する；これらのプログラムを復旧対策に盛り込むことを命じて、州および連邦局と協働で優先的対策を立案する。
- ニーズに適った避難所へ高齢者を避難させる。
- プライマリケア医は、災害時対応と特殊ニーズを同定するために高齢患者をスクリーニングするべきである。

3. 初期対応

- 心理学的応急手当を実施する：安全を確保し、情報を提供し、再保障を提供し、心理社会的サポートと「絆」感覚を回復させ、希望を与え、自己とコミュニティの効力感を促進する。
- 高齢者が援助を得られるように配慮する。
- プライマリケア医は、最も脆弱な地域在住高齢者に対してアウトリーチを実践する。
- 重症患者は、彼らがそれを克服できるようになるまで、別の安全な場所に移動させる。経験したばかりの外傷体験を無理に癒そうとしてはならない。できるだけ早く元の場所に帰す。
- プライマリケアと精神保健サービス、薬物を利用できるようにする。
- 悲哀と霊的問題に関わり、社会的な繋がりを回復させることを支援するために、災害対応チームの中の聖職者または宗教関係者と連絡をとるための情報を提供する。
- 困惑状態の徴候（生氣のない目つき、無反応、強い情動反応、制御できない号泣、退行的行動、半狂乱の探索行動、行動できなくなるほどの心配）に気づき、サポートを提供し、見当識と情報を与え、メンタルヘルスのケアを確保する。

4. 中長期対応

- 高齢者に対して災害の長期的なネガティブ効果を扱うための老年医学的ケア（プライマリケアとメンタルヘルスケア）を提供する。
- 住居への新たな移動と持続的なストレスに帰結するかもしれない新たなケア提供者との適応の問題に関わる。
- 日常的サービスとケアの継続を回復させる。

第II部 地域包括ケアシステムにおける

認知症アセスメント・シートの信頼性と妥当性の検討

調査研究事業総括

- 東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

調査研究協力者

- 東京都健康長寿医療センター研究所
岡村毅，井藤佳恵，杉山美香，宮前史子，宇良千秋
- 東京都健康長寿医療センター精神科
古田光，扇澤史子，磯谷一枝，畠山啓
- 和光病院精神科
齊藤正彦，松田修
- 日本大学医学部附属板橋病院精神科医
金野倫子
- 埼玉医科大学医学部附属病院精神科
深津亮，大村裕紀子
- 国立保健医療科学院
筒井孝子，大塚賀政昭
- 東京都看護協会
島森好子
- 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター
高橋ふみ，赤間裕子
- 光ヶ丘スペルマン病院
山下元康
- 仙台市健康福祉局保険高齢部介護予防推進室
山口健太，菊地和子，佐藤彰子

1. はじめに

認知症を有する人が住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを維持していくためには、認知症の人が暮らす「住まい」の確保を前提とした上で、認知症に対応できる「医療サービス」と「介護サービス」、権利擁護や日常生活支援を含む「地域サポート」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。また、このようなシステムの構築を実現するためには、「住まい」「医療サービス」「介護サービス」「地域サポート」の資源整備とともに、地域の中で、本人、家族、医療、介護、行政等が認知症に関連する多面的な情報を共有し、緊密な連携をはかる仕組みづくりが不可欠と考えられている。

このような仕組の一つのあり方として、認知症アセスメント・シートを作成し、これを用いて地域の中で認知症を発見するとともに総合機能評価を行い、本人・家族・多職種間で情報を共有し、その情報に基づいて地域ケア会議を開催し、サービスの一体的提供をプランニングするという流れが考えられる。

筆者らは、これまでに、地域レベル、医療機関レベルで広く使用されてきたさまざまな認知機能、生活機能、認知症重症度のアセスメントツール（基本チェックリスト、要介護認定調査項目、老研式活動能力指標、LawtonのIADLとPSMS、Clinical Dementia Rating等）を参考にした上で、一般的によく使用される質問項目で、内容が具体的でわかりやすく、かつ認知症の臨床像の中核を構成する「記憶」「見当識」「判断・問題解決能力」「家庭外のIADL」「家庭内のIADL」「身体的ADL」を網羅的に評価できる20項目の質問票（「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）を作成した。本研究の目的は、DASCの認知症スクリーニングツールとしての信頼性と妥当性を確認するために、その心理測度学的特性を検討することにある。

2. 対象と方法

東京都健康長寿医療センター、和光病院、日本大学医学部附属板橋病院精神科の認知症専門外来を受診した患者、および平成23年度に認知症予防を目的とする運動介入プログラムに参加した板橋区の地域在高齢者（基本チェックリストの認知症関連3項目のうち1つ以上に該当）を対象とした。

すべての対象に、熟練した精神科医が認知症の臨床診断と重症度評価（臨床認知症尺度CDR）を行うとともに、精神科医または臨床心理士が認知機能検査（MMSE）を実施した。認知症専門外来受診患者については同行者（家族等）に、認知症の臨床診断、重症度評価、認知機能検査の結果を知らされていない臨床心理士が、DASCを用いた面接聞き取り調査を実施した。運動介入プログラムに参加した地域在住高齢者については本人に対して、認知症の臨床診断、重症度評価、認知機能検査の結果を知らされていない、トレーニングを受けた検査員が、DASCを用いた面接聞き取り調査を行った。対象の属性は表1のとおりである。

DASCの心理測度学的特性を探索的に検討するために、20項目版のDASC(1～20の質問項目で構成、DASC-20)、18項目版のDASC(3～20の質問項目で構成、DASC-18)、15項目版のDASC(3～8、12～20の質問項目で構成、すなわちDASC-18から問題解決・判断の3項目を除く、DASC-15)、12項目版(3～8、12～17の質問項目で構成、すなわちDASC-15から身体的ADLの3項目を除く、DASC-12)の信頼性および妥当性に関する指標を比較した。

内的信頼性の指標には Cronbach α を用いた。併存妥当性の指標には、DASC と CDR 総合得点および MMSE 合計点との Spearman 相関係数を用いた。弁別的妥当性の検討では、認知症重症度 (CDR) 群別の DASC の平均得点の群間比較とともに、ROC 曲線分析を行った。

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施し、対象者には書面と口頭で研究の目的・方法等を説明し、書面による同意を得た。

3. 結果

1) 内的信頼性

DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12のCronbach α は、それぞれ、0.955, 0.959, 0.948, 0.941であった。

2) 併存的妥当性

DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12は、CDR総合得点および年齢と有意な正の相関を示し、MMSE合計点と有意な負の相関を示した。年齢、教育年数を調整した偏相関分析においても、DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12は、CDR総合得点と有意な正の相関、MMSE合計点と有意な負の相関を示した (表2)。

3) 弁別的妥当性

DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12の平均点はCDR群間で有意差を示し、重症度が上がるとともに、DASCの平均得点は有意に増加した (図1~4)。認知症 (CDR1以上) を非認知症 (CDR0またはCDR0.5) から弁別するためのDASCのROC曲線を図5に、曲性の分析結果を表3に示す。DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12のいずれも、認知症を非認知症から有意に弁別した。4つの尺度の感度はいずれも0.84~0.88、特異度はいずれも0.85~0.87の範囲内にあった。

4. 考察

本研究によって、DASC は、認知症スクリーニングツールとして適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有することが確認された。

DASC は、本来、認知症のスクリーニングツールとして作成されたものではなく、地域の中で認知症を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有するためのシートとして作成されたものである。しかし、DASC によって評価される領域が、認知症の中核症状を構成する認知機能 (記憶、見当識、判断・問題解決) と生活機能 (家庭外の IADL, 家庭内 IADL, 身体的 ADL) であり、かつ、軽度認知症の段階で出現しやすい項目が多く含まれているために、地域の中で軽度 (CDR1 レベル) の認知症を検出するのに役立つものと期待される。本研究の結果はそれを支持するものであった。

本研究では、20 項目版、18 項目版、15 項目版、12 項目版のそれぞれについて心理測度学的特性を評価した。18 項目版は 20 項目版の最初の 2 つの導入的な質問項目を除いたものであり、15 項目版は 18 項目版の判断・問題解決に関する質問項目を除いたものであり、12 項目版は 15 項目版の身体的 ADL に関する質問項目を除いたものである。本研究によって、いずれの尺度を用いても同等の弁別能を有することが確認された。

Cronbach α の数値が示すように、DASC の質問リストは全体に冗長である。スクリーニングツールを主目的として使用する場合には質問項目数をなるべく減らすことが

適切であろう。12 項目版では DASC-12 は、中等症以上の認知症の指標である身体的 ADL の質問項目を除外してあるので、軽度認知症の発見にはより効率的な尺度かと考える。

5. 結論

DASC は、軽度認知症のスクリーニングツールとして適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有する。認知症総合アセスメント・シートとして使用する場合には 18 項目版(DASC-18)または 15 項目版(DASC-15)が適切であり、スクリーニングツールを主目的として使用する場合には 12 項目版(DASC-12)が適切である。

表 1. 対象の特徴

	東京都 健康長寿 医療センター	和光病院	日本大学 医学部附属板 橋病院精神科	板橋区地域 在住高齢者	計
N	60	19	20	127	226
男/女	26/34	8/11	7/13	41/86	82/144
平均年齢±標準偏差	81.05±6.09	77.21±6.49	75.65±9.04	71.91±3.78	75.12±6.60
年齢範囲	61-94	64-88	60-89	66-80	60-94
教育年数	10.80±3.26	10.21±3.31	12.05±2.37	12.44±2.65	11.78±2.96
MMSE	19.52±5.65	18.16±7.46	19.75±7.89	27.67±2.16	24.04±6.18
CDR 0	9	5	2	113	129
CDR 0.5	22	7	4	14	47
CDR 1	24	4	5	0	33
CDR 2	4	2	6	0	12
CDR 3	1	1	3	0	5
正常/神経症	5	2	2	123	132
軽度認知障害	9	1	5	4	19
アルツハイマー病	26	14	8	0	48
脳血管性認知症	12	0	3	0	15
レビー小体型認知症	3	0	1	0	4
混合型認知症	2	2	1	0	5
その他の認知症	3	0	0	0	3
N	60	19	20	127	226
男/女	18/42	8/11	10/10	41/86	77/149
平均年齢±標準偏差	61.88±13.71	57.63±13.24	60.75±12.93	71.91±3.78	67.06±10.81
年齢範囲	35-95	35-76	40-81	66-80	35-9
配偶者	21	8	8	0	37
兄弟姉妹	2	0	1	0	3
息子	11	6	4	0	21
娘	23	2	7	0	32
実子配偶者	3	2	0	0	5
介護専門職	0	1	0	0	1
本人	0	0	0	127	127

表 2. DASC と CDR 総合得点, MMSE 合計点との相関

	DASC-20	DASC-18	DASC-15	DASC-12
CDR 総合点				
相関係数	0.708**	0.695**	0.725**	0.724**
偏相関係数#	0.813**	0.820**	0.832**	0.825**
MMSE 合計点				
相関係数	-0.606**	-0.592**	-0.605**	-0.605**
偏相関係数#	-0.716**	-0.723**	-0.726**	-0.723**
年齢				
相関係数	0.486**	0.465**	0.493**	0.490**
偏相関係数#	-	-	-	-
教育年数				
相関係数	-0.128	0.096	-0.099	-0.099
偏相関係数#	-	-	-	-

数値は Spearman 相関係数. #年齢, 教育年数を調整した偏相関係数. **p<0.001

表 3. 認知症重症度群別の DASC の平均点の比較

	CDR0	CDR0.5	CDR1	CDR2	CDR3
DASC-20	27.16±42.3	33.64±8.44	44.72±10.51	61.83±4.43	70.00±4.58
DASC-18	22.16±3.47	27.57±7.96	38.27±10.27	54.75±4.16	63.20±4.66
DASC-15	17.91±2.46	22.45±6.29	31.24±8.38	44.42±3.34	52.00±4.00
DASC-12	14.91±2.46	18.98±5.22	27.00±7.01	37.58±2.02	42.80±3.70

One-way ANOVA and post hoc multiple comparisons with least significance difference (LSD) test

- 1) DASC-20: F=150.49 (p<0.001), CDR0<CDR0.5<CDR1<CDR2 (p<0.001), CDR2<CDR3 (p=0.02);
- 2) DASC-18: F=154.37 (p<0.001), CDR0<CDR0.5<CDR1<CDR2 (p<0.001), CDR2<CDR3 (p=0.009);
- 3) DASC-15: F=168.05 (p<0.001), CDR0<CDR0.5<CDR1<CDR2 (p<0.001), CDR2<CDR3 (P=0.003);
- 4) DASC-12: F=166.52 (p<0.001), CDR0<CDR0.5<CDR1<CDR2 (p<0.001), CDR2<CDR3 (p=0.018).

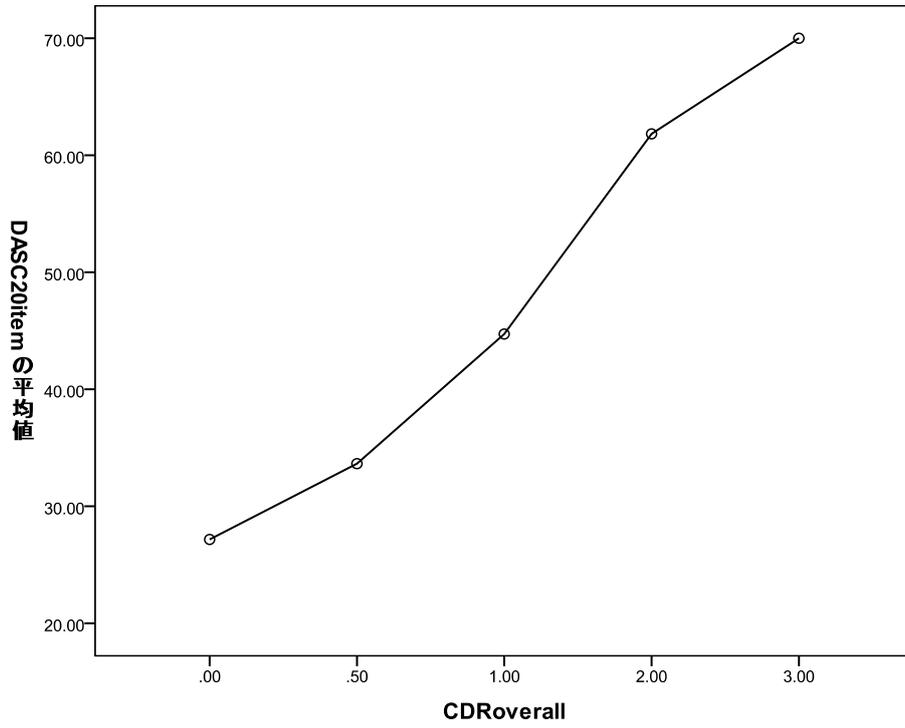


図 1. DASC-20 平均点の CDR 群間比較

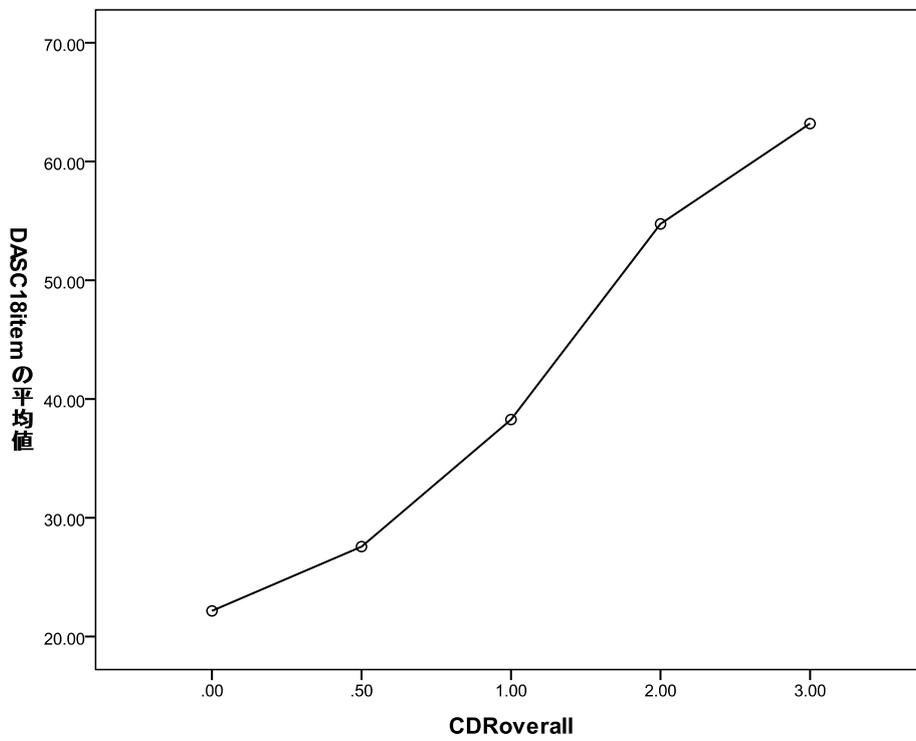


図 2. DASC-18 の CDR 群間比較

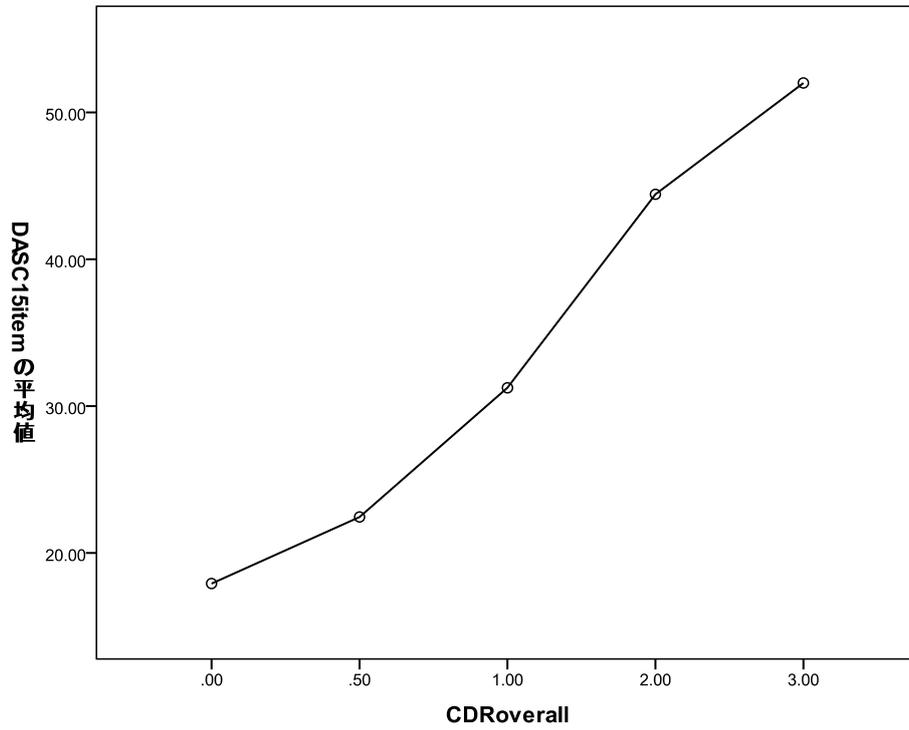


図 3. DASC-15 の CDR 群間比較

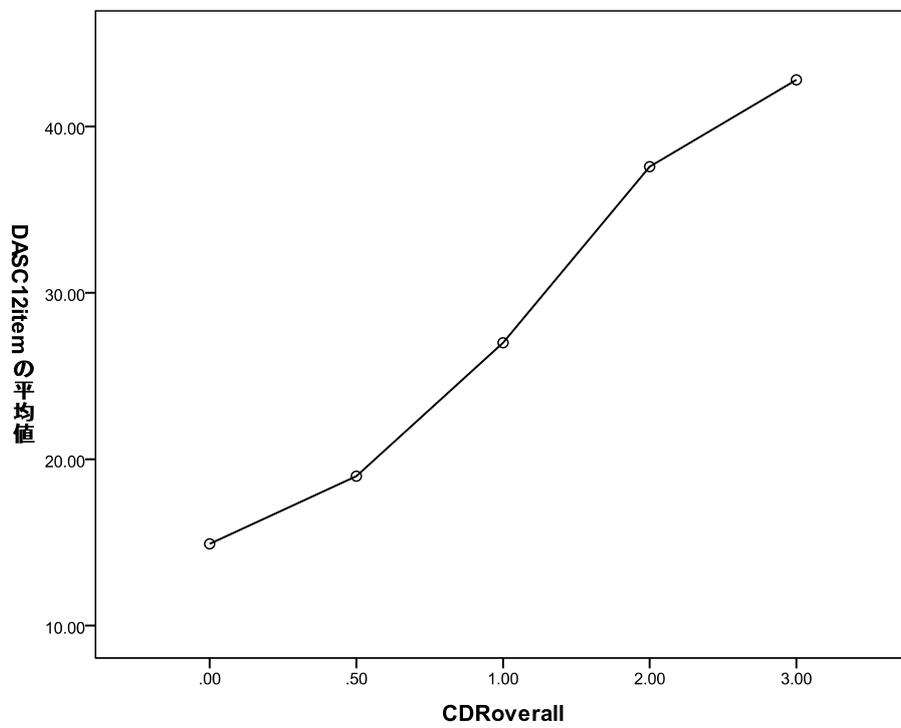
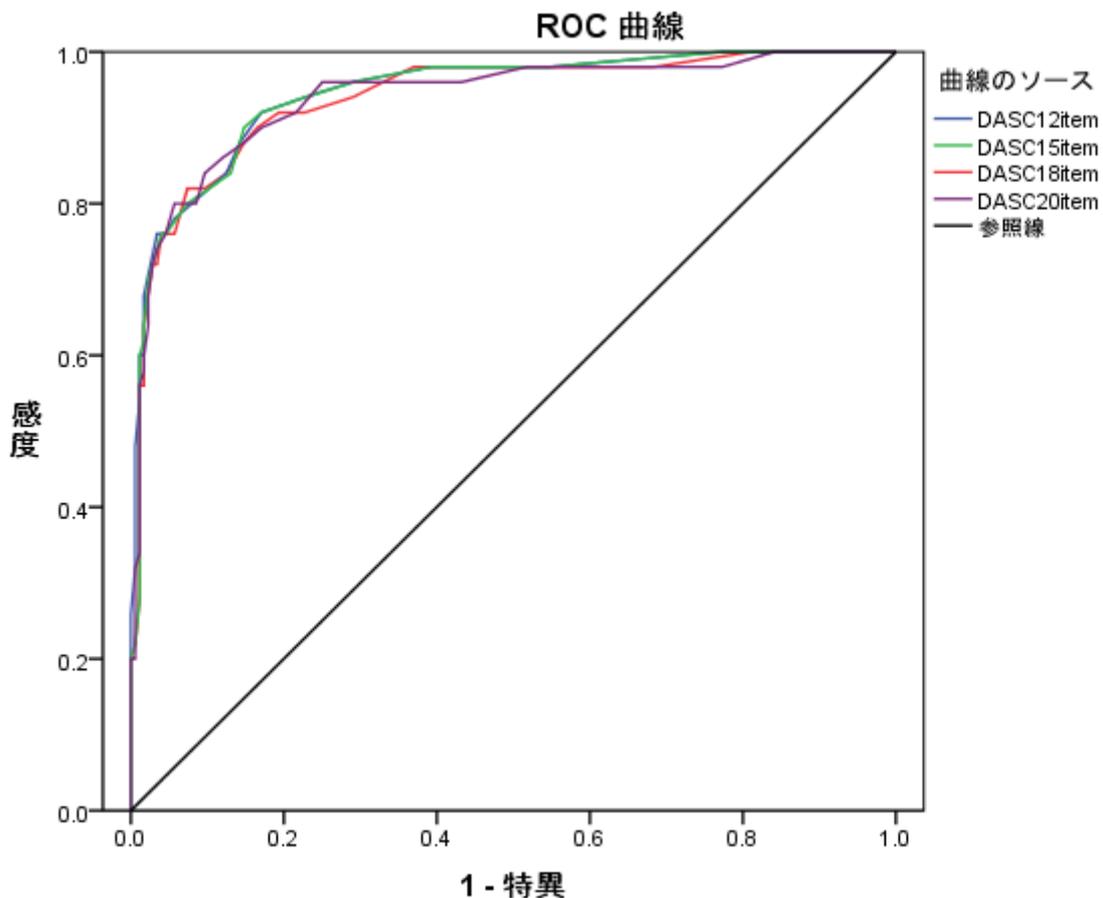


図 4. DASC-12 の CDR 群間比較

表3. DASCのROC曲線分析の結果

	DASC-20	DASC-18	DASC-15	DASC-12
AUC (95%信頼区間)	0.939 (0.899-0.980)	0.940 (0.902-0.978)	0.945 (0.910-0.980)	0.947 (0.913-0.982)
P値	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001
Cut-off	34/35	28/29	23/24	19/20
感度	0.880	0.880	0.840	0.880
特異度	0.852	0.852	0.869	0.858

認知症(CDR1 以上)を非認知症(CDR0-0.5)から弁別する場合



対角セグメントは同一値により生成されます。

図 5. DASC-20, DASC-18, DASC-15, DASC-12 の ROC 曲線
 認知症(CDR1 以上)を非認知症(CDR0-0.5)から弁別する場合

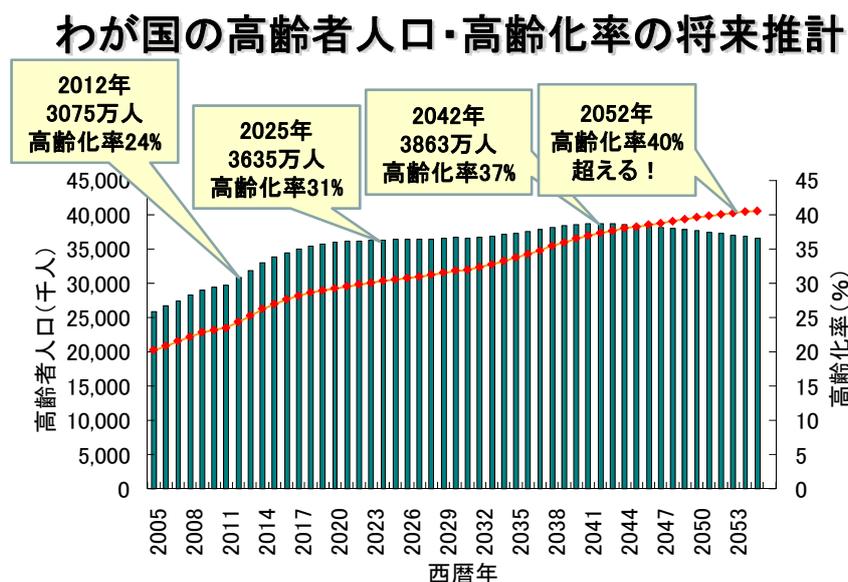
第 III 部 認知症の総合アセスメント
—研修テキスト—

○ 東京都健康長寿医療センター研究所
栗田主一

序章 21世紀前半のわが国の高齢化について

21世紀の前半に、わが国の高齢化率は40%に達し、認知症を生きる高齢者の数も倍増して400万人を超過します。

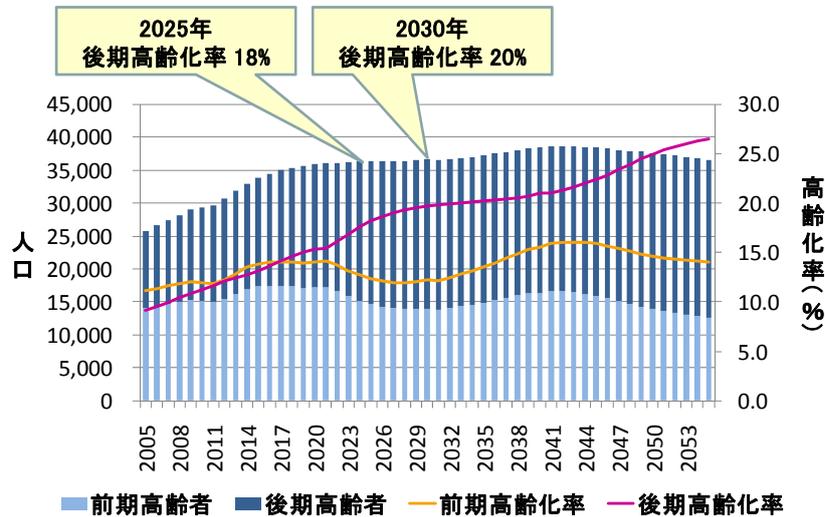
図1は、国立社会保障・人口問題研究所が公表しているわが国の高齢者人口と高齢化率の将来推計です¹⁾。2012年現在、わが国の高齢者数は3,000万人を超え、2025年には3,635万人、2042年にはピークに達して3,860万人となるものと予測されています。その後高齢者数は減少しはじめるものの、少子化の影響もあって、高齢化率は伸び続け、2052年には高齢化率が40%を超えるると推計されています。このようなわが国の高齢化の進展は、ただ高齢者の数が増えるということの意味しているだけではなく、高齢者の中でも75歳以上の後期高齢者が急増するという点に特徴があります。図2は、水色が前期高齢者数、濃い青が後期高齢者数を示し、オレンジが前期高齢者の割合、ピンクが後期高齢者の割合を示したものですが、今後増加するのは後期高齢者の数であり、その割合も、2017を境に後期高齢者の割合が前期高齢者のそれを超えて、右肩あがりに増加しつづけ、2025年には後期高齢化率が18%、2030年には20%に達します。つまり5人に1人が後期高齢者の時代になるわけです。



国立社会保障・人口問題研究所平成18年12月推計

図1. わが国の高齢者人口・高齢化率の将来推計

前期高齢者と後期高齢者の数と割合の推移



国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成

図 2. 前期高齢者と後期高齢者の数と割合の推移

このような後期高齢者の急速な増加は、認知症高齢者の増加と深く結びついています。表 1 は、全国の疫学調査データから推計されたわが国の認知症高齢者の性別・年齢階級別有病率を示したものです²⁾。これを見ますと、年齢が 5 歳高まると認知症高齢者の有病率はおよそ 2 倍に増えるということがわかります。このように認知症の有病率は年齢とともに指数関数的に増加するという特徴がございますので、後期高齢期には認知症の有病率も急速に増加し、85 歳を超えますとその値が 3 割近くになることがわかります。このため、後期高齢者人口の増加が認知症高齢者数の増加に大きな影響を及ぼすこととなります。実際に、この数値をわが国の性別・年齢階級別人口の将来推計値¹⁾にかけ合わせて、認知症高齢者数の将来推計値を計算してみますと、わが国の認知症高齢者の数は、2005 年の段階で 205 万人であったのが、2010 年で 252 万人(8.6%)、2015 年で 303 万人(9.0%)、2025 年で 387 万人(10.6%)、2035 年で 445 万人(12.0%)であり、この間の増加率は 2.2 倍となります(表 2)³⁾。また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の都道府県別将来推計人口」(平成 19 年 5 月推計)⁴⁾の数値を利用して都道府県別の認知症高齢者の数と増加率を計算してみますと、2035 年の段階で認知症高齢者が最も多いのは東京都(42.5 万人)、最も少ないのは鳥取県(2.1 万人)(図 3)、2005 年～2035 年の間の認知症高齢者の増加率が最も高いのは埼玉県(3.1 倍)、最も低いのは島根県(1.5 倍)となることが予測されています(図 4)³⁾。

表 1. 65 歳以上高齢者の性別・年齢階級別認知症有病率：1985 年推計（大塚らによる）

	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳～
男	2.1%	4.0%	7.2%	12.9%	22.2%
女	1.1%	3.3%	7.0%	15.6%	29.8%
計	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%

表 2. わが国の認知症高齢者数の将来推計

	65 歳以上高齢者人口		認知症高齢者数			認知症有病率 (%)
	男	女	男	女	合計	
2005 年	1092 万人	1484 万人	66 万人	139 万人	205 万人	7.96
2010 年	1257 万人	1684 万人	83 万人	170 万人	252 万人	8.57
2015 年	1457 万人	1921 万人	101 万人	202 万人	303 万人	8.96
2020 年	1546 万人	2044 万人	117 万人	231 万人	348 万人	9.71
2025 年	1556 万人	2079 万人	131 万人	256 万人	387 万人	10.63
2030 年	1564 万人	2103 万人	141 万人	280 万人	421 万人	11.48
2035 年	1588 万人	2137 万人	147 万人	298 万人	445 万人	11.95
2040 年	1651 万人	2202 万人	147 万人	299 万人	446 万人	11.58
2045 年	1651 万人	2190 万人	148 万人	294 万人	441 万人	11.49

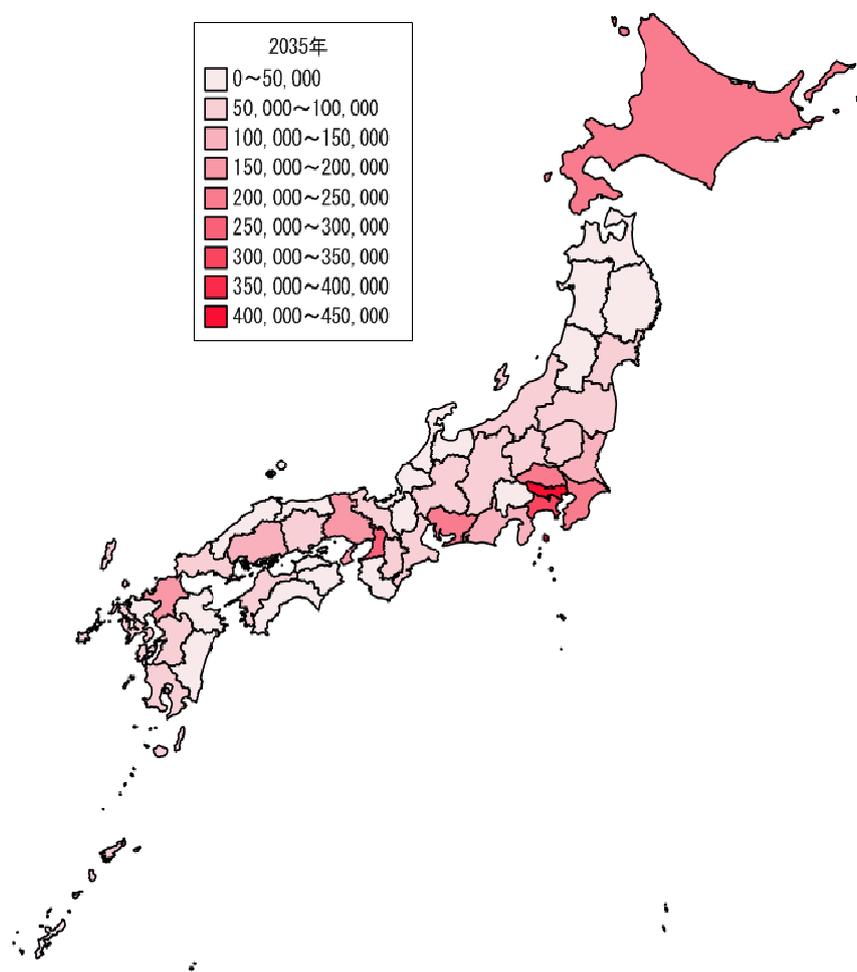


図 3. 2035 年におけるわが国の都道府県別認知症高齢者数

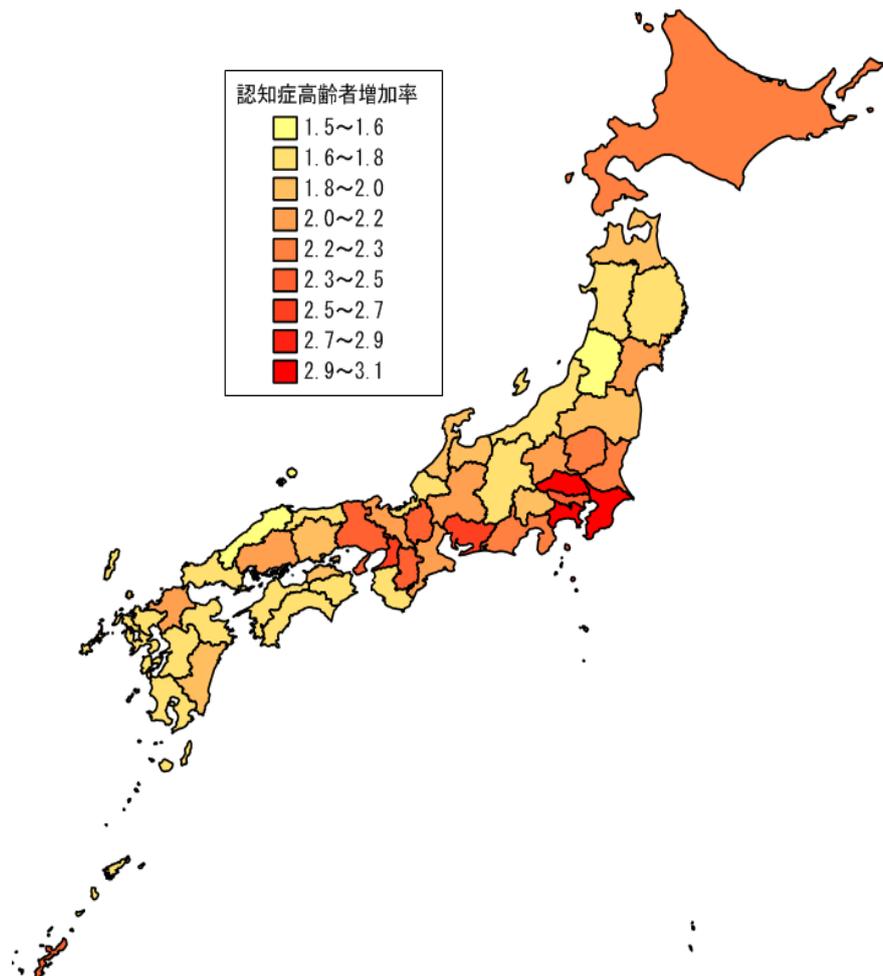


図 4. 2005 年～2035 年におけるわが国の都道府県別認知症高齢者数の増加率

つまり、21 世紀の前半に、わが国の認知症高齢者の数はおおよそ 2 倍となり、その勢いは大都市およびその周辺地域で特に著しいということがわかります。限られた社会資源、限られた時間、限られた空間の中で、認知症になっても安心して暮らせる地域社会を創り出していくためにはどうすればよいか。これからは国家としてだけではなく、私たちが暮らす地域のこととして、家族のこととして、そして自分自身のこととして真剣に考えていかなければなりません。そのためには、一人ひとりが認知症についての正しい知識をもち、理解を深めていく必要があります。そして、さまざまな機会に、さまざまな場で、さまざまな人たちと認知症について語り合えるようにしていくことが大切です。

本書では、保健・医療・福祉・介護の専門職の人も、そうではない人も、認知症のことを共に考えていくことができるように、認知症の全体像を捉える方法をなるべく平易に解説しました。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口：平成 18 年 12 月推計．厚生統計協会，2007，東京
- 2) 大塚俊男：日本における痴呆性老人数の将来推計．平成 9 年 1 月の「日本の将来推計人口」をもとに．日精協誌 20：65-69, 2001
- 3) 栗田主一，赤羽隆樹，印部亮介，他：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．平成 19 年度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）総括・分担報告書．135-156，2008
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の都道府県別将来推計人口：平成 19 年 5 月推計．厚生統計協会，2007，東京

第1章 認知症の一般的特徴

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来たす程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されています。つまり、何らかの脳の病気（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が認知症です。このような「脳の病気—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にあります。

参考：認知症という用語について

従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来ましたが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が2004年4月に厚生労働大臣に提出されました。その後4回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年12月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになり、さらに関連学会においてもこの用語の使用が承認されて医学用語として使用されるようになりました。

認知症では、「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」という軸を中心にして、さまざまな「身体合併症」と、さまざまな「精神症状・行動障害」が認められます。これらの個々の障害は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の臨床像を複雑なものにしていきます。特に、「身体合併症」「精神症状・行動障害」は相互に密接な関連をもち、精神症状・行動障害が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば精神症状・行動障害が悪化するというような悪循環を形成します。

このような複雑さがあるために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」にも直面しやすくなります。そして、これら全体が、認知症と呼ばれる臨床像を形づくっています（図5）。

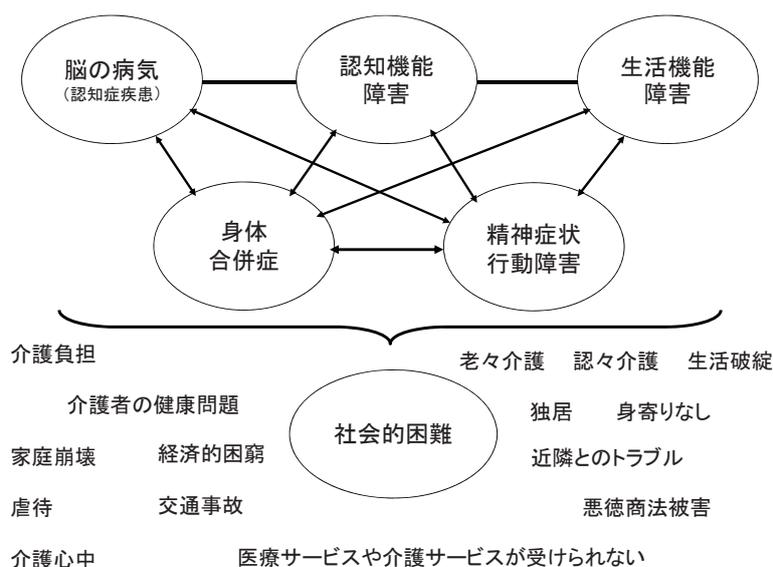


図5. 認知症の全体像

1. 認知症疾患

認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼びます。認知症疾患には数多くの病気がありますが、認知症疾患医療センターやもの忘れ外来（メモリークリニック）などを受診される認知症の方の診断名を調べてみますと、その割合は概ね図 6 のようになります。これを見てわかりますように、認知症をもって専門の医療機関を受診される方の約 8 割が、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症に 4 つの疾患のいずれかに診断されています。それでこの 4 疾患のことを「認知症の 4 大疾患」と呼ぶことがあります。

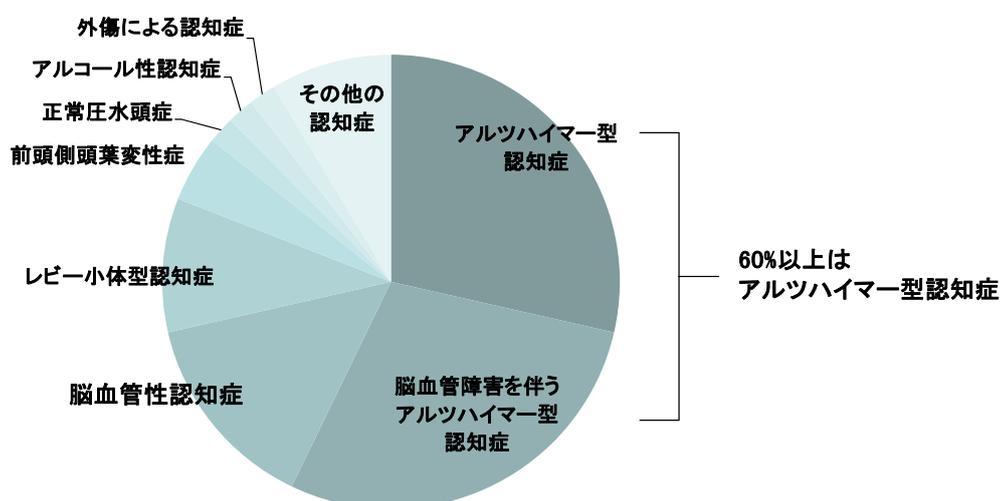


図 6. 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来で診断される認知症疾患

2. 認知機能障害

脳の病気によってもたらされる認知機能障害のことを、古くから、「認知症の中核症状」と呼んでいます。認知症に見られる認知機能障害のタイプは、障害される脳の部位と密接に関連しています。

たとえば、アルツハイマー型認知症では、側頭葉と頭頂葉が強く障害されるために、側頭葉の症状である「少し前の出来事をすっかり忘れる」（近時記憶障害）と「人の言っていることが理解できない」（言語理解の障害）という症状、頭頂葉の症状である「距離感や方向感覚が悪くなる」「道に迷って家に帰って来られなくなる」（視空間認知の障

害)という症状が現れやすくなります。脳血管性認知症や前頭側頭葉変性症では前頭葉機能が障害されることが多いため、注意が散漫になり(注意障害)、自発性が低下し、計画的に、段取りよく、目的に向かって行動することができなくなったり(遂行機能障害)、頭の中で暗算などの作業をするのが不得手となったり(作業記憶の障害)、言葉がなかなか出なくなったり(発語障害)します。また、側頭葉の前部の障害が目立つ場合には、「物の名前が言えない」「物の名前を言ってもそれが何のことだかわからない」(意味記憶の障害)といった特徴的な言語症状が現れます。レビー小体型認知症では後頭葉が障害されるために幻視や錯視が出現しやすく(視覚認知の障害)、脳幹が障害されるためにパーキンソン症状や意識レベルの変動が生じやすくなります(図7)。



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

図7. 障害される脳の部位と認知機能障害の対応
(注：パーキンソン症状は認知機能障害ではなく、神経症状)

3. 生活機能障害

このような認知機能障害によって日々の生活に支障を来すようになるのが認知症の最大の特徴です。生活機能は日常生活動作能力(Activity of Daily Living; ADL)とも呼ばれています。ADLの中でも、自分自身の身のまわりのことを自立して行う能力は基本的日常生活動作能力(Basic Activities of Daily Living; BADL)または身体的日常生活動作能力(Physical Activities of Daily Living; PADL)(例：排泄，食事，着替え，身繕い，移動，入浴)，家事など一人暮らしを維持していくために必要な能力は手段の日常生活動作能力(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)(例：電話の使用，買い物，食事の支度，家事，洗濯，交通手段を利用した移動，服薬管理，金銭管理)と言います。認知症が軽度の段階ではIADLのみが障害され、中等度になるとBADLが部分的に障害され、重度にな

ると BADL が全面的に障害されます。

IADL の障害は、さらに、社会生活を営むための IADL (家庭外の IADL)、家庭生活を行うための IADL (家庭内の IADL) に分類することもできます (図 8)。生活機能障害の評価は介護ニーズを把握するための重要なポイントです。

ポイント！

手段的日常生活動作能力の障害 (IADL の障害、IADL は Instrumental Activities of Daily Living の略) と呼ばれており、一人で自立した生活を営むのに必要な生活機能と考えられています。軽度認知症を特徴づける重要な障害です。

IADL については、通常、下記の 8 項目をチェックします。

- 電話の使い方
- 買い物
- 食事の支度
- 家事
- 洗濯
- 移動・外出
- 服薬の管理
- 金銭の管理

この中で、服薬管理の障害は「健康管理」に関わる最も重大な項目です。一人暮らしの高齢者のお宅に訪問したときなどには、確実にチェックすることが大切です。

ポイント！

基本的日常生活動作能力の障害（BADL の障害，BADL は Basic Activities of Daily Living の略）または身体的日常生活動作能力(PADL の障害，PADL は Physical Activities of Daily Living の略)の障害と呼ばれます。中等度以上の認知症を特徴づける重要な障害です。BADL については，通常，以下のような6項目がチェックされます。

- 排泄
- 食事
- 着替
- 身繕（整容）
 - 身だしなみ
 - 髪や爪の手入れ
 - 洗面歯磨き
 - 髭そり
- 移動能力
- 入浴

運動麻痺や痛みなど，明らかに身体的な原因で BADL が障害されている場合には，認知機能障害に起因する生活機能障害ではないので，認知症の重症度とは直接関連しなくなります。

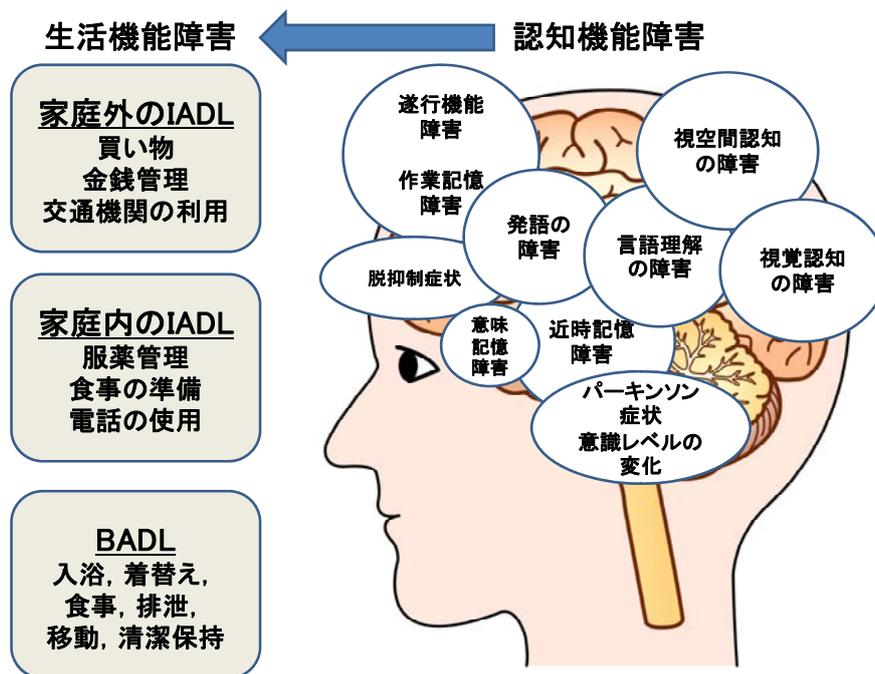


図 8. 認知症に見られる認知機能障害と生活機能障害

4. 精神症状・行動障害

認知症では、脳の病気の直接的な影響によって、あるいは認知機能障害や生活機能障害の二次的な影響によって、あるいは身体合併症を背景にして、さまざまな精神症状や行動障害があらわれます。このような精神症状や行動障害のことを「認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)」と呼びます。

BPSD は、行動症状 (通常は患者を観察することによって明らかにされる) と心理症状 (通常は患者や親族との面談によって明らかにされる) に分類されます (表 3)。認知症の初期には、抑うつ、不安、怒りっぽさ、自発性低下、妄想、幻覚などの心理症状が認められやすく、進行すると徘徊、脱抑制、叫声、食行動異常、介護への抵抗、不潔行為などの行動症状が認められやすくなります。

一方、精神症状・行動障害の中にはせん妄と呼ばれている症状もあります。せん妄は、それ自体は BPSD と区別されますが、BPSD を悪化させる要因とされています。認知症では身体合併症や薬の副作用があるときにせん妄が現れやすくなります。せん妄については、第 5 章で詳しく解説します。

表 3. BPSD の特徴的症状

グループ 1 (厄介で対処が難しい症状)	グループ 2 (やや対処に悩まされる症状)	グループ 3 (比較的処置しやすい症状)
心理症状 妄想 幻覚 抑うつ 不眠 不安 行動症状 身体的攻撃性 徘徊 不穏	心理症状 誤認 行動症状 焦燥 社会通念上の不適當な行動と性的脱抑制 部屋の中を行ったり来たりする 喚声	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング (人につきまとう)

出典：IPA: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Education Pack. International Psychogeriatric Association (2003). (日本老年精神医学会監訳：国際老年精神医学会，痴呆の行動と心理症状. アルタ出版，2005年，東京)

5. 身体合併症

認知症では，通常，さまざまな身体症状，身体障害，身体疾患が認められます。高齢者に一般的によく見られる徴候のことを“老年症候群”と呼びますが，認知症では老年症候群が顕著に現れる傾向があります。また，認知機能障害や生活機能障害によって，服薬管理や栄養管理などの健康を守るための自律的活動が障害されるために，身体機能がますます低下し，体の病気を発症したり，悪化したりして，救急医療が必要になることもしばしばあります。

一般に，身体的問題があると精神的問題（BPSD やせん妄など）は増悪し，精神的問題があれば身体的問題がさらに増悪するという悪循環を形成します。認知症に見られる身体症状，身体疾患として特に留意されるべきものを表 4 に示します。

表 4. 認知症によく見られる身体症状，身体疾患

<p>A. 身体症状</p> <ol style="list-style-type: none">1) 運動症状：パーキンソニズム，不随意運動，パラトニア，痙攣，運動麻痺2) 廃用症候群：筋委縮，拘縮，心拍出量低下，低血圧，肺活量減少，尿失禁，便秘，誤嚥性肺炎，褥瘡3) 老年症候群：転倒，骨折，脱水，浮腫，食欲不振，体重減少，肥満，嚥下困難，低栄養貧血，ADL 低下，難聴，視力低下，関節痛，不整脈，睡眠時呼吸障害，排尿障害，便秘，褥瘡，運動麻痺4) その他：嗅覚障害，慢性硬膜下血腫，悪性症候群 <p>B. 身体疾患</p> <ol style="list-style-type: none">1) 全身疾患（脱水症，低栄養，電解質異常など）2) 呼吸器疾患（誤嚥性肺炎，慢性閉塞性肺疾患，肺結核，肺癌など）3) 循環器疾患（高血圧症，うっ血性心不全，虚血性心疾患，心房細動など）4) 消化器疾患（消化性潰瘍，腸閉塞，肝硬変，アルコール性肝障害，癌など）5) 腎疾患（腎硬化症，高血圧症性腎症，糖尿病性腎症，慢性腎不全など）6) 内分泌・代謝疾患（糖尿病，甲状腺機能低下症など）7) 泌尿器科疾患（下部尿路障害，尿路感染症，前立腺肥大症・癌など）8) 整形外科疾患（骨粗鬆症，骨折など）9) 皮膚科疾患（褥創，白癬，疥癬など）10) 眼科疾患（視力障害，白内障，緑内障など）11) 耳鼻咽喉科疾患（難聴，めまいなど）12) 神経・筋疾患（脳血管障害，パーキンソン症候群など）13) 口腔疾患（う蝕，歯周病など）
--

6. 社会的困難

上記で述べてきたような障害が複合するために，認知症の人とその家族は，さまざまな社会的問題に直面しやすくなります（図 5）．認知症の人は社会的な孤立状況におかれやすく，特に一人暮らしの場合には，悪質業者に騙されたり，経済的困窮状態に陥ったり，近隣トラブルを招いたり，身体疾患の発見が遅れ救急事例化することが少なくありません．一方，認知症の人を介護する家族は，介護負担のために，精神的・身体的健康を害することがあります．また，虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性もあります．このような社会的困難に対応していくためには，さまざまな社会的資源と連携した包括的な介入が必要となります．しかし，人員不足に悩む医療機関や介護施設では，このような問題に対応できるだけの十分な余裕がなく，そのために複合的な問題をもつ認知症の人ほど医療機関や介護施設で受け入れを断られてしまうといった新たな社会問題も生じています（このような問題は「さかさま医療の法則」と呼ばれています）．

7. 認知症の経過と重症度

多くの認知症疾患は，進行性に経過し，時間とともに重症度を増していきます（図 9）．

そして、その重症度のステージに応じて、さまざまな医療ニーズや介護ニーズがあらわれます。適切な医療と介護は、認知症の重度化を緩和し、救急事例化を防ぎ、認知症高齢者とその家族の生活の質（QOL）を高めることに寄与します。一方、医療や介護が不適切であれば、認知症高齢者の健康状態は悪化し、BPSD が顕著となり、認知機能障害や生活機能障害も重度化し、認知症をもつ高齢者も介護する家族も、生活を維持することが困難になります。認知症の人が抱える身体的・精神的・社会的な臨床像の全体を総合的にアセスメントして、その重症度に応じた適切なサービスを包括的に提供していけるような地域システムを創り出していくことが、これからの認知症対策のめざすべき方向です。

認知症のステージから見たケアのニーズ

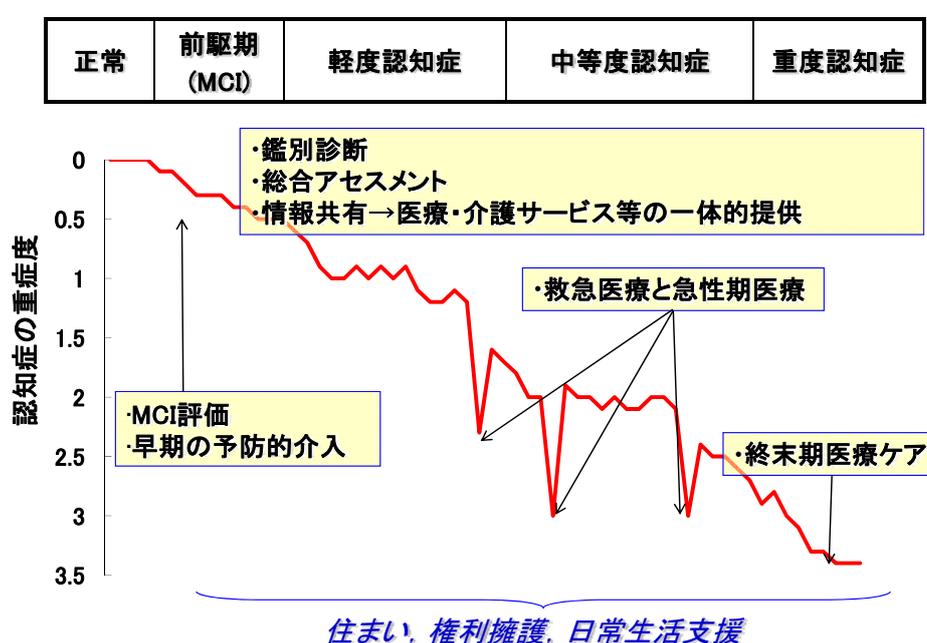


図 9. 認知症のステージから見たケアのニーズ

第2章 認知機能障害を評価する

認知症では、原因となる脳の病気や障害される脳の部位によって、さまざまな認知機能障害が現れます。ここでは、比較的多くの認知症疾患に共通に認められる認知機能障害として、(1)記憶の障害、(2)見当識の障害、(3)判断力と問題解決の障害を評価する方法について解説します。

一般に、認知機能障害を評価するためには、観察法と質問法という2つの方法を用います。観察法とは、本人のことをよく知っている家族や介護者などから本人の日常生活の様子について詳しい情報を集めたり、本人の言動を面接場面で注意深く観察したりしながら、認知機能障害の有無を評価する方法です。一方、質問法とは、特定の認知機能を評価するための心理テストを行いながら、その成績から認知機能障害の有無、質や程度を評価する方法です。ここでは、軽度認知症をイメージしながら、観察法と質問法を組み合わせた認知機能障害の評価方法を紹介したいと思います。

1. 記憶の障害

1-1. 軽度認知症

記憶の障害を評価するためには、まずは、「近時記憶障害」（最近の出来事をすっかり忘れてしまうような記憶障害）が持続的にあるか否かを確認します。アルツハイマー型認知症では、軽度認知症の段階で、日常生活に支障を来すような明らかな近時記憶障害が認められます。

近時記憶障害を観察法で確認するために、本人や家族に、「最近、もの忘れが増えましたか」と質問してみます。本人または家族のどちらかが肯定する場合には、さらに「どのようなことで、そのように感じましたか」と質問してみます。また、以下のような具体例をいくつか挙げながら近時記憶障害の存在を確認していきます。

- 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることが頻繁にありますか。
- 5分前に聞いた話を思い出せないことがよくありますか。
- いつも探しものをしているということはありませんか。
- 同じことを何度も繰り返して話したり、訊いたりすることが多いですか。
- 同じものを何度も買ってきたりすることが頻繁にありますか。
- 電話に出ても、誰からの電話だったのか、どのような用件だったのかを忘れてしまい、電話の取り継ぎができないということはよくありますか。
- 約束や予定を忘れてしまうことが頻繁にありますか。

さらに、以下のような質問を本人にしてみて、本人の答えの様子から近時記憶障害の有無を評価することができます。

- 今日の午前中は何をして過ごしましたか（正解を家族に確認する）。
- ここまでどうやって来られましたか（正解を家族に確認する）。
- 昨日は1日何をして過ごしましたか（正解を家族に確認する）。
- 最近2・3日の間にどこかに外出されましたか（正解を家族に確認する）。
- 最近、誰かが家に訪ねて来られましたか（正解は家族に確認する）。
- 最近のニュースで記憶に残っている出来事がありますか（さらに、そのニュースの中で出てくる、普通は誰でもが覚えているような出来事について訊いてみる）。

質問法では、実際にその場で何かを記憶してもらい、数分後にそれを思い出してもらおうという心理テスト（遅延再生課題）を行います。

- 私が今から言う3つの言葉を同じように言ってみてください（「桜、猫、電車」）。しばらくしたらもう一度聞きますから覚えておいてくださいね（約2分経過したら、「先ほど覚えた3つの言葉は何でしたか」と言って回答してもらおう）。

1-2. 中等度認知症

認知症が中等度以上になると新しい出来事はすぐに忘れてしまい、遠い昔の出来事に関する記憶の障害（遠隔記憶障害）も見られるようになります。遠隔記憶障害を確認するために、自然な会話の中で本人の生活史について聞いてみるという方法もあります。

- お生まれはどちらですか。
- 生年月日は何年の何月何日ですか。
- 最後に卒業された学校はどちらですか。
- 御兄弟は何人いらっしゃるのですか。
- 御兄弟の名前は全部言えますか。
- 旦那様（奥様）のお名前はなんですか。
- 旦那様（奥様）が亡くなったのはいつですか。
- お子さんは何人いらっしゃいますか。
- お子さんのお名前を教えてください。
- 家の電話番号を教えてください。

2. 見当識の障害

2-1. 軽度認知症

見当識の障害を評価するためには、まずは、「時間の失見当識」（今が一体いつだかわからなくなる）が認められるか否かを確認します。軽度認知症では、近時記憶障害とともに、「時間の失見当識」が見られることがあります。

「時間の失見当識」を観察法で確認するために、本人や家族に、「今が一体いつだかわからなくなってしまうことがありますか」と質問してみます。本人または家族のどちらかが肯定する場合には、さらに「どのようなことで、そのように感じましたか」と質問してみ

ます。また、以下のような例を具体的に挙げながら質問してみます。

- 今日が何月何日かわからないときがありますか。
- カレンダーを見ても、今日の日付がわからないということがありますか。
- 予約日とはまったく違う日に病院に通うことがよくありますか。
- 午前か午後かわからなくなってしまうことがよくありますか。

質問法を用いて、以下のような質問を本人にしてみます。

- 今日は何月何日ですか。
- 今日は何曜日ですか。
- 今年は平成何年ですか。
- 今の季節は春夏秋冬のいずれですか。

2-2. 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症になると、「場所の失見当識」（自分が現在いる場所がわからなくなる）が認められるようになります。「場所の失見当識」を観察法で確認するために、本人や家族に、「自分がいる場所がどこかわからなくなることはありますか」と質問してみます。また、以下のような質問を本人にしてみます。重度認知症になると場所の見当識は完全に障害され、「人物の失見当識」も障害されはじめます。

- 今いるところ（ここは）どこですか
- 今いるところ（ここは）何県の何区（市町村）ですか。
- ここは何階ですか。
- ここは誰の家ですか。

3. 判断力・問題解決の障害

1-1. 軽度認知症

軽度認知症では、日常の生活や行動は概ね普通ですが、所々に「問題解決の障害」が疑われるようなエピソードが認められるようになります。観察法による方法では、家族に、「〇〇さんは、以前できていたことができなくなったと感じることはありませんか」と率直に訊いてみます。以下のようなエピソードがあれば、問題解決の障害があると考えられます。

- 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できない。
- 一日の計画を自分で立てることができない。
- 仕事上の失敗が多くなった。
- コンピュータがうまく使えなくなった。
- 町内会の会計がうまくできなくなった。
- 確定申告が自分でできなくなった。
- 通帳や財布が見当たらないと言ってパニックになることがよくある。

質問法で本人に具体的に以下のような質問をしながら、概ね適切な回答ができるかどうかを確認して、「問題解決の障害」の有無を評価することもできます。

- 通帳をなくしてしまったときはどうしますか。
- クレジットカードを紛失したときはどうしますか。
- 停電になったときはどうしますか。
- 朝起きた時、病院の予約時間ぎりぎりだったらどうしますか。
- 水道管が破裂したらどうしますか。
- ガスが止まってしまったらどうしますか。
- 家族が病気になったときはどうしますか。

問題解決の障害は「抽象的思考能力の低下」とも深く関連していますので、以下のような質問に対する回答からそれを類推することもできます。

- 学校と病院の類似しているところ、異なるところは何ですか。
- みかんとバナナの類似しているところ、異なるところは何ですか。
- 「猿も木から落ちる」という諺の意味は。
- 「弘法も筆の誤り」という諺の意味は。

1-2. 中等度認知症～重度認知症

認知症がさらに進行して中等度認知症以上になると、態度や行動から明らかにわかるような社会的判断力の低下が認められるようになります。重度認知症になると、社会的判断はほぼ不可能となります。

- 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができない。
- 人が来ても、挨拶もしなくなった。
- 孫のおやつを横取りして食べてしまう。
- 隣の人のお食事をとって食べてしまう。
- 店先の商品を勝手にもってきてしまう（万引き）。
- 家の中で一日中ぼんやりして、何もせずに過ごすことが多くなった。

第3章 生活機能障害を評価する

認知症では、その重症度にしたがって、さまざまなレベルの生活機能障害が現れます。ここでは、(1)家庭外の生活（社会生活や職業生活）を自立して行うための生活機能、(2)家庭内の生活を自立して行うための生活機能、(3)身の回りのことを自立して行うための生活機能を評価する方法について解説します。

1. 家庭外の生活を自立して行うための生活機能

1-1. 軽度認知症

認知症では、判断力や問題解決の障害と密接に関連して、仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティア、地域活動など、家庭外の生活を自立して行うことが困難になり、次第に活動範囲が狭まってきます。このような社会生活機能の障害は認知症が疑われる段階から少しずつ見られるようになりますが、それが明確に見られるようになるのは軽度認知症の段階です。本人や家族に以下のような質問をすることによって社会生活機能の障害を確かめることができます。

- 以前と同じように、仕事は支障なくできますか。
- 地域活動やボランティア活動は支障なくできますか。
- 一人で買い物に行けますか。
- バスや電車などを使ってひとりで外出できますか。
- 貯金の出し入れはひとりでできますか。
- 家賃や公共料金の支払いはひとりでできますか。
- 家計のやりくりなどはできますか。
- ATMを一人で使うことができますか。
- 外出先で待ち合わせをして人に会うことができますか。
- 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。
- 初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか。

社会生活機能が維持されていることは、認知症ではないこと（正常老化であること）の重要な根拠になります。また、中等度以上の認知症では、上記のような社会生活を一人で行うことがほぼ完全に不可能になります。

2. 家庭内の生活を自立して行うための生活機能

2-1. 軽度認知症

軽度認知症の段階では、家庭生活にも障害が見られるようになり、趣味や社会的な出来事に対する関心も失われていきます。こうした生活機能は手段的日常生活動作能力（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）と呼ばれており、一人暮らしを営むために必要とされる能力とされています。本人や家族に以下のような質問をすることによって

IADL の障害を確かめることができます。

- 電話をかけることができますか。
- 食事の準備はできますか。
- 薬を決まった時間に決まった分量飲むことができますか。
- エアコンを一人で使えますか。
- その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか。
- 料理は以前と同じようにできますか。
- お湯を沸かして、お茶を入れることができますか。
- 掃除機やほうきを使って掃除ができますか。
- 洗濯物・食器などをもとあった場所に片づけることができますか。
- これまで好きでやっていた趣味は今も続けていますか。
- テレビや本、雑誌などをみて、話のすじを追うことができますか。

2-2. 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症では、上記のような生活機能がほとんど不可能になり、できたとしても単純なことのみ（例：庭の草取り、テーブル拭きなど）になります。重度認知症では、家庭内で自立して行えることはほとんどなくなります。

3. 身の回りのことを自立して行うための生活機能

3-1. 軽度認知症

身の回りのことを自立して行う生活機能は、基本的日常生活動作能力(Basic Activities of Daily Living, BADL)または身体的日常生活動作能力 (Physical Activities of Daily Living, PADL) と呼ばれています。自分自身で生命を維持するための基本的な機能です。軽度認知症の段階では、通常、BADL は障害されていないことが重要なポイントになります。本人や家族に以下のような質問をして、具体的に生活の様子を聞きながら BADL の障害の有無を確かめることができます。

- 入浴はどうされていますか。
- 服の着替えはどうされていますか。
- トイレはどうされていますか。
- 洗面や歯磨きはどうしていますか。
- 髭そりはどうしていますか。
- 食事は一人で食べられますか。
- 家の中での移動は一人でできますか。

3-2. 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症になると、身の回りのことも自立して行うことが難しくなり、身体的な介護が必要になります。中等度認知症の段階では BADL が部分的に障害され、重度認知症の段階ではほぼすべてが障害されて、全介助が必要になります。

第4章 精神症状・行動障害を評価する

認知症ではさまざまな精神症状や行動障害が認められます。こうした症状は、従来から、認知症の「周辺症状」「辺縁症状」「問題行動」など、さまざまな名称で呼ばれてきました。しかし、1996年の国際老年精神医学会の「認知症の行動障害に関するコンセンサス会議」において、この症状のことを「認知症の行動・心理症状」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)と共通の用語で呼ぶことが提唱されました。それは、これらの症状が、認知症患者の施設入所、医療機関への入院、救急医療の必要性を高め、機能障害を悪化させ、介護者の介護負担を大きくし、認知症患者本人と介護者のQOLを低下させ、医療・介護費用を高める重大な要因になることが明らかされ、国際的な研究を推進していくことが強く求められるようになってきたからです(図10)¹⁾。

BPSDは「認知症患者に頻繁に見られる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されています²⁾。その出現頻度について、Seitzら(2010)³⁾は、介護施設に入所している認知症患者の78%にBPSDが認められると報告しています。また、Savveら(2009)⁴⁾は、地域在住高齢者において認められるさまざまなBPSDの有症率を図11のように報告しています。

BPSDの評価は、認知症の総合的アセスメントの中でも特に重要です。ここでは、国際老年精神医学会のBPSD教育パッケージ⁵⁾に掲載されている12のBPSDについて解説します。

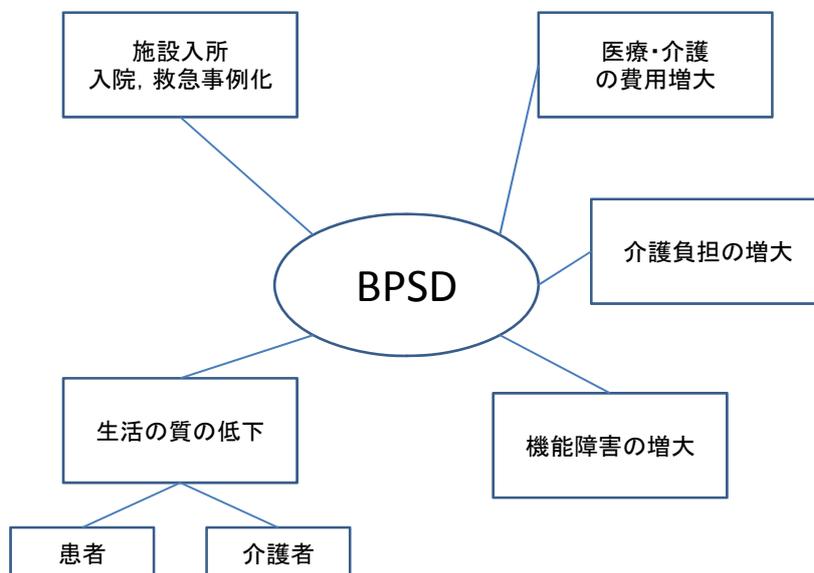


図10. BPSDが及ぼすさまざまな影響(Finkel 1996から引用)

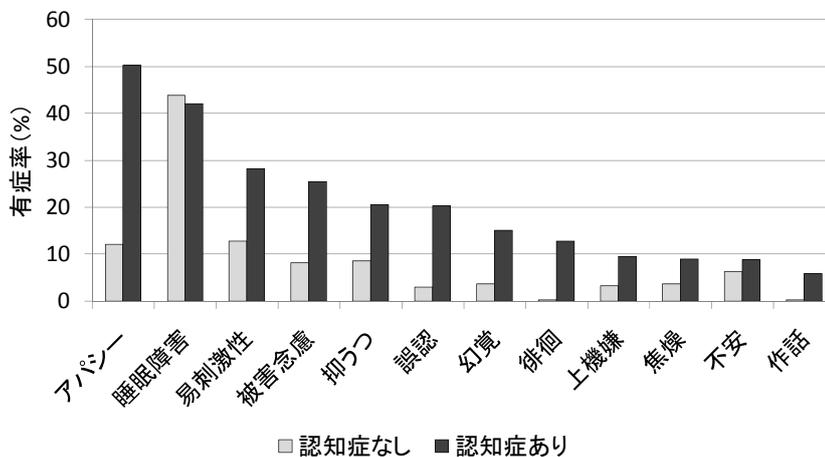


図 11. イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値 (Savva ら 2009 より作成)

1. 妄想

「人が物を盗む」(物盗られ妄想), 「家の中に人が侵入してくる」(侵入妄想), 「私を家から追い出そうとしている」(迫害妄想), 「食べ物に毒を入れられる」(被毒妄想), 「配偶者(またはそれ以外の介護者)は偽者である」(替え玉妄想), 「家に見知らぬ人が住んでいる」(同居人妄想), 「見捨てられる」(見捨てられ妄想), 「配偶者が浮気をしている」(不義妄想) など.

2. 幻覚

幻視, 幻聴, 幻嗅, 幻触など. 幻視の中でも一般的なのは「現実にはいない人を家の中で見る」(例: 幻の同居人) であるが, これは誤認に分類することもできます. 幻視が目立つ場合にはレビー小体型認知症が疑われます.

3. 誤認

外部刺激の知覚錯誤であり, 妄想的に抱いている信念または作り上げた事柄を伴う知覚錯誤と定義することができます. 「患者自身の家に誰かがいる」(「幻の同居人」症候群), 患者自身の誤認(例: 自分の鏡像を自分だと認識できない), 他者の誤認, テレビの映像の誤認(映像が現実の 3 次元空間で生じているとイメージする) などがあります. 代表的な妄想性誤認として, ①カプグラ症候群: 人物がよく似た偽者に置き換わっているという妄想様信念. 人以外(例: 家, ペット, 物体)で認められることもあります. ②フレゴリ症候群: 人が自分に影響を及ぼそうとして別の人間のふりをしているという妄想様信念. ③相互変身: ある人物の身体的外観を, 別の誰かの外観に一致すると知覚する状況.

4. 抑うつ状態

抑うつ気分はアルツハイマー病患者の 40～50%に見られます。早期の認知症の場合には、患者を面接している間に抑うつ気分と抑うつ症状を明らかにできることがあります。認知症が進むに従い、言語やコミュニケーションの問題が増してくることや、アパシー、体重減少、睡眠障害、焦燥が認知症の一部として生じることから、抑うつ状態の同定が難しくなります。

5. アパシー

日常の活動や身の回りのことに興味をなくし、さまざまな社会的なかわり、表情、声の抑揚、情緒的反応、自発性を失った状態です。アパシーも抑うつ状態も意欲低下を生じますが、アパシーでは抑うつ状態で見られるような抑うつ気分や自律神経症状は伴いません。

6. 不安

自分の経済状態について、将来について、健康についての懸念が繰り返し述べられます。例えば、これまではストレスと感じなかったちょっとした事（例：家を離れる）について心配したりします。将来の出来事に対して繰り返し尋ねるような不安は Godot 症候群と呼ばれ、介護者の負担も大きくなります。

7. 徘徊

以下のような行動が含まれます。①物事を調べてまわる、②人の後についていく、またはしつこくつきまとう、③ぶらぶら歩きまたは探し回ること（家の周りや庭を歩き回って、何か仕事＜例：洗濯、洗濯物干し、掃除、草取り＞をしようと無駄な試みをする）、④目的なしに歩く、⑤夜間に歩く、⑥とんでもないところに向かって歩く、⑦活動過多、⑧さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、⑨繰り返し家を出ようと試みる。

8. 焦燥

概念はかなり広く、「部外者から見て、その人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられないような不適切な言語、音声、運動上の行動をとること」と定義されています。以下の 4 つのサブタイプが設けられています。①身体的攻撃性のない行動（全般的な不穏、わざとらしいことを繰り返す、部屋の中を行ったり来たりする、別の場所にいこうとする、物を隠す、不適切な衣服の着脱、滞続言語）、②言語的攻撃性のない行動（拒絶症、気に入るものが何もないという、ひっきりなしに注意を促す、威張った言葉使いをする、不平や泣き言を言う、関係ある事柄で話に割り込む、関係ない事柄で話に割り込む）、③身体的攻撃性のある行動（叩く、押す、ひっかく、物をつかむ、人をつかむ、蹴る、咬む）、④言語的攻撃性のある行動（大声で叫ぶ、ののしる、かんしゃくを起こす、奇妙な音を出す）。

9. 破局反応

怒り反応とも呼ばれます。環境ストレスによる過剰な情緒反応を特徴とし、脳損傷のある患者にその能力を超える形で何かをするようなストレスを加えた場合に生じます。①突然の怒りの爆発、②言語的攻撃性（例：叫ぶ、ののしる）、③身体的攻撃性のおそれ、④身体的攻撃性（例：叩く、蹴る、咬む）などがあります。

10. 不平を言う

認知症患者にしばしば繰り返し見られる行動です。例えば、「私の物を盗んだな」「あなたっていじわるね」「家に帰りたい」などで、これによって介護者が傷ついたり、介護者と

の間で言い争いが起こったりします。

11. 脱抑制

衝動的で不適切な行動であり、気を散らしやすく、情緒的に不安定で、洞察や判断力に乏しく、それまでの社会行動のレベルを維持できないことがあります。泣き叫ぶ、多幸感、言語的攻撃性、他者および物体に対する身体的攻撃性、自己破壊行動、性的脱抑制、精神運動焦燥、でしゃばる、じゃまをする、衝動性、徘徊などがあります。

12. じゃまをする

要求が強く、せっかち、しつこい、押しの強い行為で、そのために介護者が何かをいやいやすることになるような行為です。じゃまをしがちな患者は、招かれてもいない状況に無理やり入り込んだり、他の人が持っている物や楽しんでる事柄のじゃまをしたりします。

13. 拒絶症

「協力するのを拒むこと」と定義されます。ここには、頑固、非協力的な行動、介護に対する抵抗などが含まれています。

参考文献

- 1) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, et al: Consensus statement. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8 suppl.3:497-500 (1996).
- 2) Finkel S: Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Int J Geriatr Psychiatry* 15: S2-S4 (2000).
- 3) Seitz D, Purandare N, Conn D: Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010 Available on CJO 04 Jun 2010 doi:10.1017/S1041610210000608
- 4) Savva GM, Zaccari J, Matthews FE, Davidson JE, et al: Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 194: 212-219 (2009).
- 5) IPA: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Education Pack. International Psychogeriatric Association (2003). (日本老年精神医学会監訳：国際老年精神医学会，痴呆の行動と心理症状。アルタ出版，2005年，東京)

第5章 せん妄について

1. 概念と疫学

せん妄とは、意識障害、注意障害、認知機能の全般的障害、精神運動興奮または減退、睡眠覚醒サイクルの障害によって特徴づけられる、急性発症・一過性の器質精神症候群と定義されています¹⁾。脳の機能を広範に障害するような身体疾患や物質(乱用薬物、医薬品、毒物)がその原因となりますが、その成因は「準備因子」「促進因子」「直接原因」に区別して考えるのが実際的です¹⁾。例えば、高齢であることや慢性の脳疾患が存在することは「準備因子」となり、心理社会的ストレス、睡眠障害、感覚遮断または過剰な感覚刺激、身体が動けない状態は「誘発因子」となり、脳機能を直接障害する身体疾患、薬物、アルコールなどが「直接原因」となります。

米国精神医学会(APA)の治療ガイドライン²⁾によれば、せん妄の有病率は、入院患者の10%~30%、入院している高齢者の10%~40%、入院している癌患者の25%、術後患者の51%、臨死期にある末期患者の約80%に及ぶと推計されています。また、身体疾患のある患者におけるせん妄は、合併症併発率の増大と死亡率の増大に関連することが明らかにされています。すなわち、せん妄は、肺炎や潰瘍性褥瘡の併発とそれによる入院の長期化に関連し、術後患者の術後合併症と術後回復期の長期化・入院の長期化・機能障害の長期化に関連します。また、入院中にせん妄を発症した高齢患者が、その入院期間中に死亡する率は22%~76%、入院中にせん妄を発症した患者が退院後6カ月以内に死亡する率は25%、せん妄の診断後3ヶ月以内の死亡率はうつ病などの気分障害の患者の14倍であるとされています。

2. 診断

診断の基本は、1)せん妄の必須症状と随伴症状を確認した上で、2)病歴、身体診察、臨床検査所見から、病因的な関連をもつ身体疾患、物質中毒または離脱、またはそれらの組み合わせを証明することにあります。

a. 必須症状

必須症状は認知領域の障害を伴う意識障害であり、短期間のうち(通常は数時間から数日)に発症し、一日の中で変動する傾向をもちます。意識障害は、覚醒レベルの変化、周囲の状況を認識する能力の低下、注意を集中し、維持し、転導する能力の障害として現われ、思路のまとまりが悪くなります。認知障害では記憶、見当識、言語の障害が見られ、近時記憶障害(最近の出来事が想起できない)、時間失見当識(例:真夜中なのに朝だと思う)、場所失見当識(例:病院なのに自宅だと思う)、構音障害、物品呼称の障害、書字障害が見られることが多いようです。錯覚、幻覚、妄想も認められますが、目立たないこともあります。幻覚では幻視が最も一般的ですが、幻聴、幻嗅、幻味、体感幻覚が認められることもあります。

b. 随伴症状

随伴症状として睡眠・覚醒サイクルの障害、精神運動障害、情動障害が認められることが

あります。睡眠-覚醒サイクルの障害では、日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害、睡眠-覚醒サイクルの完全な逆転、睡眠-覚醒の日内パターンの断片化が認められることがあります。精神運動は増加する場合（活動増加型 = hyperactive delirium）と減少する場合（活動減少型 = hypoactive delirium）があり、前者では幻覚、妄想、焦燥性興奮、失見当識がより頻繁に認められます⁴⁾。不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動障害が認められることもあり、感情状態が突然一方から他方へ変化するような感情不安定性が認められることもあります。脈拍、血圧、呼吸の変動、発汗などの自律神経症状を伴うこともあります。

c. 原因検索

米国精神医学会の診断基準（DSM-IV）³⁾では、原因によって、a.一般身体疾患によるせん妄、b.物質誘発性せん妄、c.複数の病因によるせん妄、d.特定不能のせん妄と分類されます。原因となる身体疾患と物質の一覧を表 5,6 に示しました。

表 5. 一般的なせん妄の原因疾患

分 類	疾 患
中枢神経疾患	頭部外傷、けいれん発作、発作後状態、脳血管障害（例：高血圧性脳症）、変性疾患
代謝疾患	腎不全（例：尿毒症）、肝不全、貧血、低酸素症、低血糖症、チアミン欠乏症、内分泌障害、体液または電解質不均衡、酸塩基不均衡
心・肺疾患	心筋梗塞、うっ血性心不全、不整脈、ショック、呼吸不全
全身疾患	物質中毒または離脱、感染症、腫瘍、重度外傷、感覚遮断、体温調節障害、術後状態

（American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000.）

表 6. 中毒または離脱によってせん妄を引き起こす物質

カテゴリー	物 質
乱用薬	アルコール, アンフェタミン, カンナビス, コカイン, 幻覚薬, 吸入薬 オピオイド, フェンサイクリジン, 鎮静薬, 睡眠薬, その他
医薬品	麻酔薬, 鎮痛薬, 喘息治療薬, 抗けいれん薬, 抗ヒスタミン薬, 降圧薬 と心循環作動薬, 抗性物質, 抗パーキンソン薬, コルチコステロイド, 胃腸薬, 筋弛緩薬, 免疫抑制薬, リチウムおよび抗コリン作用をもつ向 精神薬
毒物	コリンエステラーゼ阻害薬, 有機リン系殺虫薬, 一酸化炭素, 二酸化炭 素, 燃料や有機溶剤のような揮発性物質

(American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000.)

参考文献

- 1) Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State. Oxford University Press, New York, 1990
- 2) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999 (日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000)
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 1995)

第6章 身体合併症を評価する

認知症では、自己の健康を保持するための自立した生活機能（健康的な生活習慣を維持する能力、服薬管理、栄養管理、治療の遵守など）が障害されるために、老年症候群（高齢者一般に見られる特徴的な臨床徴候）が悪化し、それと関連した身体疾患（老年病）が高頻度に認められます。身体疾患は、BPSD やせん妄などの周辺症状を悪化させ、認知機能障害や生活機能障害をさらに強め、そのために社会的な困難を生じやすくさせます。そして、それらのことすべてが身体状態をさらに悪化させるという悪循環を形成します。ここでは、こうした問題を踏まえながら、認知症高齢者によく見られる身体症状や身体合併症について簡単に解説します。

1. 脱水症

高齢者では一般に、体内水分量と細胞内液量の減少、尿濃縮能の低下、口渇感の低下、水分摂取の減少などのために脱水症が起こりやすくなります。特に、下剤や利尿薬を服用中の場合、頻尿や尿失禁の恐れから飲水を自己制限している場合、発熱がある場合、慢性疾患が悪化している場合、レビー小体型認知症の症状増悪期は要注意です。認知症では、自発性低下や運動機能低下があるために飲水行動が少なくなり、そのために脱水症を生じやすくなります。脱水症はしばしばせん妄を併発し、せん妄になれば飲水行動はさらに減少します。

2. 歩行障害と転倒

高齢者では一般に、加齢や運動不足に伴う身体機能低下、身体的・精神的疾患の合併、薬物の服用などによって歩行機能が低下し、転倒しやすくなります。また、認知症疾患の中には特に歩行障害を来しやすい疾患（脳血管性認知症、レビー小体型認知症、正常圧水頭症など）ありますので転倒には特に注意する必要があります。

3. 骨粗鬆症と骨折

骨粗鬆症とは、骨量の減少と骨質の低下によって骨が弱くなり、骨折しやすくなる状態です。加齢に伴う原発性骨粗鬆症には老人性骨粗鬆症と閉経後骨粗鬆症があり、前者はカルシウム吸収の低下やビタミン D の低下、後者は女性ホルモン（エストロゲン）の欠乏が原因と考えられています。高齢者の骨折の原因として最も重要であり、脊椎の圧迫骨折、前腕骨遠位端骨折、大腿骨頸部骨折、上腕骨近位部骨折が代表的な骨折です。

4. 動脈硬化症

本来弾力性に富んでいる動脈が加齢とともに弾力性を失って固くなったり、内部に脂肪をはじめとするさまざまな物質が沈着して内腔が狭くなったりすることを動脈硬化と言います。その結果、下流に十分な酸素や栄養を送ることができなくなり、様々な症状が現れやすくなった状態を動脈硬化症と言います。ここには狭心症、心筋梗塞、脳梗塞などが含まれます。動脈硬化には、①粥状動脈硬化（アテローム硬化とも言う。内膜に起こる病変で、脂肪の沈着、繊維化、カルシウム沈着が見られ、内腔が狭窄する。大動脈、冠動脈、脳底動脈に好発する）、②中膜石灰化硬化（中膜平滑筋層に起こる病変で、カルシウム沈着が主、内腔は狭窄しない。下肢動脈に好発。糖尿病患者、慢性腎不全透析患者に多く見られる）、③細動脈硬化（腎臓、脳などの臓器内の細い動脈に起こる病変で、加齢とともに進行する。高血圧と関連が深い）がありますが、臨床的に最も重要なのが粥状動脈硬化です。

5. 高血圧症

加齢とともに血管は老化し、特に中心大動脈の血管壁の硬化によって収縮期血圧が上昇し、拡張期血圧が低下します。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインによれば、高血圧の診断基準は外来血圧 140/90mmHg 以上とされています。高血圧の管理は脳血管障害の予防と密接に関連しているため、脳血管性認知症の場合には特に重要です。また、近年の研究では、アルツハイマー型認知症との関連も示唆されており、血管障害に伴う血流低下がβアミロイドの蓄積を促進する可能性が指摘されています(図 12)。ACE 阻害薬やアンギオテンシン受容体拮抗薬(ARB)による降圧薬治療によって認知機能改善効果が認められたという報告もあります。

認知症の発症および進行に関する血管因子の関与

(秋下 2011, 日本老年医学会雑誌48: 111-113, 2011)

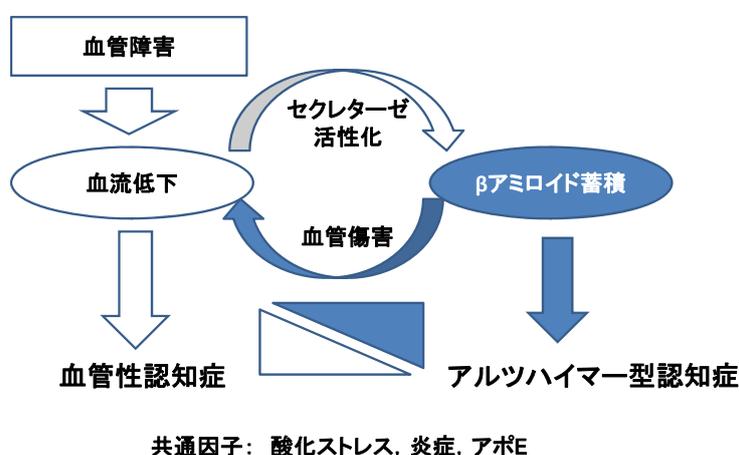


図 12. 認知症の発症および進行に関する血管因子の関与

6. 糖尿病

インスリンの作用不足によって起こる慢性の高血糖を主徴とする疾患群です。I型(膵臓のランゲルハンス島のβ細胞の破壊消失によるインスリン不足が原因)とII型(インスリン分泌低下を主体にするものと、インスリン抵抗性が主体でこれにインスリンの相対的不足を伴うもの)があり、後者は過食、肥満、運動不足、ストレスなどの生活習慣や加齢が影響して発症します。高血糖(200mg/dl以上)が続くと、口渇、多飲、多尿、夜間頻尿、急激なやせ、多食、易疲労性などの特徴的症狀が現れます。さらに慢性的に持続すると、網膜、腎臓、皮膚の細小血管の障害、大中小のさまざまな動脈を含む全身の血管障害、神経障害、白内障などの合併症を引き起こし、日常生活に著しい障害をもたらします。

高齢者の糖尿病では軽度の認知機能低下が見られることがあり、さらに近年の研究では、脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症のリスクファクターになることが明らかにされています(図 13)。糖尿病がある高齢者の脳機能を守るために、高血糖・低血糖の管理、高インスリン血症、脳血管病変の抑制が重要です。

糖尿病における認知症の発症機構

(Biessels et al. Lancet Neurol 5: 64-74, 2006)

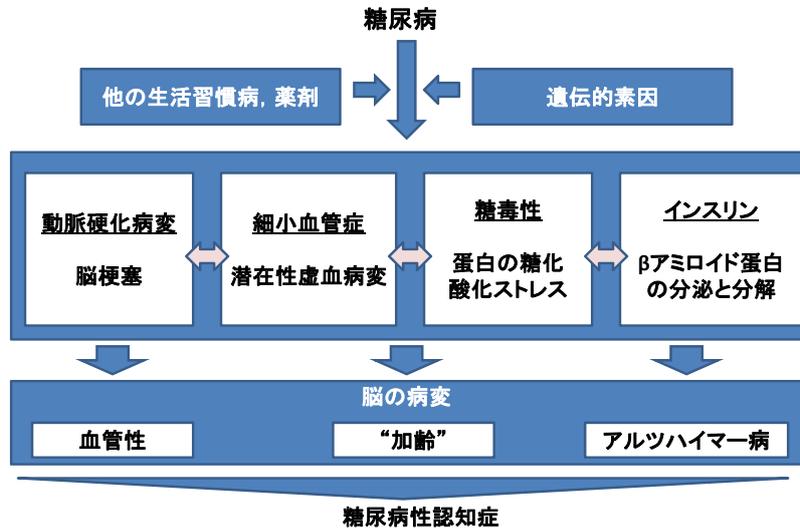


図 13. 糖尿病における認知症の発症機構

7. 下部尿路障害

膀胱排尿筋，膀胱頸部，尿道括約筋・尿道，骨盤底筋などの解剖学的・機能的異常によって生じる蓄尿障害（頻尿，尿意切迫感，尿失禁など），排尿障害（排尿遅延，腹圧排尿など），排尿後障害（残尿感，排尿後尿滴下など）の総称です。虚弱高齢者では尿失禁が目立つようになります。また，認知症では，「トイレに行けない」「尿器が使えない」などによる尿失禁が見られることがあります。これは機能性尿失禁と呼ばれています。

8. 褥瘡

身体に加わった外力によって骨と皮膚表層間の軟部組織の血流が低下または停止し，これが一定時間持続することによって組織に障害が生じた状態です。認知症では基本的な日常生活動作能力の低下によって褥瘡が発生しやすくなりますが，やせによる骨の突出，関節拘縮，栄養状態悪化，皮膚湿潤（多汗，尿失禁，便失禁），浮腫がリスクファクターとなります。予防において最も重要なことは，発生リスクを抽出して，その対策を講じていくことです。

9. 誤嚥性肺炎

口腔内の食物が誤って気管から肺へ嚥下されることによって生じる肺炎です。高齢者では嚥下反射や咳反射が低下するために誤嚥が起こりやすくなります。特に脳血管障害や認知症疾患の進行期には誤嚥性肺炎の危険が高まります。

10. 口腔疾患（う蝕，歯周病）

歯周病は歯周組織に発生する疾患の総称で，歯肉炎と歯周炎があります。う蝕は口腔内の細菌が糖質から作った酸によって歯質を脱灰し，歯の実質欠損が生じることを言います。食生活や喫煙などの生活習慣が密接に関連しています。高齢者では歯周ポケットが広がり細菌感染が起こりやすくなります。また，歯頸部歯肉の退縮で歯頸部歯根面のう蝕が好発

し、う蝕が進行すると歯頸部で歯の破折が起こります。さらに、老人性肺炎のほとんどが口腔内雑菌を知らず知らずのうちに誤嚥して生じます。近年の研究では、歯周病が心血管疾患（心筋梗塞や脳卒中）のリスクファクターになることも明らかにされています。

参考文献

- 1) 大内尉義監修，浦上克哉編集：老年医学の基礎と臨床 II，認知症学とマネジメント．ワールドプランニング，2009，東京．
- 2) McGuinness B, et al.: Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2009.
- 3) Biessels GJ, et al.: Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. Lancet Neurol 5: 64-74, 2006.

第7章 社会的状況を評価する

1. はじめに

ここでは、事例を紹介しながら、認知症の人が直面する社会的困難と、それを評価することの重要性を解説します。

2. 事例1

2-1. 事例呈示

80歳の一人暮らしの女性の話です。夜中に自宅のマンションのベランダで大声をあげたり、ゴミを溜め込んで悪臭を発生させたり、近所の家の扉を朝4時頃から怒鳴り声をあげて叩いたり、近隣とのトラブルが絶えないということで、自宅を管理する不動産会社より地域包括支援センターに連絡が入り、地域包括支援センターの職員がケースに関わるようになりました。

X年9月、地域包括支援センターの社会福祉士が訪問調査を行ったところ、身体的には自立しており、身なりもそれなりに整っておりましたが、健忘が目立ち、話したことはすぐに忘れてしまう感じでした。家の中は雑然としていて、冷蔵庫の中の食べ物は腐っており、それを食べているようです。財布、鍵などを頻繁に紛失し、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む人間だ」と言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の張り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問して抗議したりしているということでした。社会福祉士が何とか本人を説得し、同伴して精神科クリニックを受診したところ、老年精神病と診断され、抗精神病薬を処方されましたが、本人は結局服薬せず、通院も拒否しました。以前から高血圧症があったのですが、そちらの通院も中断しているために、収縮期血圧は180mmHg台となっています。また、以前に大腸がんの手術を受けているのですが、その後の定期健診も中断してしまっているということでした。

以後、地域包括支援センターの保健師と社会福祉士が関わるようになり、本人を説得して介護保険を申請。精神科クリニックの医師に介護保険主治医意見書を記載してもらい、要介護1の認定を受け、介護支援専門員に引継いでケアプランを立てましたが、本人はサービス利用を拒否。この間に、離婚した元夫にも連絡してみましたが対応は困難との返事でした。

その後も、地域包括支援センター職員が本人宅の訪問を継続したところ、自宅内より新品の家電製品や見慣れない高価な骨董品を発見、悪質商法による経済被害を受けていることが判明しました。隣近所からの苦情の声も次第に大きくなり、終に不動産会社から本人に、マンションからの退去を求められるにいたりしました。

2-2. 社会的状況を評価する

この80歳の女性は、「財布や鍵を頻繁に紛失する」「話したことをすぐに忘れてしまう」ということから近時記憶障害があるものと思われる、また、金銭管理の障害というIADLの障害もあるようです。しかし、身体的には自立しており、身なりもそれなりに整っている

ことから、BADL は概ね自立しているようなので、ステージとしては軽度認知症の段階にあるのではないかと推測されます。それに加えて、高血圧症、大腸がん術後という身体合併症、物盗られ妄想、被害妄想、大声をあげる、夜中に怒鳴り声をあげる、隣人を攻撃するといった精神症状・行動障害（BPSD）も見られます。これらによって、この方は「近隣トラブル」を生じ、そのために「地域社会から排除」されるという社会的問題に直面しています。また、「独居」で、「身寄りが無い」ために、困ったときに相談にのってくれたり、医療機関への受診を援助してくれたり、金銭管理を手伝ってくれたり、介護保険などの諸手続きを手伝ってくれるなどの「日常生活支援」に対応してくれる人がいず、「孤立」しており、実際に「医療機関への受診困難」「悪質商法による経済被害」にも直面しています。

地域包括支援センターの社会福祉士は、ここにあげられた社会的困難状況をどのようにして解決すればよいか、最寄りの認知症疾患医療センターの相談員を交えて“地域ケア会議”の中で検討しました。その結果、まずは認知症の診断と身体合併症の評価をしようということで、本人には大腸がんの健診の必要性を説明しながら、認知症疾患医療センターの外来受診を説得してみることにしました。

2-2. 医療と介護の連携

認知症疾患医療センターの評価では、①認知機能について、軽度の近時記憶障害、計算障害、時計描画障害、透視立法体図模写障害、軽度の呼称障害を認め、②生活機能について、身体的 ADL 自立、手段的 ADL (金銭管理、服薬管理、家事) の障害を認め、③BPSD としては、「隣人が勝手に家に入ってくる」という侵入妄想と、物盗られ妄想、特に近隣の住民に対する攻撃性、夜間不眠と叫声などによる迷惑行為が認められました。④身体疾患としては、理学的所見では収縮期圧 180mmHg 台の高血圧症を認めましたがそれ以外に異常所見は認めず、神経学的所見も正常、血液・生化学検査、甲状腺機能検査、ビタミン B1・B12・葉酸検査、血清梅毒反応のいずれも正常。心電図および胸部 X 線は正常範囲内、頭部 MRI では両側側頭葉の軽度萎縮と両側大脳白質に融合性の低吸収域（慢性虚血性変化）が認められました。

以上から、「高血圧症および脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症（軽度）」と診断され、当面は、地域包括支援センター職員同伴で定期的に通院しながら、訪問看護を導入して服薬管理、遠方に暮らす離別した家族に成年後見制度の申し立てを依頼することとし、後見人が選任された段階で、施設入所を含め、今後の生活の場を検討するという方針としました。

3. 事例 2

3-1. 事例呈示

81 歳の女性で、統合失調症の長女と 2 人暮らしをされている方です。X 年 9 月、長女を担当している保健所の保健師がたまたま自宅を訪問したところ、長女の母親の顔面に広範な皮下出血があるのを発見、救急車を呼んで当院救命救急センターに搬送しました。精査の結果、頭蓋内には外傷性病変は認められませんでした。しかし、「少し前に言ったことを忘れてしまうこと」「今日の年月日がわからないこと」などから認知症であることが疑われ、また多発外傷は虐待によるものであることが疑われたために認知症疾患医療センターに紹介され

ました。

同伴した保健師からの情報によれば、X-8年に夫と死別してから統合失調症の長女と2人暮らしであったということです。すでに当時から健忘が認められていましたが、日常生活は概ね自立しており、統合失調症の長女の面倒もみていたということでした。しかし、長女の病気に対する理解が次第に悪くなり、長女の妄想的な言動を頭ごなしに否定して喧嘩になることが多くなりました。それでも保健師の訪問指導を受けながら母子2人の在宅生活を継続していたのですが、やがて立場が逆転して長女が母親の介護をするようになり、X-3年ごろから会話理解の障害が進み、介護への抵抗や徘徊が目立つようになり、X年には勝手に隣家に上がりこんで近隣住民とトラブルになるなどの問題が生じるようになりました。長女の話によれば、前日の夜もそのようなことで喧嘩になり、本人を押し倒した際にアコーディオンカーテンのレールに顔面を打ち、長女はそのまま本人を放置して家を出て行ったということです。

3-2. 社会的状況を評価する

この事例は、認知症の進行とともに、攻撃性、徘徊、介護への抵抗などのBPSDが見られるようになり、「近隣トラブル」を生じています。また、「主介護者が障害者」であり、介護保険サービスの利用等についての情報をもたず、そのことを誰かに相談することもできていません。その結果、「介護負担」は明らかに高まっており、そのこともあって「虐待」が生じている可能性があります。この問題を解決するためには、虐待を受けている可能性がある高齢者を保護する必要がありますが、同時に、認知症の医学的診断と総合アセスメントを行った上で、今後の医療と介護の方針を検討する必要があります。

3-3. 医療と介護の連携

診察の結果、明らかな近時記憶障害、時間・場所失見当識、視空間構成障害、聴覚性言語理解障害などの認知機能障害とともに、不安・焦燥・易刺激性・徘徊・多動傾向・介護への抵抗などのBPSDを認め、神経画像検査を総合して脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症（中等症）と診断されました。また、身体的には顔面・頭部の打撲症、低栄養、軽度の心不全を認めることから、ひとまずは認知症疾患医療センターに入院することとし、今後の治療と介護の方針について、長女、担当保健師、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、当センターの主治医と精神保健福祉士でケース会議を開催しました。その結果、①本人はグループホームに入所し、かかりつけ医は近隣の精神科診療所をお願いすること、②長女は、地域生活支援センターのサポートを得ながら、当面は単身生活を継続してみることにしました。

4. おわりに

認知症の総合的アセスメントの中で、認知症の人が直面している社会的困難状況を評価することは、その後の介入の方針や優先順位の決定に大きな影響を与えます。また、多職種と連携して包括的な対応を調整していくためには不可欠の作業となります。

第8章 認知症を診断する

認知症を診断するためには、第一に認知症であることを診断し、第二に認知症の原因疾患（認知症疾患）を診断しなければなりません。また、認知症の人の尊厳を保持し、その人の生活を支えていくために、認知症の臨床像全体を総合的に評価し、本人や家族、医療や介護に関わる多職種間で情報を共有し、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一体的に提供できるような体制を構築していくことが大切です。

1. 認知症であることの診断

認知症であることを診断するためには、「認知機能障害」と、それに起因する「生活機能障害」の存在を確認した上で、以下の3つの病態を除外する必要があります。

- 乳幼児期の発達段階で認知機能がすでに障害されており、そのために生活機能が障害されている場合は、“精神発達遅滞”または“発達障害”と呼ばれる状態であり、認知症とは区別されます。認知症であることを診断するためには、生活歴を聴取して、知的機能や生活機能が以前は正常であったことを確認します。
- 意識混濁のために認知機能が障害されている場合は“せん妄”と呼ばれ、認知症とは区別されます。せん妄は薬や全身疾患などが原因となります。急性に発症することが多く、注意障害が目立ち、幻覚や錯覚、睡眠・覚醒リズムの障害が見られ、1日の中で症状が変動します。通常は一過性で、原因の除去や全身状態の改善とともに回復します。
- うつ病や統合失調症などの精神疾患によって認知機能や生活機能が障害されることがあります。うつ病や統合失調症は既知の脳疾患にその原因を求めることができませんが、認知症は、既知の脳疾患にその原因を求めることができるという意味で、“器質性精神疾患”と呼ばれています。

2. 認知症の原因疾患の診断

認知症の原因となる疾患のことを認知症疾患と呼びます。表7に代表的な認知症疾患をあげます。この中でアルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性は臨床の場で高頻度に認められることから4大認知症疾患と呼ばれています。また、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症などは早期発見・早期治療によって回復可能な認知症疾患であることから、鑑別診断時には特に注意が必要な疾患とされています。

表 7. 代表的な認知症疾患

1. 中枢神経変性疾患：アルツハイマー病，前頭側頭葉変性症，レビー小体型認知症，パーキンソン病，進行性核上麻痺，大脳皮質基底核変性症など
2. 脳血管障害：脳梗塞，脳出血など
3. 脳腫瘍
4. 正常圧水頭症
5. 頭部外傷
6. 神経感染症：クロイツフェルトヤコブ病，進行麻痺，脳炎後遺症など
7. 代謝性，内分泌性，欠乏性疾患：肝性脳症，アルコール関連障害，甲状腺機能低下症，ビタミン B12 欠乏症，葉酸欠乏症，無酸素あるいは低酸素症など

3. 代表的な認知症疾患

3-1. アルツハイマー病 (Alzheimer's Disease, AD)

● 概念と歴史

神経病理学的に海馬や大脳皮質を中心とする広範な神経細胞の脱落とさまざまな程度の老人斑，神経原線維変化を認める認知症疾患です。

1906年に Alois Alzheimer が報告した 51 歳女性の一部検例が最初の報告ですが，1980 年代に老人斑の主要構成成分はアミロイド β 蛋白 ($A\beta$)，神経原線維変化の主要構成成分はタウ蛋白であることが明らかにされ，その後， $A\beta$ の脳内沈着が契機となってタウ蛋白の異常リン酸化による神経原線維変化の形成が生じ，神経細胞死に至るというアミロイド・カスケード仮説が提唱されました。今日では，この仮説に基づいた治療戦略の開発が AD の根本的治療につながるものと期待されています。

● 臨床症状と経過

発症は潜行性で，進行は緩徐であり，その経過は病変が海馬に始まり徐々に側頭葉，頭頂葉，大脳皮質全体に広がっていく過程を反映しています。

病初期（軽度認知症）には近時記憶障害が認められ，次第に時間の見当識障害や視空間構成障害が認められるようになります。注意・作業記憶障害や遂行機能障害を伴うことが多く，BADL は保持されていますが，IADL の障害が目立つのがこの時期の特徴です。

中期（中等度認知症）になると場所の見当識障害や遠隔記憶障害も認められるようになります，聴覚性言語理解が不良となり，判断力の低下も顕著となります。着脱衣，入浴，食事，排泄，移動など，BADL の一部に介助を要するようになるのがこの時期の特徴です。

後期（重度認知症）には，自分の生活史が想起できなくなり，人物の見当識も障害され，家族のことも認識できなくなる。自発性が著しく低下し，発語も少なくなります。運動機能も障害されて歩行困難になり，BADL は全介助となります。

● 診断

米国精神医学会の操作的診断基準 (DSM-IV) が広く用いられています (表 8)。診断の基本は，1) 認知症であること，2) 発症が潜行性で，緩徐に進行していること，3) 他の認知症疾患が除外できることです。AD に見られる認知機能障害の特徴を理解しておくことが診断に役立ちます。

AD では末期まで運動障害，自律神経障害などの神経学的所見が認められません。初期から神経学的所見を認める場合には AD 以外の認知症を疑う必要があります。CT や MRI で側頭葉内側面の萎縮が病初期から認められ，疾患の進行の程度とともにびまん性脳萎縮が進行します。SPECT や PET では，頭頂側頭葉領域に局所脳血流低下や代謝低下が認めら

れるのが一般的です。

表 8. DSM-IV のアルツハイマー型認知症の診断基準の要約

<p>A. 多彩な認知欠損で、それは以下の両方により明らかにされる。</p> <ol style="list-style-type: none">1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）2) 以下の認知障害の 1 つ（またはそれ以上）<ol style="list-style-type: none">a. 失語（言語の障害）b. 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）c. 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと）d. 遂行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害 <p>B. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。</p> <p>C. 経過は、ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる。</p> <p>D. 基準 A1 および A2 の認知欠損は以下のいずれかによるものでもない。</p> <ol style="list-style-type: none">1) 記憶や認知に進行性の欠損を引き起こす他の中枢神経疾患（例：脳血管障害、正常圧水頭症）2) 認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患（例：甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症）3) 物質誘発性の疾患 <p>E. その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない</p> <p>F. その障害は他の第 1 軸の疾患（例：大うつ病性障害、統合失調症）ではうまく説明できない。</p>
--

高橋三郎，大野裕，染谷俊幸：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院より作成

3-2. 脳血管性認知症 (Vascular Dementia, VD)

● 概念と歴史

脳血管障害に関連して出現する認知症の総称です。その起源は、19 世紀末から 20 世紀初頭に進行麻痺や老年痴呆から動脈硬化性精神障害の概念を独立させた **Binswanger** や **Alzheimer** の業績に遡ります。**Kraepelin** は動脈硬化に関連する精神障害の多様性を強調し、全人格が変化して認知症にいたる群と卒中発作をもって始まる群に分類しました。その後さまざまな分類法が提唱されましたが、ここでは国際的分類に準じた脳梗塞による血管性認知症の 3 類型について述べます。

● 分類と特徴

- ① 多発梗塞性認知症（皮質性認知症）：大脳皮質に多発性の梗塞が生じた結果、複数の認知ドメインが障害された認知症です。卒中発作によって急性に発症し、階段状に進行するのが特徴です。梗塞部位に一致して、失語、失行、失認、視空間障害、構成障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害や運動麻痺が認められます。
- ② 戦略的重要部位の梗塞による認知症（局在病変型梗塞認知症）：高次脳機能に直接関与する重要な部位の小病変によって出現します。皮質性と皮質下性に大別され、前者には角回症候群、後大脳動脈症候群、中大脳動脈領域梗塞、後者には視床性認知症、前脳基底部梗塞があります。海馬、帯状回、脳弓、尾状核、淡蒼球、内包膝部・前脚なども重要です。
- ③ 小血管病変による認知症（皮質下血管性認知症）：画像上、大脳基底核、白質、視床、橋などに多発性小梗塞（多発ラクナ梗塞性認知症）を認めるものと、高度の白質病変を認めるもの（**Binswanger** 病）があります。多くは緩徐に進行し、遂行機能障害、思考緩慢、抑うつ、感情失禁などを認めますが、記憶機能は比較的保たれていること

が多いのが特徴です。運動麻痺、偽性球麻痺、パーキンソニズム、腱反射亢進、病的反射、協調運動障害、過活動膀胱なども認められます。

- 診断

1) 認知症があること、2) 脳血管障害があること、3) 両者の間に病因論的関連があることを証明します。1) については、認知機能障害と生活機能障害の存在を確認します。2) については、局所神経症候（片麻痺、下部顔面神経麻痺、バビンスキー徴候、感覚障害、半盲、構音障害など）を確認するか、画像検査で多発性梗塞、重要な領域の単発梗塞、基底核や白質の多発性小梗塞、広範な白質病変、これらの組み合わせなどを証明します。3) については、時間的関連性（明らかな脳梗塞後3ヶ月以内の発症、動揺性経過、階段状の進行）と空間的関連性（病変の局在・性質から認知症の成立が説明できる）があることを示します。但し、皮質下血管性認知症は潜行性に発症することが多いので時間的関連性の証明は困難です。

3-3. レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies, DLB）

- 概念と歴史

認知症とパーキンソニズムを主症状とし、レビー小体が脳幹のほかに大脳皮質や扁桃核にも多数出現する認知症疾患です。1976年以降の小坂らの一連の報告によって初めて明らかにされました。その後、同様の症例が相次いで報告され、1995年にイギリスで開催された第1回国際ワークショップで疾患概念が提唱され、1996年に臨床および病理診断基準がNeurology誌に掲載されてから臨床医の間で広く知られるようになりました。1997年にはレビー小体の主要な構成成分が α シヌクレインであることが明らかにされ、現在では α シヌクレイン異常症といった包括点概念も提唱されています。

- 臨床症状

進行性の認知機能障害を認めますが、ADと比較すると記憶障害の程度は軽く、遂行機能障害、注意障害、視空間構成障害など前頭葉・頭頂葉機能に由来する症状が目立ちます。

注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動は、DLBの中核的特徴であり、日中の過度の傾眠や覚醒時の一過性の混乱がみられることがあります。反復して現れる具体的な幻視もDLBの中核的特徴であり、人物、小動物、虫などが多いようです。幻視は、認知の変動と連動して、注意・覚醒レベルの低下時や夕方など薄暗い時期に起こる傾向があります。幻視以外にも、誤認妄想（「誰かが家の中にいる」「自宅が自宅でない」と主張する）「妻の顔を他人と見間違える」など）などの精神病症状や抑うつ症状もしばしば認められます。

パーキンソニズムはDLB診断時の25～50%に認められます。DLBの運動症状はパーキンソン病で一般に見られるものと変わりはありませんが、対称性の筋固縮と寡動が主体で、振戦が目立たないことが多く、動作時振戦やミオクロヌスがときどき認められます。

レム睡眠時に筋緊張の抑制が欠如するため、夢内容と一致する異常行動（大声をあげる、隣で寝ている配偶者を殴るなど）が現れることがあります（レム睡眠行動障害）。また、抗精神病薬に対する過敏性が見られ、少量の使用でもパーキンソニズムの悪化や意識障害、悪性症候群を呈することがあるために注意を要します。便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧などの自律神経症状も認められ、転倒や失神の原因となるため注意を要します。

- 診断

DLB臨床診断基準改訂版を表9に示します。進行性の認知機能障害（中心的特徴）を確認した上で、3つの中核的特徴（認知機能の変動、幻視、パーキンソニズム）のうち2つ以上を確認するか、1つ以上の中核的特徴と1つ以上の示唆的特徴（REM睡眠行動障害、顕

著な抗精神病薬の過敏性、SPECT または PET で大脳基底核のドパミントランスポーターの取り込み低下)を確認することによって、”DLB はほぼ確実”と診断されます。

表 9. レビー小体型認知症 (DLB) の臨床診断基準改訂版

<p>1. 中心的特徴：<DLB ほぼ確実(probable)あるいは疑い(possible)に必要> 正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症。顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる。 注意や実行機能や視空間能力のテストでの障害が特に目立つこともある。</p> <p>2. 中核的特徴 (2つを満たせば DLB ほぼ確実, 1つでは DLB 疑い)</p> <p>a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能</p> <p>b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視</p> <p>c. 自然発生の (誘因のない) パーキンソニズム</p> <p>3. 示唆的特徴 (中核的特徴1つ以上に加え示唆的特徴1つ以上が存在する場合, DLB ほぼ確実, 中核的特徴がないが示唆的特徴が1つ以上あれば DLB 疑いとする。示唆的特徴のみでは DLB ほぼ確実とは診断できない)</p> <p>a. REM 睡眠行動異常(RBD)</p> <p>b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性</p> <p>c. SPECT または PET イメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下</p> <p>4. 支持的特徴 (通常存在するが診断的特異性は証明されていない)</p> <p>a. 繰り返す転倒・失神</p> <p>b. 一過性で原因不明の意識障害</p> <p>c. 高度の自律神経障害 (起立性低血圧, 尿失禁など)</p> <p>d. 幻視以外の幻覚</p> <p>e. 系統化された妄想</p> <p>f. 抑うつ症状</p> <p>g. CT/MRI で内側側頭葉が比較的保たれる</p> <p>h. SPECT/PET で後頭葉に目立つ取り込み低下</p> <p>i. MIBG 心筋シンチグラフィで取り込み低下</p> <p>j. 脳波で徐波化および側頭葉の一過性鋭波</p> <p>5. DLB の診断を支持しない特徴</p> <p>a. 局所性神経徴候や脳画像上の明らかな脳血管障害の存在</p> <p>b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在</p> <p>c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合</p> <p>6. 症状の時間的経過</p> <p>(パーキンソニズムが存在する場合) パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合, DLB と診断する。認知症を伴うパーキンソン病 (Parkinson Disease Dementia: PDD) という用語は, 確固たるパーキンソン病の経過中に認知症が生じた場合に用いられる。実用的には, 臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり, レビー小体病のような包括的用語がしばしば有用である。DLB と PDD 間の鑑別が必要な研究では, 認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の1年以内の場合を DLB とする “1年ルール” を用いることが推奨される。それ以外の期間を採用した場合, データの蓄積や比較に混乱が生じることが予想される。臨床病理学的研究や臨床試験を含む, それ以外の研究の場合は, レビー小体病あるいは α-シヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって統合的に捉えることが可能である。</p>
--

第3回 DLB 国際ワークショップ (McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al : Duagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. Neurology 65 : 1863-1872, 2005) より。

3-4. 前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration: FTL D)

● 概念と歴史

大脳前方領域に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症疾患の総称です。

歴史的には、1892年～1906年に Arnold Pick が前頭・側頭葉の萎縮を呈し、特異な言語症状と精神症状を示す一連の症例報告を行い、1911年に Alois Alzheimer が嗜銀性神経細胞内封入体 (Pick 球) を記載し、1926年に Onari と Spatz が Pick 病という名称を与えた疾患に端を発します。その後、神経病理学的な異種性が明らかとなり、1996年に前頭側頭葉変性症(FTLD)という包括的概念が提唱され、1998年には詳細な診断基準が示されました。

1) 前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia, FTD), 2) 進行性非流暢性失語 (Progressive non-fluent aphasia, PA), 3) 意味性認知症 (semantic dementia, SD) の 3 亜型に分類されています。

● 臨床類型と特徴

FTD では、前頭葉と側頭葉優位の病変が認められ、前頭葉損傷例に類似した性格変化と行動異常を中心とする臨床症状が潜行性に現れ、緩やかに進行します。早期から社会的対人行動の障害 (反社会的・脱抑制的言動, 考え無精, 立ち去り行動など), 自己行動の統制障害 (自発性低下, 不活発～過活動, 落ち着きなさ, 周遊行動など), 情意鈍麻 (無関心, 優しさ・共感・思いやりの欠如など), 病識欠如 (精神症状に対する自覚の欠如, その社会的帰結に関する無関心など) が認められます。

PA では、優位半球のシルビウス裂周囲に比較的限局する病変が認められ、非流暢性の表出性言語障害が目立ちます。発語は努力性でスピードが遅く、抑揚がない話し方、とぎれとぎれの発語、文法的に正しい文章で話すことができない失文法、「えんぴつ」を「せんぴつ」と言ったりするような音の言い間違いである音韻性錯誤、言いたいことを表す言葉が思い浮かべられない換語障害などが認められます。

SD では、優位半球の側頭葉前方に限局性病変を認め、病初期に換語困難となり、失名辞が出現します。その後、徐々に語義失語を呈し、「鉛筆」のような誰でも知っているはずの物を見せても呼称ができず、いくつかの物品のなかから「鉛筆」を選ぶということもできなくなります。発語は流暢性で、復唱も良好です。音韻性錯誤は少なく、意味性錯誤が認められます (例: 「みかん」と言いたいのに「りんご」と言う)。また、表意文字である漢字の書字・読字の障害が認められ、熟字訓ができなくなります (例: 海老→かいろう, 小豆→こまめ)。

● 診断

診断基準の抜粋を表 10 に示します。病初期に記憶障害が認められるアルツハイマー型認知症とは対照的に初期には記憶障害が目立たないこと、上記で述べたような性格変化や言語症状が早期に認められるのが特徴です。

表 10. 前頭側頭型認知症の臨床診断基準の要約

性格変化と社会的行動の障害が、発症から疾患の経過を通しての顕著な症候である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれている。

- I. 中核となる診断的特徴（臨床診断にはすべて必要）
 - A. 潜在性の発症と緩徐な進行（少なくとも6カ月以上）
 - B. 社会的人間関係を維持する能力が早期から低下
 - C. 自己行動の統制が早期から障害
 - D. 感情が早期から鈍化
 - E. 病識が早期から喪失
- II. 支持的特徴
 - A. 行動障害
 - 1. 自分の衛生や身繕いの低下
 - 2. 精神的硬直と柔軟性の欠如
 - 3. 易転導性と維持困難（飽きっぽい）
 - 4. 過剰接食と食事嗜好の変化
 - 5. 保続と常同的行動
 - 6. 道具の強迫的使用
 - B. 発語と言語
 - 1. 発語の変化
 - a. 自発語の減少，発語の省略
 - b. 言語促迫（多弁で止まらない状態）
 - 2. 常同的発語
 - 3. 反響言語
 - 4. 保続
 - 5. 無言
 - C. 身体徴候
 - 1. 原始反射， 2. 失禁，無動， 3. 筋強剛， 4. 振戦低くて不安定な血圧
 - D. 検査
 - 1. 神経心理学的検査：高度な健忘，失語，知覚や空間的見当識障害がないのに，前頭葉機能検査で有意な障害が見られる。
 - 2. 脳波検査：臨床的には認知症がみられるのにもかかわらず，通常の脳波では正常。
 - 3. 形態的・機能的画像検査：前頭葉や側頭葉前方部での異常が顕著

(Nesher D. et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1998; 51(6): 1546-1554)

3-5. アルコール関連障害

アルコール依存症候群では、低栄養、ビタミン欠乏、アルコールの直接的毒性によって認知症症状が出現します。ビタミン B₁（チアミン）欠乏では急性のウエルニッケ脳症をきたし、意識障害、運動失調、眼球運動障害を呈し、速やかなチアミン補充が必要となりますが、後遺障害として認知症を来す場合があります。また、ウエルニッケ脳症を来さない場合でも、常習的なアルコール飲酒者は認知機能が低下する傾向があり、画像上の脳萎縮、脳重減少、神経細胞減少も報告されています。治療の基本は断酒の維持です。

3-6. 甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症によって精神活動が緩慢になり、集中力低下、傾眠、記憶障害などが見られますが、ときに幻覚、妄想などの精神病症状が現れることがあります（粘液水腫性精神病）。血液検査で甲状腺ホルモンの低値と、自己抗体などその原因に関連した異常が認められます。治療は甲状腺ホルモンの補充であり、早期に治療すれば回復します。

3-7. 正常圧水頭症

髄液が貯留して脳室拡大を来しますが、髄液圧は基準値範囲内にある疾患です。くも膜下出血や髄膜炎などによる続発性と原因不明の特発性がありますが、いずれも髄液の吸収・循環障害とそれに引き続く脳実質障害によって神経障害を来し、認知症、歩行障害、尿失禁を3主徴とする臨床症状が出現します。MRI（特に冠状断）で、脳室拡大とともに、高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化と不釣合なシルビウス裂の開大が認められます。髄液シャント術によって治療可能な認知症として重要です。

3-8. 慢性硬膜下血腫

頭部打撲に伴う脳の偏位によって脳表の **bridging vein** が破綻し、頭蓋骨硬膜と脳表の間隙に静脈血が徐々に貯留することによって血腫が発生し、これが次第に増大することによって頭蓋内圧亢進を生じて神経障害を惹起し、認知機能障害や神経症状が現れます。通常は受傷後3週間から3カ月を経て発症します。CTまたはMRIで脳の正中偏位や血腫の存在を確認することによって診断できます。血腫を早期に除去すれば認知機能障害や神経症状も速やかに改善しますので、認知症の鑑別診断では常に念頭におくべき疾患です。

3-9. ビタミン B₁₂ 欠乏症

悪性貧血や胃切除による内因子欠乏、小腸切除や Crohn 病などでのビタミン B₁₂ 欠乏が生じると、巨赤芽球性貧血、脊髄の亜急性連合変性症、末梢神経障害、視神経障害などの他、高次脳機能障害や、被刺激性亢進、錯乱、傾眠、集中力低下、無気力、妄想、記憶障害などを伴う意識混濁や認知症症状を呈することがあります。治療はビタミン B₁₂ の補充であり、早期に治療すれば回復します。

参考文献

- 1) 日本認知症学会編：認知症テキストブック。中外医学社，2010。
- 2) 日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン。医学書院，2010。

第9章 認知症の総合アセスメント

1. はじめに

認知症の臨床像の全体は、さまざまな「認知症疾患」に起因する「認知機能障害」と「生活機能障害」、これに随伴する「身体合併症」と「精神症状・行動障害 (BPSD やせん妄)」,そして、これらによってもたらされる「社会的困難」によって特徴づけられています。認知症ケアの質を高めるためには、これらの全体像を総合的に評価しながら、一人一人に合った医療と介護の在り方を個別的に考えること、すなわち、「認知症の総合アセスメント」が不可欠です (表 11)。

表 11. 認知症高齢者のための総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment for Dementia, CGA-D)

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症, 脳血管性認知症, レビー小体型認知症, 前頭側頭葉変性症, 正常圧水頭症, 外傷による認知症, アルコール性認知症, パーキンソン病, 進行性核上麻痺, 皮質基底核変性症など.
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 場所失見当識, 視空間認知障害, 注意障害, 遂行機能障害, 言語理解障害, 発語障害, 意味記憶障害など.
生活機能障害	基本的日常生活動作能力 (排泄, 食事, 着替, 身繕い, 移動, 入浴) の障害, 手段的日常生活動作能力 (電話の使用, 買い物, 食事の支度, 家事, 洗濯, 交通手段を利用した移動, 服薬管理, 金銭管理) の障害.
身体合併症	高血圧症, 慢性心不全, 虚血性心疾患, 心房細動, 糖尿病, 慢性閉塞性肺疾患, 誤嚥性肺炎, 慢性腎不全, がん, 貧血症, 脱水症, 白内障, 難聴, 変形性関節症, 骨折, 前立腺肥大症, 褥創, 歯周病, 口腔乾燥症, パーキンソン症候群, 脳梗塞など.
精神症状・行動障害 (BPSD・せん妄)	妄想, 幻覚, 誤認, 抑うつ状態, アパシー, 不安, 徘徊, 焦燥, 破局反応, 不平を言う, 脱抑制, じゃまをする, 拒絶症, せん妄など.
社会的状況	介護負担, 介護者の健康問題, 経済的困窮, 家庭崩壊, 虐待, 介護心中の危険, 交通事故の危険, 老老介護, 認認介護, 独居, 身寄りなし, 路上生活, 近隣トラブル, 悪質商法被害, 医療機関での対応困難, 介護施設での対応困難など.

高齢者総合アセスメント (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) の歴史は英国の Majory Warren (1897~1960 年) の活動に端を発すると言われていています。彼女は、救貧院に入所中の脳卒中患者, 認知症, 下肢切断患者などの ADL や認知機能を評価し, リハビリテーションやケアを行うことによって, 寝たきりであった多くの患者を退院させることに成

功しました^{1,2)}。その後、CGAは、死亡率の低下、入院回数の減少、入院日数の短縮、施設入所の減少、QOLの向上、服用薬の減少、ADLの改善など、高齢者の生命予後や機能予後の改善に有効であることが明らかにされ、老年医学の臨床の場に次第に定着していきました^{1,3,4)}。

CGAは、医療と介護の質を高めるばかりでなく、専門職間の情報の共有を促進し、地域連携システムの構築を推進します。ここでは、CGAを介した医療と医療の連携、医療と介護の連携の具体例を提示しながら、CGAの意義について解説します。

2. 事例 1

Aさんは86歳の女性です。夫と死別後、マンションで独居生活を続けていましたが、1年ほど前から頻繁に腹痛を訴えては近隣に住む長女宅に電話して、かかりつけの内科診療所を緊急受診したり、夜中でも救急車を呼んで救急病院を受診したりするようになりました。しかし、受診のたびにさまざまな検査を行ったのですが、腹痛の原因は見つかりませんでした。

一方、近隣に住む長女は、電話で話した内容も病院を受診したこともすっかり忘れてしまう最近のAさんの様子から、Aさんは認知症に罹患しているのではないかと考え、「かかりつけ医」に相談しました。相談された「かかりつけ医」の方も、Aさんの血圧のコントロールが最近不良であること、処方薬を頻回に紛失すること、前回説明した検査結果の内容も覚えていないことなどから、Aさんには記憶の障害と服薬管理の障害があり、認知症があるのではないかと気になっていました。そこで、「かかりつけ医」は、本人・家族に認知症の可能性を説明した上で、認知症疾患の鑑別診断のために最寄りの認知症疾患医療センターへ紹介しました。

Aさんは長女と一緒に認知症疾患医療センターを受診しました。認知症疾患医療センターでは多職種チームでCGAが行われました⁵⁾。その結果、①認知機能障害として、明らかな近時記憶障害、注意・作業記憶障害、時間失見当識、視空間構成障害、遂行機能障害、②生活機能障害として、家事、服薬管理、金銭管理などの手段的ADL障害、③身体疾患として、高血圧症、低色素性小球性貧血、低アルブミン血症、④精神症状・行動障害(BPSD)として、身体化症状(心気症状)、睡眠障害、食欲低下を伴う抑うつ・不安・焦燥状態、⑤社会的状況として、独居生活が困難な状況に陥っていること、などが明らかになりました。また、認知症の原因疾患については、神経画像等の検査所見を総合して、最終的にアルツハイマー型認知症と診断されました。以上の結果から、さしあたって周辺症状である抑うつ・不安・焦燥状態に対する治療を優先する必要があると、独居生活の継続が困難という社会的問題もあることから、精神科病棟での入院治療が適切であろうと判断されました。

本人の同意も得られ、精神科病棟に任意入院となりました。その後は、精神科医と内科医が連携し、抑うつ・不安・焦燥状態に対しては抗うつ薬、認知機能障害に対してはコリンエステラーゼ阻害薬、高血圧症に対しては降圧薬が投与され、周辺症状、認知機能障害、身体疾患に対する治療が並行して行われました。また、信頼できる人間関係づくり、安心できる生活環境の確保、リアリティーオリエンテーション⁶⁾やバリデーション⁷⁾を取り入れた心理社会的治療が行われました。その結果、抑うつ・不安・焦燥状態は次第に軽快し、腹痛の訴えも消失、食欲・睡眠・栄養状態・血圧コントロールも改善しました。

入院中に、精神保健福祉士が調整役となって、家族、地域包括支援センター職員、担当医、担当看護師らを招集してケアカンファレンスを開催、「独居生活の継続は困難である」というCGAの結果に基づいて、今後の医療と介護の方針について話し合いが行われました。

その結果、生活の場は、これまでのマンションからグループホームに移ることとし、医療については、グループホーム職員または家族が同伴して、従来の「かかりつけ医」への通院治療を継続することとしました。この計画を進めるために、地域包括支援センターの職員が起点となって、介護保険制度と成年後見制度の利用手続きが進められ、グループホームへの入所申請が行われました。

精神科病棟退院後は、成年後見制度に基づいて、裁判所が指定した後見人によって財産は管理され、介護サービスの利用などの契約行為が進められるようになりました。また、「かかりつけ医」は、「専門医」からの診療情報を参考にして介護保険主治医意見書を記載して治療を継続し、地域包括支援センターは、要介護認定の結果と主治医意見書を参考にして、具体的な介護プランを作成しました。これによって Aさんはグループホームに入所し、地域の中で穏やかな生活が継続できるようになりました。

3. 事例 2

Bさんは88歳の女性で、息子夫婦、孫と同居しています。6年前より健忘症状が認められていましたが、4ヶ月前から「両親が訪ねてくる」「夫が訪ねてくる」という妄想、夜間の不眠、徘徊が目立つようになり、グループホームに入所することになりました。もともと高血圧症、心臓弁膜症、慢性心不全、気管支喘息、脳梗塞のために、かかりつけの内科診療所に通院していましたが、グループホーム入所後も夜になると「あけろー、牢屋から出せ」と叫び声をあげるなどのBPSDが続いたために、かかりつけ医より紹介されて精神科診療所を受診しました。その後、抗精神病薬による治療で症状は一時期軽快したかに見えましたが、数日後に肺炎となって内科の病院に入院しました。しかし、ここでも夜間の行動異常が著しいために一般病棟での対応は困難と判断され、6日目に退院となりました。その後グループホームで介護されていましたが、退院して11日目に転倒し、救命救急センターに搬送されました。当番の整形外科医より左前腕骨頸部骨折と診断されましたが、行動障害が著しいため一般病棟での対応は困難と判断され、総合病院の認知症疾患医療センターでの入院治療が求められました。

認知症疾患医療センターでは多職種チームでCGAが行われました⁵⁾。その結果、①認知機能障害として、失見当識・記憶障害・注意障害、②生活機能障害として、歩行・入浴・着脱衣・整容の障害、③BPSDとして、不安・焦燥・幻視・被害妄想・夜間徘徊が認められ、せん妄がそれを増悪させていること、④身体機能障害として、嚥下機能低下、37℃台の発熱、動脈血酸素飽和度90%近傍、末梢血の白血球増多、CRP高値、低アルブミン血症、胸部X線で胸水を伴う肺の浸潤影と左心肥大、心エコーで大動脈弁狭窄症・閉鎖不全症が確認され、誤嚥性肺炎、慢性心不全、低栄養・脱水症と診断され、⑤社会的状況として、介護施設や一般病棟での管理が困難な状況にあるということが明らかになりました。また、認知症の原因疾患については、画像検査の結果も踏まえ、最終的には「脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症」と診断されました。

以上の結果から、①心疾患、慢性呼吸器疾患、脳梗塞の併存によって、以前からせん妄の発症リスクが高い状態にあったこと、②運動機能低下から転倒リスクや誤嚥リスクも高い状態にあったこと、③BPSDに対する抗精神病薬療法が転倒リスクと誤嚥リスクをさらに高め、遂には誤嚥性肺炎と（転倒による）前腕骨頸部骨折を併発させるに至ったこと、④肺炎は慢性心不全を悪化させ、それによってせん妄をさらに悪化させるという悪循環を形成していること、なども明らかになりました。

このような病態理解に基づいて、優先されるべきことは入院によるせん妄の治療である

と判断され、精神科病棟に医療保護入院となりました。治療的には、抗精神病薬の中止、低栄養・脱水の補正、肺炎の治療、慢性心不全の管理が行われ、これによって、全身状態は次第に改善し、それとともにせん妄も改善し、BPSD も著しく改善し、認知機能障害や生活機能障害もある程度改善しました。

入院中に、グループホームの職員と、①脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症であること、②認知機能障害・生活機能障害・BPSD の特徴、③慢性心不全・慢性呼吸器疾患・脳梗塞などの慢性身体疾患が併存しており、薬物に対する忍容性が低く、せん妄リスク、転倒リスク、誤嚥リスク、低栄養と脱水症のリスクがあることなどの情報が共有され、今後の医療と介護のあり方について話し合いが行われました。

4. CGA の意義

認知症の臨床像は複雑です。CGA は、複雑な認知症の臨床像を適切な用語で表現し、多職種間で情報を共有し、医療と介護のニーズを明らかにし、介入の優先順位を定め、多面的なケアを連続的かつ統合的に提供していくための強力なツールになっています。CGA に基づいた医療と介護によって、身体状態も周辺症状も改善し、認知機能障害や生活機能障害が緩和され、認知症高齢者本人と介護者の QOL が改善し、住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを維持していくことが可能となります。認知症のための地域連携を推進し、認知症高齢者とその家族が安心して暮らせる地域社会を創り出していくためにも、CGA は無くてはならない重要な臨床技法であることをご理解いただけたかと思います。

上記の事例の中に繰り返し登場した認知症疾患医療センターは、平成 20 年度に国の新たな事業としてスタートした認知症のための専門医療機関です。認知症疾患医療センターは、地域の多様な医療資源や介護資源と連携しながら、認知症のための地域包括ケアシステム構築の推進力になることが期待されています。

参考文献

- 1) 小澤利男：高齢者の総合機能評価。日老医誌 35：1-9, 1998.
- 2) 西永正典：後期高齢者の総合機能評価の有用性。特集：後期高齢者診療ガイド。治療 92: 19-22, 2010.
- 3) AGA Public Health Committee: comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc. 37: 473-474, 1989.
- 4) 鳥羽研二：高齢者総合機能評価の現状。(鳥羽研二編) 日常診療に活かす老年病ガイドブック 7: 高齢者への包括的アプローチとリハビリテーション。7-9, メジカルレビュー社, 東京 2006.
- 5) 栗田主一：高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断を普及させるために。老年精神医学雑誌 19: 731-734, 2008.
- 6) 若松直樹, 三村将：認知症の非薬物療法⑨ 現実見当識訓練/リアリティー・オリエンテーショントレーニング。老年精神医学雑誌 19: 79-87, 2008.
- 7) 土森美由紀：認知症の非薬物療法⑬ バリデーシオンー認知症の方とのコミュニケーション法。老年精神医学雑誌 19: 589-595, 2008.

第 10 章 認知症疾患医療センター

1. はじめに

平成 20 年に、わが国の新たな認知症医療対策として、認知症疾患医療センター運営事業がスタートしました。本事業の目的は、「都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」とされています¹⁾。何故、このような事業が必要とされたのでしょうか。

2. 地域における認知症医療の現状

平成 20 年度に、宮城県仙台市内の地域包括支援センター 41 ヲ所を対象に、「認知症の医療について日頃感じていることは？」という質問を行い、自由記述による回答を得ました。内容を分析するために、自由記述による回答から意味のまとまりごとに 54 項目の回答要旨を抽出し、これをさらに意味のまとまりごとにカテゴリー化していき、その頻度を調べました。その結果、もっとも回答項目数が多いカテゴリーは、「専門医療資源の不足」に関するもので、その下位カテゴリーを回答項目が多い順に整理しますと、「受診困難事例に対応できる医療資源の不足」、「鑑別診断に対応できる医療資源の不足」、「入院・救急・合併症に対応できる医療資源の不足」となりました。その次に回答項目数が多いカテゴリーは「かかりつけ医機能の不足」に関するものがあり、その下位カテゴリーは「診断、説明、助言の不足」、「診断的対応の不足」、「かかりつけ医と専門医との連携の不足」にまとめられました（表 12）²⁾。

上記調査とほぼ同じ時期に、仙台市の医師会登録医療機関を対象に同様の調査を行って同様の分析を行いましたところ、回答内容は 6 つのカテゴリーに分類され、回答項目数の多い順に見ますと、「認知症診療の困難性」に関するものが最も多く、具体的には、社会的困難事例への対応、周辺症状対応、薬物療法、鑑別診断・初期対応、身体合併症、家族対応などの“難しさ”が繰り返し指摘されておりました。これに次いで頻度が高いものは、「専門医療資源の不足」と「地域連携体制の不備」に関するもので、具体的には、鑑別診断、専門医療相談、入院医療、身体合併症、救急医療に対応できる「専門医療資源の不足」、かかりつけ医・専門医の連携体制の不備、医療・介護の連携体制の不備、専門医療機関の予約待機日数の長さなどが指摘されておりました。その他にも教育・研修の必要性や、介護資源の不足が医療にも重大な影響を及ぼしているという指摘がございました（表 13）³⁾。

以上の調査結果から、「地域には、認知症の、①鑑別診断、②周辺症状対応、③身体合併症対応、④入院医療、⑤救急医療、⑥困難事例への対応、⑦教育・研修など、認知症の専門医療に関わる医療ニーズが存在するにも関わらず、現実にはそのようなニーズに対応できる医療資源が不足している」ということが明らかになりました。つまり、上記の①～⑦の機能を担えるような専門医療資源が整備されれば、かかりつけ医の認知症対応能力も高まり、医療機関と地域包括支援センターとの連携も改善される可能性があります。

このようなニーズに対応すべくスタートしたのが認知症疾患医療センター運営事業でした。本事業の実施要綱に示される設置基準には、①専門医療機関としての機能、②地域連携の機能、という 2 つの機能を発揮するための条件を整備することが求められており、事業内容には、①専門医療相談、②鑑別診断とそれに基づく初期対応、③合併症・周辺症状

への急性期対応、④かかりつけ医等への研修会の開催、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信の6項目が掲げられています。そして、こうした機能を担うセンターを全国に150ヶ所設置することが当面の目標とされました。しかし、平成20年度の段階で計上された予算は総事業費1.9億円であり、1施設あたりの事業費は、国1/2、都道府県指定都市1/2負担で、253万円というものでした。これでは専門職を雇用することもできず、ここに掲げられている実施要綱に求められている機能は果たし得ないように思われました。

表 12. 地域包括支援センターから見た認知症医療の現状

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
専門医療資源の不足	受診困難事例に対応できる医療資源の不足	16	34
	鑑別診断に対応できる医療資源の不足	12	
	入院・救急・身体合併医療に対応できる医療資源の不足	6	
かかりつけ医機能の不十分さ	診断・説明・助言の不十分さ	10	16
	治療的対応の不十分さ	3	
	かかりつけ医と専門医との連携の不十分さ	3	
その他	その他	4	4

仙台市内の地域包括支援センター41箇所を対象、回収率92.7%。「認知症医療について日頃感じていること」という質問に対する自由記述による回答をカテゴリー化した。

表 13. 医師会登録医療機関から見た認知症医療の現状

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
認知症診療の困難性	社会的困難事例への対応の困難性	13	48
	BPSD 対応の困難性	9	
	薬物療法の困難性	8	
	鑑別診断・初期対応の困難性	7	
	身体合併症対応の困難性	6	
	家族対応の困難性	4	
	継続的評価・治療の困難性	1	
専門医療資源の不足	鑑別診断・専門医療相談等のための医療資源の不足	6	18
	入院医療のための医療資源の不足	6	
	身体合併症に対応できる医療資源の不足	4	
	救急医療に対応できる医療資源の不足	2	
地域連携体制の不備	かかりつけ医・専門医の連携体制の不備	8	15
	医療・介護の連携体制の不備	4	
	専門医療機関の予約待機日数が長すぎる事	3	
教育・研修の必要性	かかりつけ医のための研修の必要性	2	8
	コメディカルスタッフの研修の必要性	2	
	家族の教育の必要性	2	
	専門医のための研修の必要性	1	
	一般住民の教育の必要性	1	
介護資源の不足	入所施設の不足等	8	8
その他	その他	9	9

仙台市医師会登録医療機関750箇所を対象、回収率36.7%。「認知症医療について日頃感じていること」という質問に対する自由記述による回答をカテゴリー化した。

3. 認知症疾患医療センターを機能させるための条件整備

それでは、上記のような機能を担う認知症疾患医療センターを実際に稼働させるためには、どのような条件を整備していく必要があるのでしょうか。

3-1. 医療相談室の設置、外来／入院体制の整備

仙台市立病院は、平成6年度より老人性痴呆疾患センター⁴⁾として、外来および入院において認知症疾患の専門診療に応需してきました。しかし、認知症高齢者数の増加に伴い、新患受診者の予約待機日数は平成19年4月の段階で2ヶ月を超え、人的・財政的な理由から、認知症患者の緊急対応や困難事例への対応が困難な状況に陥りました。こうした状況を克服するために、平成19年4月に「医療相談室」を設置し、ここに専従の保健師1名、精神保健福祉士1名、臨床心理技術者1名を配置しました。そして、センターをはじめて受診する認知症患者に対して、①診療前医療相談、②受診予約、③初診、④予約検査、⑤診断会議、⑥高齢者総合機能評価、⑦本人家族への説明、⑧治療・ケア方針の選定を、多職種チームで進めていくシステムを構築しました(図14)。



図 14. 認知症疾患医療センターに設置された専従の医療相談室と多職種チームによる診療システム

平成17年度～平成20年度までの臨床指標の推移を見ると、専門医療相談の応需件数は603件(電話307件、面接296件)から2,168件(電話1,150件、面接924件、訪問21件)と3.6倍増加し、受診・受療援助、転院・入所援助、介護保険・権利擁護・経済問題など、多様な援助が提供できるようになりました(図15)。また、連携機関も、医療機関、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護保険事業所、市・区役所と広い範囲に及ぶようになりました(図16)。このような相談業務や連携業務の拡大とともに、新患受診者の鑑別診断・初期対応件数は1.4倍(298件→430件)、新患受診者の平均予約待機日数は平成19年4月～平成21年4月の間に1/4(64.7日→16.2日)に減少しました⁶⁾。

図17は平成20年に認知症疾患医療センターを新患受診した449人の患者さんの流れですが、一般診療所を中心に、さまざまなところから相談室に受診の依頼がまいります。相談室ではインテーク票を作成し、その後、初診→検査→診断→説明という流れを経て、約6

割の患者がかかりつけ医，非かかりつけ医，総合病院，精神科診療所，精神科病院などの地域医療機関で，約2割が院内の精神科または院内他科で継続診療され，1割弱の患者が院内の精神科または院内他科で入院医療を受けています。

平成20年度の医療相談室の実績 (仙台市立病院精神科・認知症患者医療センター)

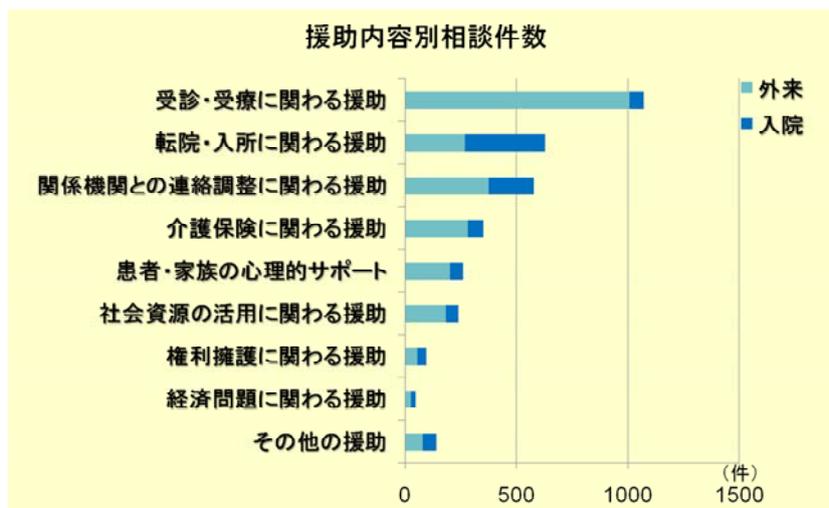


図 15. 認知症患者医療センター医療相談室の援助内容別相談件数

認知症患者医療センター相談室の連携機関別連携件数 (仙台市立病院 平成20年度)

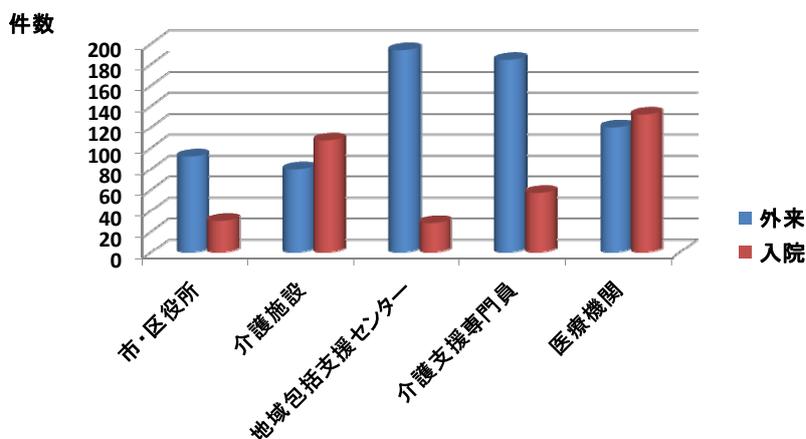


図 16. 認知症患者医療センターの連携機関別連携件数

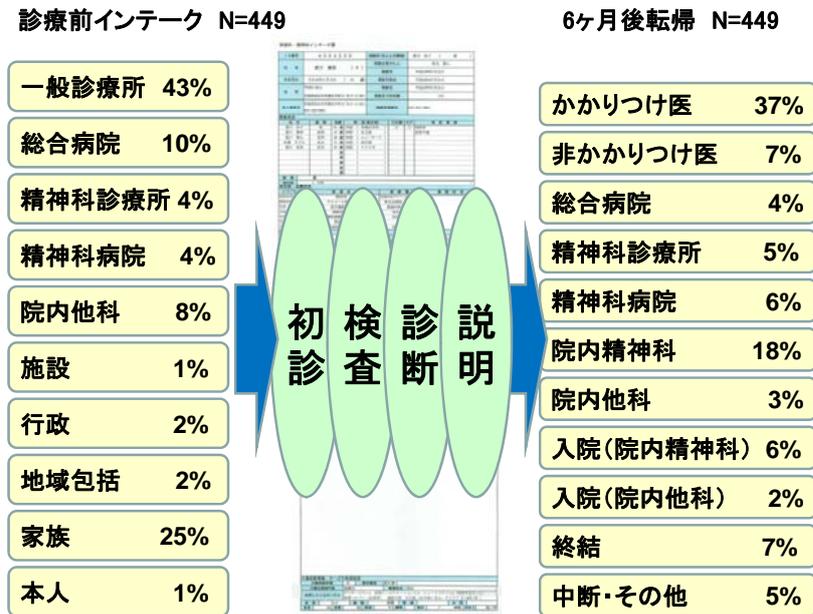


図 17. 認知症疾患医療センター外来新患受診者の流れと 6 カ月後転帰

入院患者の 4 割は院内の一般診療科からの転科入院ですが，救命救急センターを受診して，一旦は内科や外科などの一般病床で身体合併症の急性期治療を受け，それから認知症疾患医療センターの病床に転科入院する患者が全入院患者の 3 割を占めています（図 18）。

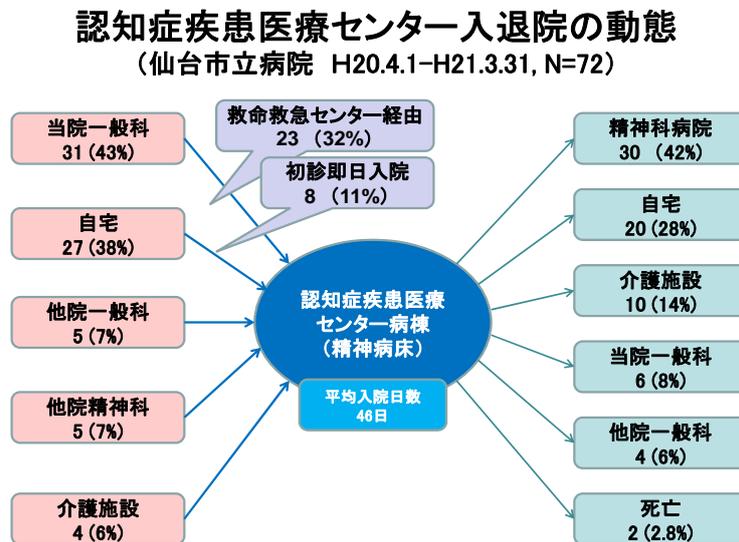


図 18. 認知症疾患医療センター入退院患者の動態

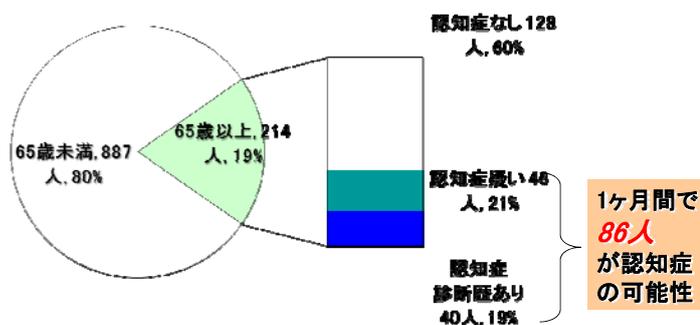
また、入院患者の退院支援も医療相談室の重要な役割であり、地域包括支援センター、介護サービス事業所、かかりつけ医療機関、精神科医療機関などと連携し、退院に際してはケースカンファランスを開催して、方針の決定や退院のための調整作業を進める必要があります。図 18 に、平成 20 年度に仙台市立病院認知症疾患医療センターに入院した患者の退院先が示されていますが、自宅への退院が 28%、介護施設への退院が 14%であるのに対し、精神科病院への退院が 42%を占めています。精神科病院以外に、認知症の方が安全に安心して暮らせる場を整備していくことは急務の課題です。

3-2. 院内連携体制の整備

仙台市立病院には 1 次、2 次、3 次救急に対応する救命救急センターが併設されていますが、ここを受診する「認知症の可能性がある」65 歳以上高齢者の数を調査してみました⁵⁾。それによりますと、平成 19 年 3 月の 1 カ月間で救命救急センター受診患者は 1101 人、このうち 65 歳以上は 214 人、このうち「認知症の可能性あり」と評価された方は 86 人でした(図 19)。これを年間に換算しますと 1032 人となり、診断別では、肺炎や脳卒中の他に、打撲、骨折などの外傷が多いことがわかりました(図 20)。これらの患者さんはその後どうなっているかと申しますと、53%、すなわち年間換算で 552 人が院内のいずれかの診療科に入院しており、このうち 90%が医療的入院、10%が社会的入院となっています(図 21)。

救命救急センターを受診する認知症高齢者 (仙台市立病院救命救急センター)

平成19年3月の仙台市立病院ER受診患者1101人のうち
65歳以上は214人、このうち「認知症の可能性あり」は86人



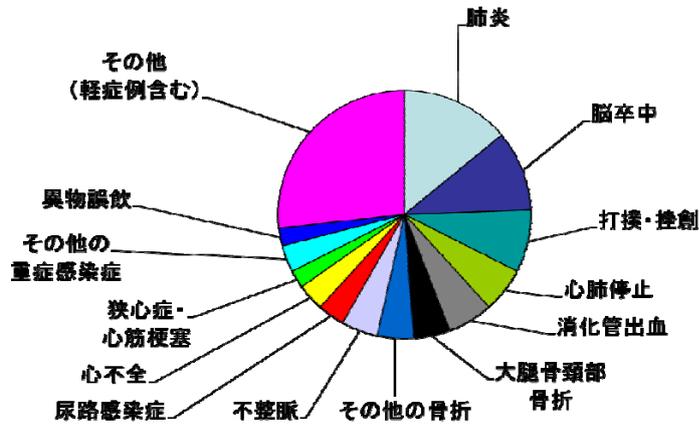
久保田ら:老年精神医学雑誌18: 1204-1209, 2007

図 19. 救命救急センターを受診する認知症高齢者

「認知症の可能性がある」高齢者の診断別割合

H19年3月(N=86) →年間換算で**1032人**

(仙台市立病院救命救急センター)



久保田ら：老年精神医学雑誌18: 1204-1209, 2007

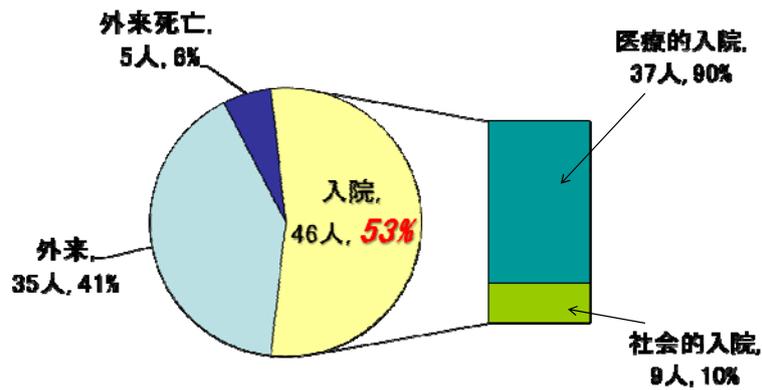
図 20.救命救急センターを受診する「認知症の可能性がある」高齢者の救急医学的診断

「認知症の可能性がある」高齢者のER外来の転帰

H19年3月(N=86) 仙台市立病院救命救急センター

ERを受診する「認知症の可能性がある高齢者」のうちの**53%**,

年間換算で**552人**が、院内のいずれかの診療科に入院！



久保田ら：老年精神医学雑誌18: 1204-1209, 2007

図 21. 救命救急センターを受診する「認知症の可能性がある」高齢者の転帰

一般に、身体合併症の治療が必要な認知症患者の入院医療で、精神科的管理が必要な精神症状・行動障害がある場合には、通常は、精神科医が身体科へ往診して、一般病床で総合管理を行うという、コンサルテーション・リエゾン(Consultation Liaison Psychiatry Model, CLP)モデルが用いられます。しかし、先ほどのデータからもわかりますように、救命救急センターを経由して入院される認知症高齢者はたいへんな数に及びますので、精神科医だけで CLP を実践するのは極めて困難であり、ここでも医療相談室がコンサルテーション・リエゾンチームの一員に加わることによって、診療効率を格段に向上させることができます。また、精神症状・行動障害が著しく、一般病床での管理が困難と判断される場合は、身体科医が精神科へ往診し、精神病床で身体医学的管理をするという方法がとられます。これはメディカル・サイキアトリー (Medical Psychiatry, MP) モデルと呼ばれているものですが、この場合は看護師が BPSD と身体疾患の両者の看護にあたらないために、看護室の近くに重症室や観察室を配置したり、夜勤帯の看護配置を手厚くしたりするなどのさまざまな対策が必要となります (図 22)。

身体疾患の急性期医療が必要な認知症患者の 入院医療: 精神科的管理を要する周辺症状がある場合

①一般病床での総合管理

Consultation Liaison Psychiatry Model (CLP-Model)

精神科医が身体科へ往診

Consultation Liaison Team →



②精神病床で総合管理

Medical Psychiatry Model (MP-Model)

身体科医が精神科へ往診

Medical Psychiatry Unit →



図 22. 身体合併症の急性期医療が必要な認知症高齢者に対する急性期医療

3-3. 地域連携の推進

認知症疾患医療センターへの受療支援や入院患者の退院支援以外にも、認知症疾患医療センターは地域連携を推進するために、さまざま業務を果たしています。たとえば、医療相談室は、自治体の担当課と連携して、地域包括支援センターの職員研修、かかりつけ医の認知症対応力向上研修、一般市民対象の認知症講座に講師を派遣します。また、自治体に設置されている認知症対策推進会議や医療・介護連携協議会に出席し、①普及啓発、②支援体制や連携体制の整備など、自治体の認知症対策の立案や実施に積極的に関与しています。

3-4. まとめ

認知症疾患医療センターを機能させるための条件整備の道筋はさまざまです。図 25 は総合病院型認知症疾患医療センターの整備手順の例です。はじめに、認知症の鑑別診断や周辺症状への外来対応機能をもつ精神科外来と、周辺症状への入院対応機能をもつ精神科病棟に、専門医療相談機能をもった医療相談室を設置し、これらが一体的に活動できる体制を構築します。次に、医療相談室は、地域包括支援センター、介護保険事業所、地域医療機関、行政担当課などの地域関係機関と連携しながら、認知症の方の受療支援、困難事例対応、退院支援などを行い、院内の救命救急センターや他診療科と連携しながら身体合併症対応を CLP モデルで行える体制を作り、最後に精神科病棟に MP ユニットを作って、MP モデルによる身体合併症対応が可能な体制を構築します。

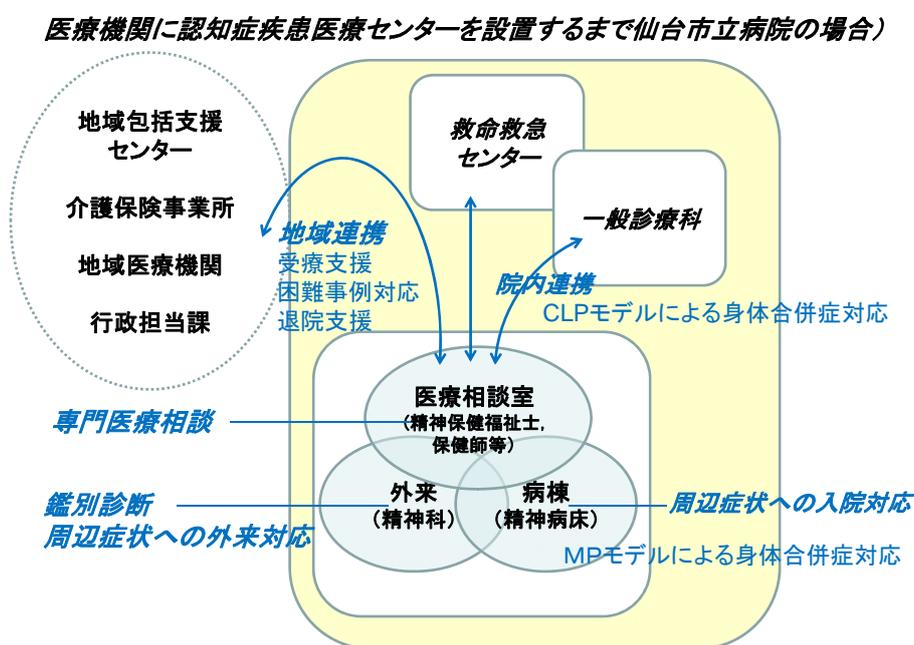


図 23. 総合病院型認知症疾患医療センターのモデル

4. 残された課題

以上のように、精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者等を配置した専従の医療相談室の設置と外来・入院体制の整備、院内連携体制および地域連携体制の構築が、認知症疾患医療センターが機能するための基本要件となります。しかし、このような事業を持続させるためには、さらに以下のような課題を克服する必要があります。

(1) 病棟看護師の適正配置

一般に身体合併症のある認知症高齢者の入院には、身体疾患と周辺症状の医学的管理、日常生活の介護、退院支援・地域連携など複合的な業務が要請されますので、看護負担が大きくなります。特に時間外の緊急入院に対応するためには、休日・夜勤帯に 1 病棟単位最低 3 人の看護配置が必要となります。平成 22 年度の診療報酬改定において、精神病棟入院基本料 13 対 1 や 10 対 1 が新設されました。これによって、従来の 15 対 1 に比べれば手厚い看護配置が可能となりましたが、平均在院日数のしぼりが壁になっています。時間

外にも適正な看護配置を行うには一般病棟なみの 7 対 1 看護が実質的に可能となるような診療報酬改定が強く求められます。

(2) 高齢者の精神科医療を担う医師の育成

認知症疾患医療センターにおいて高齢者の精神科医療に取り組む医師の数は圧倒的に不足しています。医師不足は精神科に限られた問題ではありませんが、高齢者の精神科医療の現場で働く医師を育成することは、わが国の老年精神医学が直面している最も重要な課題です。世界に先駆けて超高齢社会に突入したわが国の医療には、最新の医学的知識のみならず、新たな社会を創り出すことに関心をもつ視野の広い医師が求められています。

(3) 認知症疾患医療センターの適正配置

認知症疾患医療センターの業務量は、圏域の人口規模に比例して増大します。日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査によれば、認知症疾患医療センターの適正配置の中央値は高齢者人口 6 万人に 1 件、70 パーセンタイル値では高齢者人口 10 万人に 1 件でした⁶⁾。序章「21 世紀前半のわが国の高齢化」のところでお示しましたわが国の認知症高齢者数の将来推計値に基づいて、認知症疾患医療センターの必要設置件数を高齢者人口 6 万人に 1 件として計算しますと、2015 年の段階で 378 件、2025 年の段階で 483 件になります。平成 20 年度に認知症疾患医療センターが事業化された段階で目標設置件数は 150 件とされていましたが、2015 年の段階ではその 2 倍以上、2025 の段階ではその 3 倍以上の設置が求められるということになります。

平成 22 年度より認知症疾患医療センターの設置基準が改訂され、①専門医療機関としての機能、②地域連携の機能、③身体合併症に対する救急医療機関としての機能という 3 つの機能のうち、①②③の機能を備える基幹型と①②の機能のみを備える地域型が区別されるようになりました⁷⁾。これによって機能の分担が可能となり、認知症疾患医療センターの設置もある程度促進されました。しかし、求められる数に比較すると、まだ圧倒的に不足している現状は変わりません。

(4) 地域包括ケアシステムの構築

認知症疾患に罹患しても、高齢者が尊厳を保持し、安心して暮らすことができる地域社会を創造していくためには、住み慣れた地域において、予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援を一体的に提供することができる「地域包括ケア」という考え方が不可欠となります。地域包括ケアの理念の下で、認知症高齢者を地域で支えるための連携体制をいかに構築していくか。そのためには、必要なサービス資源量を算出した上で、医療サービス、介護サービスを計画的に整備するとともに、さまざまな組織を通して提供されている地域サポートを強化し、これらを統合的に機能させるための仕組みづくり、すなわち地域連携体制の構築が不可欠です。そのような体制づくりを推進するために、基礎自治体レベルで認知症対策推進会議や連携協議会を開催し、具体的な戦略を練っていかねばなりません。

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局保健福祉部長：認知症疾患センター運営事業実施要綱について（平成 20 年 3 月 31 日）
- 2) 栗田主一、佐野ゆり、福本恵：一地方都市の地域包括支援センターの認知症関連業務の実態：特に、医療資源との連携という観点から。老年精神医学雑誌 20: 356-363, 2010.
- 3) 栗田主一：認知症疾患医療センターに対する期待と課題。老年精神医学雑誌 21: 412-420, 2010.
- 4) 厚生省保健医療局長：老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について（平成元年 7 月 11 日）

- 5) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二ほか:救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌 18:1204-1209, 2007.
- 6) 栗田主一:オピニオン・認知症疾患医療センターをめぐって. 老人性認知症疾患センターの立場から. 精神医学 50: 738-741 (2008).
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長:認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について (平成 22 年 3 月 30 日)

第 11 章 地域包括ケアシステムとは何か

1. はじめに

2010 年の夏、消えた高齢者問題が俄かに世間を騒がせました。この問題は、わが国の戸籍制度の欠陥を顕わにするものでありましたが、同時に、わが国の高齢者のための保健福祉制度のあり方に対しても深い危惧の念を抱かせるものでありました。

わが国の高齢者ための保健福祉制度は、「家族」が、そこに内在する互助的な役割を通して、高齢者の日々の生活を見守り、金銭の管理、服薬の管理、食事の準備、掃除や洗濯、通院の同伴、年金や税金の手続き、電球の交換、庭の草取り、困りごとの相談、寂しいときの話し相手など、毎日の暮らしをその時々支援しながら、疾病や障害があればそれに気づき、共助による医療サービスや介護サービスを活用することを前提に設計されていました。ところが、この事件は、たとえ「家族」がいたとしても、そのような“家族的支援”を提供することができない「家族」が少なからずあるということを示すものでした。しかも、今後のわが国においては、そのような支援の担い手であった「家族」すら、身近にはいない高齢者が増えてくるであろうということです。

団塊の世代がすべて後期高齢者になる 2025 年には 3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となり、後期高齢化率は 18.2%、高齢者人口に占める要介護（要支援）高齢者の割合は 21.5%、認知症高齢者の割合は 10.5%、世帯主が 65 歳以上世帯の単独世帯は 35.4%、夫婦のみ世帯は 31.2%に達するものと推計されています。高齢者が、住み慣れた地域の中で、安心して、安全に、健康に暮らしていくためには、「家族」の互助を前提とする現行制度の問題点を補完できるような新たな地域システムを確立しなければなりません。

1. 地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアという用語がわが国の高齢者施策の中で広く用いられるようになったのは、2005 年の介護保険法改正以降であります。ご承知のように、介護保険法は 1997 年に国会を通過し、2000 年から施行されることになりましたが、これによって、社会保険方式による財源確保の下で「介護サービスの基盤整備」と「地域ケア体制の構築」が進められるようになりました。しかし、その後、要介護認定高齢者数の急増に伴う財政問題に直面し、2005 年の介護保険法改正では、「予防重視型のシステムへ」の転換という観点から介護予防事業がスタートし、「新たなサービス体系の確立」という観点から地域包括支援センターや地域密着型サービスが創設され、こうしたサービスを提供していくためのシステムとして、中学校区を単位とする日常生活圏域における「地域包括ケアシステム」の構築が目標に掲げられるようになりました。

ところで、地域包括ケアという用語は、そもそもは広島県の公立みつぎ総合病院の山口医師が、1980 年代から実践されてきた御調町における保健医療福祉の総合化の実践に対して命名したものである、とされています。ここでは、「地域に包括医療・ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民の QOL の向上を目指すものであり、包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず、保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアの連携および住民参加のもとに地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。地域とは単なるエリアではなくコミュニティーをさす」と定義されています¹⁾。この中で、注目しておきたい文言は、「治療（キュア）のみならず、保健サービス（健

康づくり), 在宅ケア, リハビリテーション, 福祉・介護サービスのすべてを包含)「地域とは単なるエリアではなくコミュニティー」という文言です。

このような意味を含む地域包括ケアシステムは, 平成 21 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書」²⁾において新たな定義づけがなされました。ここでは, 「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで, 生活上の安全・安心・健康を確保するために, 医療や介護のみならず福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」とされ, 「ここで言う日常生活圏域とは, おおむね 30 分以内, 具体的には中学校区を基本とする」と解説されています。この研究会は, 平成 24 年度から始まる第 5 期介護保険事業計画の計画期間以降のサービス提供体制の在り方を具体的に検討するための有識者会議ですが, よりわかりやすく申し上げますと, 団塊の世代が後期高齢者となって高齢化がピークとなる 2025 年のわが国の高齢者サービスの提供体制の基本構想を描出することが目的とされています。

それでは, そのようなシステムを現実のものとするためには, いかなる対策を計画し, 実行していく必要があるのでしょうか。ここでは, 2010 年 4 月 26 日に公表された地域包括ケア研究会の報告書に示されている提言を紹介したいと思います。

2. 在宅サービスの抜本的充実

認知症になっても, そして, 一人暮らしや夫婦のみ世帯であっても, できるかぎり長く, 住みなれた地域の中で生活が維持できるようにするためにはどのような対策が必要でしょうか。現行の在宅サービスのみで認知症がある人の一人暮らしを支えるのにはかなりの無理があります。また, 認知症が重度化した場合には, 在宅の選択はほぼ失われ, 施設や病院に依存せざる得なくなります。地域包括ケア研究会では, 日常生活圏域において, 24 時間 365 日, 必要なサービスを利用しながら安心生活を維持するための対策として, 以下のような具体策を提言しています。

- ① 地域包括ケアを実現するためのケアマネジメント: 介護・医療・生活支援・住まいの確保等に係る他制度・多職種の連携を基本に, 効果的なサービス投入をはかるための包括的なケアマネジメントが行われる必要がある。「適切なケア」がどのようなものであるかといった「ケアの標準化」に関する合意形成を専門職が中心になって進める。その際には, 「自立支援型介護」「予防型介護」という視点に立つことが重要。その上で, 介護支援専門員は, 自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し, 利用者や家族の合意を形成する。
- ② 24 時間短時間巡回型在宅サービスの強化: 24 時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスを導入する。これと夜間通報システムによる緊急訪問等を組み合わせて, 24 時間 365 日の在宅生活を支えられるようにする。その際には, IT を活用したり, 既存の在宅サービス(ホームヘルプサービス, デイサービス, ショートステイなど)を柔軟に組み合わせてパッケージ化して提供する複合型事業所の導入を検討する。
- ③ 訪問看護・リハビリテーションの推進: 24 時間短時間巡回型のサービスについて, 看護と介護が連携して巡回する事業も導入して, 在宅の看取りを担う事業とする。これにより事業者の大規模化を図り, 経営安定化も推進される。リハビリテーションについては, 専門職が直接サービスを提供するだけでなく, 利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし, 生活機能向上に資するリハビリテーション計画を提供したり, ヘルパーに在宅の機能訓練方法を指導したりする。
- ④ 在宅医療の推進: 24 時間対応の看護・介護体系をバックアップする地域医療の充実が

不可欠である。在宅療養支援診療所等の日常生活圏域での確保など、夜間を含めて地域での一次医療を担う「地域当直医」を整備・普及していく。こうした在宅医療は、地域医療計画において、都道府県レベルではなく市町村レベルで策定し、介護保険事業計画との整合性を図る。

- ⑤ 区分支給限度基準額：要介護区分支給限度基準額の上限を超えてサービスを利用している事例についての実態把握と情報共有を行う。24時間巡回や複合型事業所の導入に際して包括報酬を採用することにより、区分支給限度基準額を超えるケースについて一定程度対応することができる。
- ⑥ 地域支援事業の拡充：独居や高齢夫婦のみの世帯にとって、在宅生活を支えるには、介護や医療のみならず、さまざまな生活支援が必要である。民間企業、NPO、自治会などの社会資源は地域によってさまざまであることから、地域支援事業の3%上限を拡充するなどの方法によって、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取組を促進する。
- ⑦ 介護予防事業の抜本的見直し：介護予防の取組みは今後も重要であるが、現行の介護予防事業は特定高齢者の把握に手間と費用を要し、うつや閉じこもりなど真のハイリスク者を把握できていない。現行の健診による把握方法に代えて日常生活圏域毎の高齢者ニーズ調査を実施し、ハイリスク者を確実に把握する。また、現行の運動・栄養・口腔関係の事業に加えて、うつ・閉じこもり対策や高齢者のいきがづくり、社会貢献の場の提供など高齢者に魅力ある多様なメニューを開発する。
- ⑧ 家族支援・仕事との両立：家族を介護しながら働いている場合にあつては、家族介護と仕事との両立支援やレスパイト支援、相談事業が重要である。仕事との両立に資するような柔軟な時間設定による通所サービスや緊急ショートルの整備を進めるとともに、企業においても介護にかかる基礎知識や技術習得の機会に関する情報提供、介護休暇や地域ボランティア活動による支援などの充実が重要である。

3. 介護保険施設類型の再編

現今の施設サービスが抱える問題として、1) 特別養護老人ホームで医療ニーズが増大していること、2) 介護老人保健施設の入所期間が長期化していること、3) 特別養護老人ホームの「入所待ち」が増大していることなどが指摘されており、認知症高齢者の増加の勢いに追いつかない施設サービスの総量の圧倒的不足が明らかになっている。社会保障国民会議のシュミレーションでは、2008年度から2025年までに施設サービスは44万床→78万床、居住系は14万床→35万床の整備が必要であるとしているが、それだけの整備を行うことが、財政面および供給面から、特に都市部で現実的に可能なのかといった問題がある。地域包括ケア研究会は、介護保険施設類型の再編について、以下のような提言を行っている。

- ① 地域内の在宅サービスの充実強化により、在宅生活を高齢者が選択することを可能にする。
- ② 施設の類型によらず、実際の機能に着目して選択できる仕組みを導入する。
- ③ 利用者の尊厳の確保や自立支援の観点から個室ユニットを原則とすることを改めて基本方針として打ち出す。その上で、建て替え時に個室ユニット化・サテライト化を推進する。また、在宅サービスの拠点となることを支援する。
- ④ 介護老人福祉施設としての特別養護老人ホームの設置主体の制約を見直し、医療法人にも介護老人福祉施設の設置を認める。
- ⑤ 介護療養病床の廃止を踏まえ、どの施設に入所していても必要な医療が受けられ、施設類型によって医療サービスが制限されることのないよう、利用者の医療ニーズに応

じて外部からの確に医療サービスが提供されるようにする。

4. 高齢者住宅

認知症のために自宅での生活が困難となり、BPSDや身体疾患などを契機にして入院し、その後、精神科病院、療養病床、介護老人保健施設、グループホーム、特別養護老人ホームなどを転々とするという経過は頻繁に認められることです。利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動するのではなく、その時々の状態変化に応じて、「必要なケア」が外付けで提供される「住まい」が求められます。地域包括ケア研究会は、高齢者住宅について、以下のような提言を行っています。

- ① 高齢者の終の棲家としてのニーズを施設、特に特別養護老人ホームが代替している現状にかんがみ、諸外国に比して整備が遅れている高齢者住宅の整備と在宅サービスの拠点整備を国土交通省と連携して計画的に整備する。その際、地方の空き家（高齢者の持ち家）や都会の賃貸アパートなど既存の資源を活用した整備を進める。
- ② なお、ここでいう高齢者住宅とは、高齢者が必要なサービスを外部から受けながら住み続けるための配慮がなされたバリアフリーの住宅をさし、高齢者だけが集住したのではなく、現役世代も住める住宅が求められている。
- ③ こうした高齢者住宅の整備を進めることによって、重装備の施設から多様なサービスの組み合わせが可能な住まいに転換する。また、利用権方式の施設に比べて賃貸借契約による住宅は入居者の地位が安定している点にも大きな利点がある。

5. 認知症支援のあり方について

2025には高齢者人口の約1割が認知症になるものと推計されています。すでに述べてきたように、認知症という障害をもちながらも、住みなれた地域で、安全に、健康的に、安心して暮らしていくためには、現行制度を越えたさまざまな仕組みが必要となります。ここでは、認知症支援のあり方について、地域包括ケア研究会が提言したものを列挙します。

- ① 効果的に支援するためには早期発見と治療が重要であることから、早期発見のための指標の開発、家族が的確に対応するためのガイドラインの作成、地域ケアパス（原因疾患・状態および地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール）を作成して、地域内の専門職が共有する。
- ② 早期発見後の的確な診断・治療、家族への相談・支援が行えるように、「認知症疾患医療センター」を2次医療圏レベルで整備し、「認知症サポート医」や「認知症対応力向上研修を受けたかかりつけ医」を生活圏域に十分に確保する。こうした情報を住民に提供し、地域包括支援センターとの連携のための仕組みをつくる。
- ③ 認知症に関わるすべての専門職の研修機会を増やす。また、認知症患者の身体疾患に適切に対応できるように、一般病棟における医療職種の認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備を推進する。
- ④ 重度認知症患者の適切な受け入れ施設のあり方について検討する。
- ⑤ BPSDのために入院し、症状が軽快して退院する場合に、直接自宅に戻ることが難しい場合には小規模多機能サービス等を活用して、徐々に訪問・通いサービスにシフトして在宅生活に円滑に移行できるようにする。
- ⑥ 認知症の人の在宅サービスのあり方について、現行サービスにとらわれず、声かけ・誘導・生活援助を含め検討する。
- ⑦ 社会参加や就労支援の観点から、若年性認知症に適したデイサービスメニューを提供

する事業所を評価する。障害者施策との連携を図る。

- ⑧ 成年後見制度の後見人，社会福祉協議会の日常生活支援員等の確保が困難になる状況を考慮して，市民後見人等の育成と自治体の登録管理体制からの事業構築を検討する。
- ⑨ 介護保険事業計画において，認知症を有する者の人数の把握，サポート体制の目標量（認知症サポーター，認知症サポート医など）についても盛り込むことを促進する。
- ⑩ 認知症の人や一人暮らし高齢者が地域で継続して生活できるようにするために，認知症や虐待ケースの早期発見・早期対応，退院後の 24 時間対応在宅医療・看護・介護，権利擁護である民法の成年後見制度や社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業，多様な生活支援を地域でシステム化できるように，今後，高齢者が急増する首都圏などで，自治体，医療機関，介護関係事業者，流通関係などの民間事業者，地域の自治体や NPO などの連携協議会のような場をモデル的に設置する。

6. おわりに

地域包括ケア研究会の個々の提言内容を具体化・現実化するためには，さらなる戦略立案と実験的試みが必要とされます。しかし，ここでめざしていることは，「たとえ認知症になっても，自分が選択した住みなれた地域と住まいで，安全に，健康的に，心地よく，安心して，地域の人々とともに暮らしていくことができる社会を創り出していくこと」であり，それが今日の認知症ケアの最前線であることは間違いありません。

文献

- 1) 尾道市公立みつぎ総合病院ホームページ <http://www.mitsugibyoin.com/care/top.html>
- 2) 地域包括ケア研究会：平成 21 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書。
<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf>

第 12 章 地域包括ケアシステムにおける認知症の医療と介護

はじめに

わが国の認知症高齢者のための医療・介護サービスと連携システムの基本骨格を図 24 に示します。ここでは、認知症高齢者のための医療サービスと介護サービスの概略について解説します。

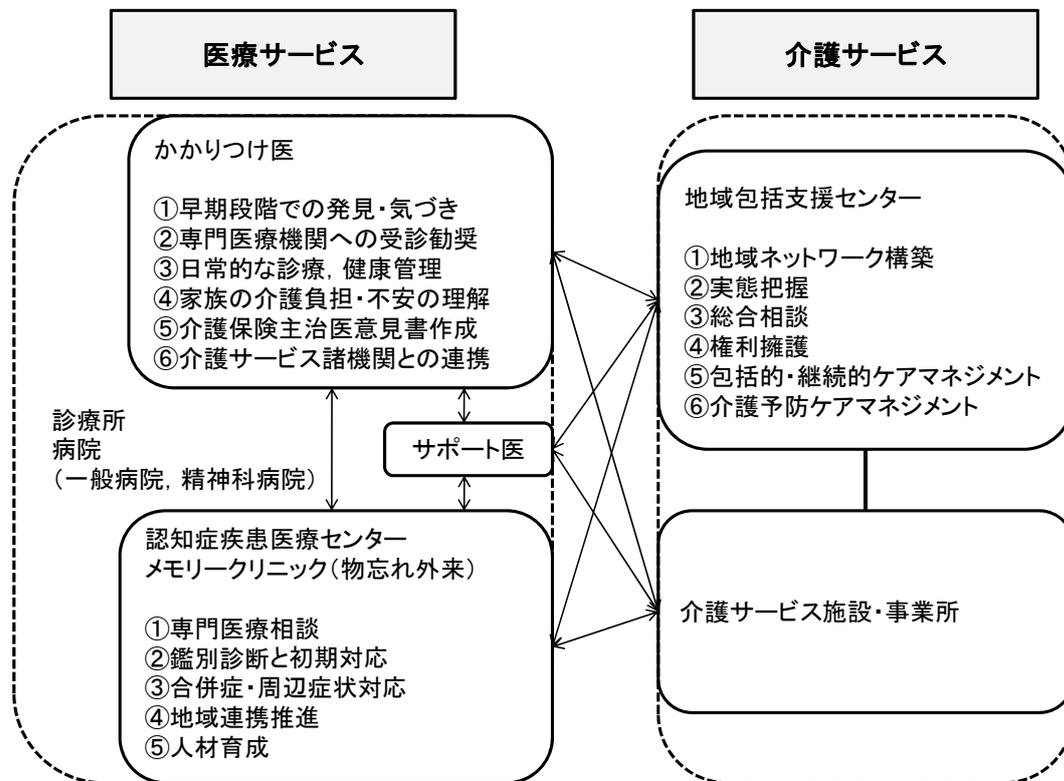


図 24. 認知症高齢者のための地域連携システムの基本骨格

1. 医療サービス

認知症の医療に求められるサービスには、①鑑別診断と総合評価、②中核症状に対する医療、③身体合併症に対する医療(入院, 外来)、④周辺症状に対する医療(入院, 外来)、⑤日常的な健康管理、⑥往診・訪問診療、⑦デイケアやリハビリテーション、⑧救急医療、⑨重度認知症の長期療養、⑩終末期医療などがあり、これを補完する支援として、受療支援、退院支援、家族支援、困難事例のケースワークなどがあります。これらのサービスは表 14 に示す医療施設によって機能分担的に提供されます。

表 14. 種類別に見た医療施設数と病床数

	施設数		病床数
総数	176,889	総数	1,728,402
病院	8,665	病院	1,592,527
精神科病院	1,083	精神病床	346,748
		感染症病床	1,798
結核療養所	1	結核病床	8,036
一般病院	7,581	療養病床	332,547
療養病床を有する病院（再掲）	3,961	一般病床	903,398
地域医療支援病院（再掲）	293		
一般診療所	99,836	一般診療所	135,751
有床	10,514		
療養病床を有する一般診療所（再掲）	1,466	療養病床	14,882
無床	89,322		
歯科診療所	68,398	歯科診療所	124

（厚生労働省「医療施設動態調査（平成 22 年 12 月末概数）」より）

1) 診療所

診療所は、「かかりつけ医療」と「在宅医療」を担う主要な医療資源です。「かかりつけ医療」には、①認知症の早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診勧奨、③一般患者として日常的な疾患対応（診断、治療）、健康管理、④家族の介護負担、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等の機能が求められます。「認知症サポート医養成研修」（認知症に関する地域医療体制の中核的役割を担う医師を養成する）と「かかりつけ医認知症対応力向上研修」（サポート医がかかりつけ医を対象に研修を行う）はかかりつけ医療の強化をめざした国の事業です。この事業は地域医師会の主体的な活動と連動し、地域の実情に応じた地域連携システムの構築にも寄与しています⁶⁾。

「在宅医療」は、認知症が重度化し、日常生活動作能力が低下し、外来通院の負担が大きくなった場合などに、かかりつけ医が自宅や施設などに往診し、日常的な疾患対応（診断、治療）や健康管理などの医療を行うものです。ここでは、認知症をもつ高齢者が自宅や施設で長期的に生活が継続できるようにするための支援が求められ、そこには自宅や施設での終末期医療（看取り）も含まれています。

2) 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センター運営事業は、平成 20 年に創設された国の事業です。本事業の目的は、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」とされています。実施要綱に定められる機能には、専門医療機関としての機能（①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③合併症・周辺症状に対する急性期医療）と地域連携推進機関としての機能（④かかりつけ医等の研修、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信）があります。全国に 150 箇所設置することが目標とされていますが、日本老年精神医学会専門医を対象とする調査では、人口 30 万人あたりに 1 施設程度は必要でないかという意見が大勢を占めています⁷⁾。

3) メモリークリニック

メモリークリニック（もの忘れ外来）は、制度的に規定されている医療サービスではありませんが、認知症の専門的な相談や診断・治療を行う外来診療サービスとして現実に広く普及しています。わが国では、精神科、神経内科、脳神経外科、老年内科などが、それぞれの専門性に応じて専門的な医療サービスを提供しています。日本老年精神医学会専門医を対象とする調査では、①認知症の鑑別診断、②周辺症状に対する外来対応、③かかりつけ医や地域包括支援センターとの連携、④医療や介護に関する相談・支援、⑤専門職の研修などの機能がメモリークリニックに期待されています⁷⁾。

4) 一般病院

一般病院において、認知症に関連して発症・増悪する慢性身体疾患を診療する機会は少なくありません⁸⁾。また、転倒、脱水、発熱、誤嚥、意識障害などのトリガーイベントを契機に救急搬送される認知症患者も増えています^{8,9)}。しかし、急性期医療終了後の退院先確保の困難さが、一般病院や救急医療機関が抱える共通の問題となっています^{8,10)}。この問題の解決をめざして、医療、看護、居宅介護、宿泊・就労支援などの多様な事業を行う人々が地域連携システムの構築を進めている地域もあります⁸⁾。

5) 精神科病院

平成 20 年度の患者調査¹¹⁾によれば、入院中の認知症患者は約 7.5 万人で、そのうちの約 7 割が精神病床（認知症疾患治療病棟、精神一般病棟、精神療養病棟など）に入院しています。また、精神病床に入院している認知症患者の約 7 割に入院治療または外来治療を要する身体合併症が認められ、約 8 割の患者に BPSD が認められています。頻度が高い BPSD は「介護への抵抗」（36%）、「徘徊」（32%）、「妄想」（30%）であり、毎日見られる BPSD として頻度が高いのは「徘徊」（約 3 割）と「大声」（約 2 割）となっています¹²⁾。わが国の精神科病院には、BPSD や慢性身体疾患が併存する重度認知症患者が数多く入院しているという実態があります。

2. 介護サービス

介護保険法に基づいて都道府県知事に指定される介護サービス施設・事業所の種類と実数を表 15 に示します。

表 15. 種類別に見た介護サービス事業所の施設・事業所数

	施設・事業所数
介護予防居宅サービス事業所	
介護予防訪問介護事業所	24,947
介護予防訪問入浴介護事業所	2,134
介護予防訪問看護ステーション	5,572
介護予防通所介護事業所	23,366
介護予防通所リハビリテーション事業所	6,422
介護予防短期入所生活介護事業所	7,186
介護予防短期入所療養介護事業所	5,207
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	2,896
介護予防福祉用具貸与事業所	6,660
特定介護予防福祉用具販売事業所	6,869
地域密着型介護予防サービス事業所	
介護予防認知症対応型通所介護事業所	3,233
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所	1,706
介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	9,467
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	4,234
居宅サービス事業所	
訪問介護事業所	25,792
訪問入浴介護事業所	2,356
訪問介護ステーション	5,734
通所介護事業所	24,105
通所リハビリテーション事業所	6,559
短期入所生活介護事業所	7,561
短期入所療養介護事業所	5,375
特定施設入居者生活介護事業所	3,052
福祉用具貸与事業所	6,951
特定福祉用具販売事業所	6,889
地域密着型サービス事業所	
夜間対応型訪問介護事業所	115
認知症対応型通所介護事業所	3,479
小規模多機能型居宅介護事業所	2,083
認知症対応型共同生活介護事業所	9,684
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	119
地域密着型介護老人福祉施設	257
居宅介護支援事業所	31,800
介護保険施設	
介護老人福祉施設	6,127
介護老人保健施設	3,611
介護療養型医療施設	2,159

（厚生労働省「平成 21 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」より）

1) 居宅系サービス、地域密着型サービス

介護予防居宅サービスおよび地域密着型介護予防サービスは、居宅の要支援認定を受けた高齢者に対して予防給付によって提供されるサービスです。一方、居宅サービスおよび地域密着型サービスは、居宅の要介護認定を受けた高齢者に対して介護給付によって提供されるサービスです。認知症をもつ高齢者が地域での生活を継続するためには、これらのサービスを個々のニーズに応じて計画し、提供していくための実践的な調整機関が必要です。

2) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、平成 17 年の介護保険制度改革によって、地域包括ケアシステムの理念を実現するための実践的な調整機関として創設されました。すなわち、「介護保険給付（予防給付、介護給付）を中心に、保健医療福祉をはじめとする制度的サービスと地域住民の多様な支援活動を横断的に調整し、支援を必要とする人々に必要な支援を提供し、その人の権利を守り、尊厳ある生活を実現するために、地域社会を基盤として組織化された地域包括ケアシステムの構築を推進する」ことがその役割とされています¹³⁾。具体的な業務には、①地域ネットワークの構築、②実態把握、③総合相談、④権利擁護、⑤包括的・継続的ケアマネジメント、⑥介護予防ケアマネジメントがありますが、認知症関連業務という観点からは、医療サービスと連携した受療支援や退院支援、困難事例に対する相談支援、若年性認知症に関する相談支援なども期待されています。

3) 施設・居住系サービス

介護保険施設は、要介護認定を受けた高齢者に対して介護保険（介護給付）によって提供される施設サービスであり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の 3 類型があります。介護老人福祉施設は、老人福祉法に規定する特別養護老人ホームで、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設です。入所する要介護者に、施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。介護老人保健施設は、介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設です。入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行います。介護療養型医療施設は、医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設です。入院を要する要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行います。これらの 3 施設には現在約 80 万人が入所しており、その 95%に「認知症の日常生活自立度判定基準」による認知症が認められます¹⁴⁾。

3. 地域包括ケアシステムの推進と認知症対策

地域包括ケアシステムとは、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが、日常生活圏域（30 分で駆けつけられる圏域）において切れ目なく提供されるような地域連携システムを意味しています¹⁵⁾。後期高齢者人口の増加、単独・夫婦のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加、都市部における急速な高齢化、要介護認定者の増加、介護保険総費用の増大、施設・居住系サービスの利用者増大などが、地域包括ケアシステムを推進する社会的な動因となっています。ここでは、認知症対策と関連する地域包括ケアシステムの推進をめざした事業を概観しておきます（図 25）。

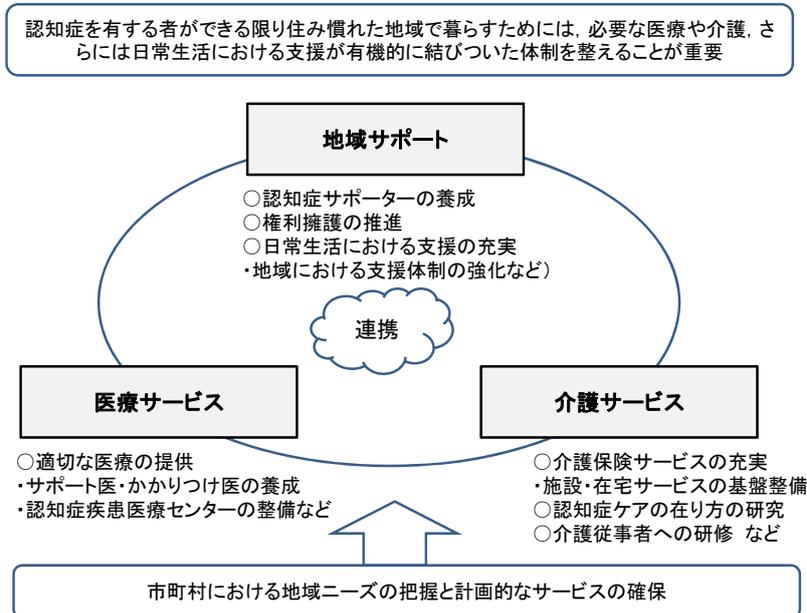


図 25. 認知症支援体制の在り方（厚生労働省老健局資料より）

1) 地域サポートの強化

認知症高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの基盤を形成するものは、地域に暮らす人々の認知症についての正しい知識と理解です。「認知症サポーター養成講座」（地域や職域で認知症の人や家族を支援する担い手を育成する事業）と「キャラバンメイト養成研修」（「認知症サポート養成研修」の講師役であるキャラバンメイトを養成する事業）はこれを目標とする事業です。

2) 医療サービスの強化

認知症のための医療サービスを強化するために、かかりつけ医療、在宅医療、認知症疾患医療センター等の医療施設の整備を進めるとともに、これを支える医師等の人材確保が必要とされています。また、地域の中で認知症を早期段階で発見し、必要な支援につなげる仕組みも求められています。

3) 介護サービスの強化

認知症のための介護サービスを強化するために、医療との連携強化、グループホーム等居住系サービスの拡充、24 時間対応の強化、小規模多機能サービスの充実等の在宅介護の強化、重度化対応、看取り機能、個室化・ユニット化等の施設機能の強化、介護従事者の確保・処遇改善が計画されています。

4) 認知症ケアの総合的推進

医療サービス、介護サービスを調整するコーディネーター（「認知症地域支援推進員」）を地域包括支援センター等に配置して、認知症をもつ人に適切なサービスが提供するとともに、医療と介護の連携を強化し、地域の実情に応じたケアシステムを構築することによって市町村圏域の認知症施策の推進をめざした事業（「市町村認知症ケア総合推進事業」）が平成 23 年度より開始されています。

5) 日常生活圏域ニーズ調査

地域包括ケアシステムの実現をめざしてサービスの目標整備量を設定するために、日常生活圏域ニーズ調査が計画されています。平成 24 年度より開始される介護保険第 5 期計画

の策定にあたっては、①認知症支援策の充実（認知症者数やニーズの把握と対応，サポート体制の整備等），②在宅医療の推進（市町村における医療との連携の工夫等），③高齢者に相応しい住まいの計画的な整備（高齢者住まい計画との調査規定等），④生活支援サービス（介護保険外サービス：見守り，配食，買い物など，多様な生活支援サービス確保等）について，地域の実情を踏まえて記載することが求められています。

文献

- 1) 政府・与党医療改革協議会：医療制度改革大綱（平成 17 年 12 月 1 日）
- 2) 厚生労働省老健局：高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」（平成 15 年 6 月 30 日）
- 3) Plochg T, Klazinga NS: Community-based integrated care: myth and must? *Int J Qual Health Care* 14: 91-101, 2002.
- 4) Groene O, Garcia-Barbero M: Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *Int J Integ Care* 1: 1-10, 2001.
- 5) Leutz WN: Five laws for integrating medical and social services: Lesson from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 77: 77-110, 1999.
- 6) 弓倉整：認知症医療におけるかかりつけ医療機関の役割と今後の方向性. *老年精神医学雑誌* 21: 1207-1212, 2010.
- 7) 栗田主一：オピニオン・認知症疾患医療センターをめぐって. 老人性認知症疾患センターの立場から. *精神医学*, 50:738-741, 2008.
- 8) 本田徹：認知症医療における一般病院の役割と今後の方向性. *老年精神医学雑誌* 21: 1213-1218, 2010.
- 9) 久保田洋介ほか：救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. *老年精神医学雑誌* 18: 1204-1209, 2007.
- 10) 中田一之ほか：認知症医療における救命救急センターの役割と今後の方向性. *老年精神医学雑誌* 21: 1219-1224, 2010.
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 20 年患者調査の概況（平成 21 年 12 月 3 日）
- 12) 精神病床の利用状況に関する調査. 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金「精神医療の質的実態把握と指摘化に関する総合研究」分担研究
- 13) 高橋紘士編：地域包括支援センター実務必携. オーム社, 平成 20 年.
- 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部：介護サービス施設・事業所調査結果の概要（平成 19 年, 平成 20 年, 平成 21 年）
- 15) 地域包括ケア研究会：平成 21 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書.

第13章 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント

1. はじめに

認知症の人が、住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを継続できるようにしていくためには、地域の中で、認知症に気づき、総合的なアセスメントを実施し、その情報を共有した上で、必要なサービスを統合的に調整していく必要があります。ここでは、地域の中で、認知症に気づき、総合的にアセスメントし、情報を共有するためのツールとして開発された「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント」(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC) (表 16) について解説します。

2. DASC とは

第1章で解説しましたように、認知症とは、何らかの「脳の病気」によって、「認知機能」が障害され、これによって「生活機能」が障害された状態を言います。そして、このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の3者の連結を中核にして、さまざまな「精神症状・行動障害」、さまざまな「身体合併症」、さまざまな「社会的困難」が加わって、認知症の全体像が形づくられます。第10章で解説しましたように、これらの全体を包括的に評価することを認知症の総合アセスメントと呼びます。

しかし、認知症に気づき、認知症であることを診断するためには、まずは「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが重要です。DASC は、認知症をもつ人によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」を、国際的によく使用されている認知症の重症度評価尺度 (Clinical Dementia Rating, CDR) の障害領域を参考にして、リストアップしたものです。DASC には以下のような特徴があります。

- ・ 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- ・ IADLの項目(6項目)が充実しているので軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい。
- ・ 4件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- ・ 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- ・ 簡便で、短時間で実施できる。
- ・ 評価方法も単純である。
- ・ 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- ・ 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

表 16. 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント

Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System - 18 items (DASC-18)

ご本人の氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日	(歳)	男・女	住まい:	自宅・施設					
回答者の氏名		本人との続柄		記入者氏名				所属・職種				自宅の場合		同居・独居	
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	近時記憶									
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶									
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	遠隔記憶									
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	時間									
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	場所									
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	道順									
7	電気やガスや水道が止まってしまつたときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決									
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	判断・問題解決									
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的判断力									
10	一人で買い物に行けますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	買い物									
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	交通機関									
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	金銭管理									
13	電話をかけることができますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	電話									
14	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	食事の準備									
15	自分で、薬を決まつた時間に決まつた分量のむことはできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	服薬管理									
16	入浴は一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	入浴									
17	着替えは一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	着替え									
18	トイレは一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	排泄									

作成者：栗田主一・東京都健康長寿医療センター・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）TEL: 03-3964-3241, FAX: 03-3579-4776

3. DASC の使用法

- ① DASC は原則として、認知症の総合アセスメントについての研修を受けた専門職が、認知症が疑われる本人の家族・知人・介護者などに対して質問をしながら、認知症が疑われる方の状態を評価するために使用します。すなわち、**informant rating** による聞き取り調査を行うことを原則とします。但し、認知症が疑われる方が独居であったり、その人の普段の様子をよく知っている家族や介護者がいない場合には、評価者（専門職）がご本人に質問しながら評価することもできます。その場合には「ご本人の氏名」と「回答者の氏名」が同一になり、「続柄」は本人になります。
- ② はじめに、アセスメント・シートの「ご本人の氏名」「生年月日」「性別」を記入し、「住まい」の欄には「自宅・施設」のいずれかに○をつけ、自宅の場合には「同居・独居」のいずれかに○をつけます。次に、「回答者の氏名」と「続柄」、評価者（専門職）の「氏名」「所属」「職種」を記入してください。
- ③ 18 項目の質問それぞれにつき、1 から 4 の 4 段階で評価します。回答者に質問しながら、該当する欄を○で囲んでください（20 項目版の場合には、20 項目すべてについて該当する欄を○で囲んでください）。
- ④ 4 段階の評価のうち、1 および 2 は正常範囲内、3 および 4 を障害域であることをおおよそ目安にしてください。
- ⑤ 基本的には、回答者の回答をそのまま採用しますが、評価者の観察と回答者の回答とが著しく乖離する場合には、評価者の専門職としての判断に従ってください。
- ⑥ 以下、判断に迷うことがある項目について、おおよその判断基準を示します。

【各項目について】（質問の番号は 18 項目版の番号、20 項目版の場合は+2 の番号になる）

- ① 質問 5：自宅では大丈夫でも、自宅以外で場所がわからなくなる場合は「障害あり」（3 または 4）とします。
- ② 質問 6：ひとりで外出することがない場合には、そもそも「道に迷う」こともありませんが、そのような場合には備考欄にその旨を記載したうえで「d. いつもそうだ」にチェックしてください。
- ③ 質問 7：何が適切であるのかは評価者の主観が入るので判断が難しいことがあります。特に、独居の高齢者本人が、「なんでも息子に相談するので、電気がとまってしまったときにも息子に言います」や「そういうことは全部管理人さんがしています」と答えた場合に、それが問題解決に結びついた行動であるかどうかは、さらに客観的な情報が必要になる可能性があります。
- ④ 質問 8：本人に対する質問で、「今日この後何をする予定か？」ということがわからなければ「障害あり」（3 または 4）と考えます。
- ⑤ 質問 9：服装が状況に合っているかどうかの判断は非常に主観的な事項であり、回答が得られない場合も少なくありません。たとえば本人への質問で、「セーターを着ていらっしゃいますが、それは今日が寒いからですか？」「ご自分で、寒いな、と思ってセーターを選ばれたのですか？」等、調査施行日の気候・気温にあった服装をしているかどうか、その服は調査対象者本人が選んだものなのかどうか、質問を追加して回答を得る方法が考えられます。明らかに「季節感がない」と判断された場合も「障害あり」（3 または 4）とします。
- ⑥ 質問 10：これは店まで行けるかどうかを問うているのではなく、必要なものを、必要な

だけ買うことができるかどうか、買い物という行為が果たすことが期待される目的を達することができるかどうかを聞くものです。同じものを何度も買う等、適切な買い物ができない場合は「障害あり」(3または4)とします。

- ⑦ 質問 13:これは電話をしようと思う相手に電話をかけることができるかどうかを問うもので、「娘のところは“短縮1”, 息子のところは“短縮2”を押すだけです」という回答であれば、必要な相手に必要なときに電話をかけることができると評価され、「障害なし」(1または2)に該当します。
- ⑧ 質問 14:これは、生命と健康の維持に必要な食料を調達し、摂取することができるかどうかを問うものであり、調理する、惣菜を買ってくるということには関わりません。
- ⑨ 質問 15:一般に、処方薬をまったく飲み忘れず服用していることはむしろ稀であり、多少の飲み忘れはあるのが通常です。特に、昼薬と就寝前薬の飲み忘れは多いようです。昼薬の飲み忘れが週の半分あったとしても朝・夕はほとんど飲み忘れがなく、「大事な薬」と本人が認識している薬(降圧薬、血糖降下薬、高脂血症治療薬、ワーファリンなどで、たいてい朝・夕に処方されている)が概ね服用できていて、血圧・血糖等のコントロールが良好であれば「障害なし」(1または2)に該当します。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、生命の維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れている、あるいは複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「障害あり」(3または4)に該当します。おくすり手帳等から、短期間に処方頻回に変更になっている履歴が確認できる場合には、コントロールが急速に悪化していることが推察されるため、服薬管理ができていない可能性を考えます。
- ⑩ 質問 17:用意された服を一人で着られるかどうかを評価するものであり、適切な服装を選ぶことができるかどうかを問う質問9とは区別されます。

4. DASC の評価方法

4-1. 合計点を使用する場合

18 項目版(DASC-18)では全項目の回答の該当欄の番号の合計を求めます。29 点以上で認知症の可能性があります。15 項目版(DASC-15)では質問 7, 8, 9 を除いて合計点を求めます。この場合は 24 点以上で認知症の可能性があります。

4-2. 認知機能障害と生活機能障害のプロファイルから重症度を評価する場合

- 1) 認知機能障害(記憶、見当識、判断・問題解決)の各項目のいずれかが障害領域(3~4点)であり、かつ、生活機能(家庭外の IADL, 家庭内の IADL, 身体的 ADL)のいずれかが障害領域(3~4点)の場合には、認知症の可能性があります。
- 2) 1)を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶、見当識のドメインで場所、問題解決・判断で社会的判断力のいずれかが障害領域(3~4点)か、身体的 ADL が障害領域(3~4点)であれば、中等度以上の認知症である可能性があります。
- 3) 1)を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶、見当識のドメインで場所、問題解決・判断で社会的判断力のいずれも障害領域ではなく(1~2点)、身体的 ADL も障害領域でなければ(1~2点)、軽度の認知症である可能性があります。

5. DASC の信頼性と妥当性について

5-1. 信頼性について

DASC-18, DASC-15のCronbach α は, それぞれ, 0.959, 0.948で内的信頼性が確認されています. DASC-18の因子分析 (主因子法, プロマックス回転) では, 固有値を1以上とすると2因子 (生活機能, 認知機能) が抽出されますが, 第1因子で分散の60%が説明されます.

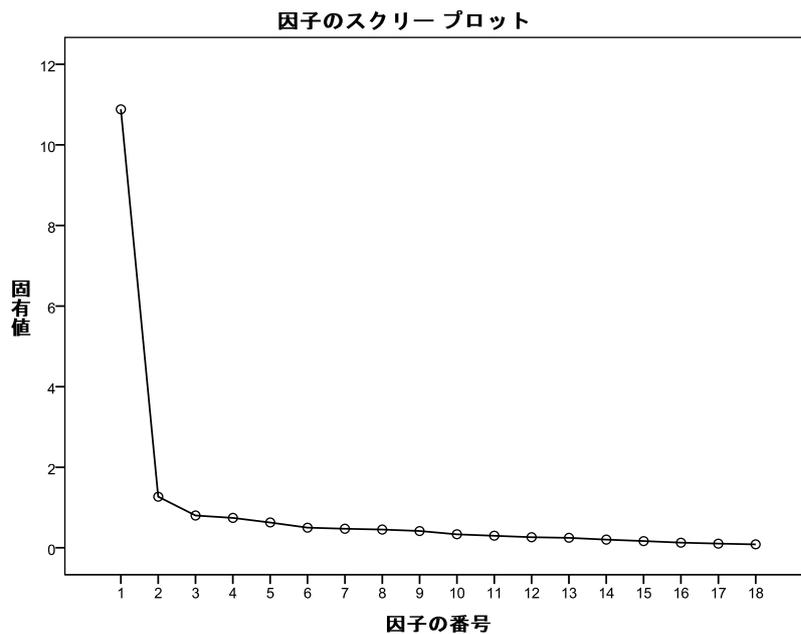


図 26. DASC-18 の因子のスクリープロット

5-2. 妥当性について

DASC-18, DASC-15は, CDR総合得点および年齢と有意な正の相関を示し, MMSE合計点と有意な負の相関を示します. また, 年齢, 教育年数を調整した偏相関分析においても, DASC-18, DASC-15は, CDR総合得点と有意な正の相関, MMSE合計点と有意な負の相関を示します (表16).

表 16. DASC の併存妥当性について

	DASC-18	DASC-15
CDR 総合点 相関係数	0.695**	0.725**
偏相関係数#	0.820**	0.832**
MMSE 合計点		

相関係数	-0.592**	-0.605**
偏相関係数#	-0.723**	-0.726**
年齢		
相関係数	0.465**	0.493**
偏相関係数#	-	-
教育年数		
相関係数	0.096	-0.099
偏相関係数#	-	-

数値は Spearman 相関係数. #年齢, 教育年数を調整した偏相関係数. **p<0.001

また, CDR による重症度別の群間比較で, DASC-18, DASC-15 の平均点は有意に異なり, 重症度が高まるほど, DASC の平均点は高くなりました.

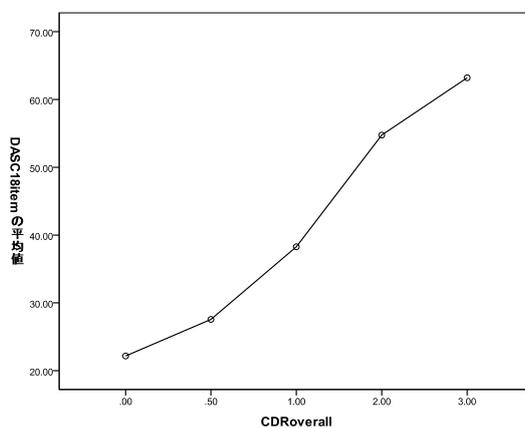
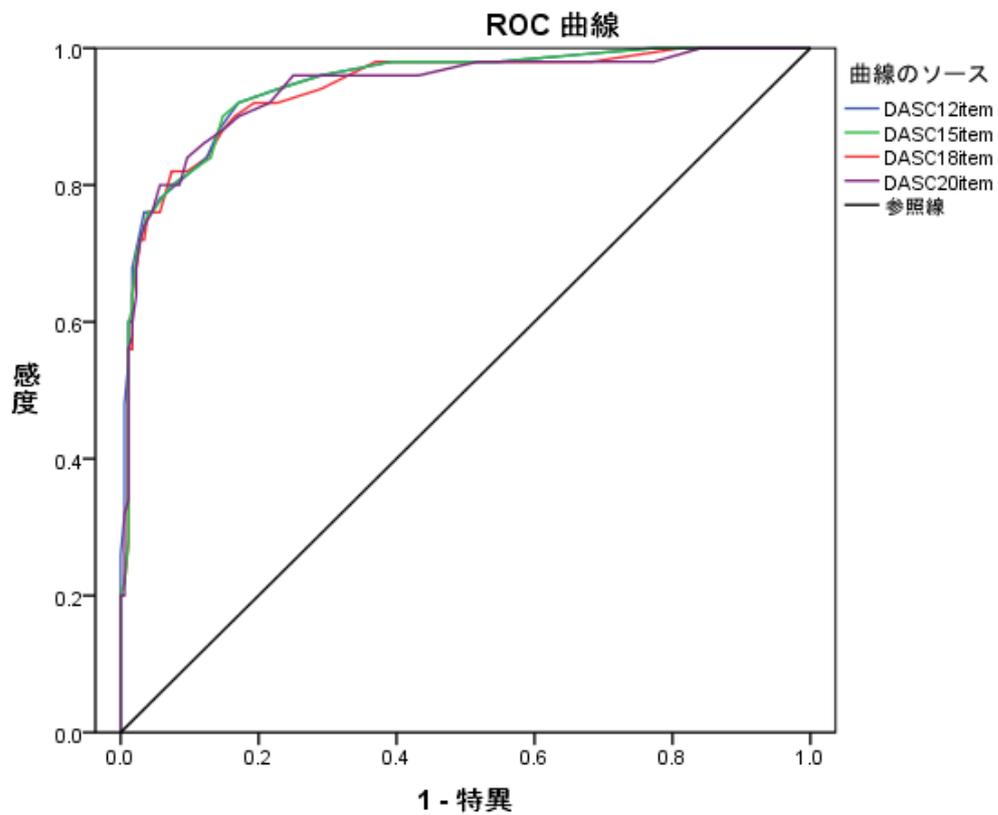


図 27. DASC-18 の平均点の CDR 群別比較

ROC 分析では, DASC-18, DASC-15 は, 軽度認知症群(CDR1)を非認知症群 (CDR 0 または 0.5) から有意に弁別しました. 最も弁別能が高くなる Cut-Off は DASC-18 では 28/29 で, 感度 0.880, 特異度 0.852, DASC-15 では 23/24, 感度 0.840, 特異度 0.869 でした.



対角セグメントは同一値により生成されます。

図 28. DASC の ROC 曲線

6. DASC の使用例

6-1. 軽度認知症のアセスメント

DASC は IADL の障害が認められるものの、BADL は保持されているような軽度認知症のスクリーニングとアセスメントに特に有用です。例えば、DASC で下図のような結果が出た場合には、近時記憶障害、時間失見当識、問題解決の障害、交通機関の利用の障害、金銭管理の障害、服薬管理の障害が見られるような軽度認知症であることが推測されます。もし、この方が一人暮らしであって、高血圧症の通院治療を受けている方であるとすれば、通院や服薬の支援が必要であり、成年後見制度などの権利擁護の支援が必要で有る可能性があります。

地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント

Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System - 18 items (DASC-18)

ご本人の氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)			男・女	独居・同居
回答者の氏名	本人との続柄	記入者氏名		所属(職種)			
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	判断・問題解決	道順
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		問題解決
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的判断力	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的判断力
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	買い物
10	一人で買い物に行けますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	金銭管理
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		電話
13	電話をかけることができますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL	食事の準備
14	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL	入浴
16	入浴は一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え
17	着替えは一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄
18	トイレは一人でできますか。	1. 問題ない	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		

作成者：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センター（認知症・うつ予防と介入の促進） TEL: 03-3964-3241, FAX: 03-3579-4776

図 29. DASC によるアセスメントの例

6-2. 地域包括支援センターの総合相談の中でのアセスメント

このようなアセスメントは地域包括支援センターの総合相談や訪問相談の中で実施することができます。また、認知症が疑われた方の受療支援をする際には、情報を医療機関との間で共有するためのツールとして使用することもできます。

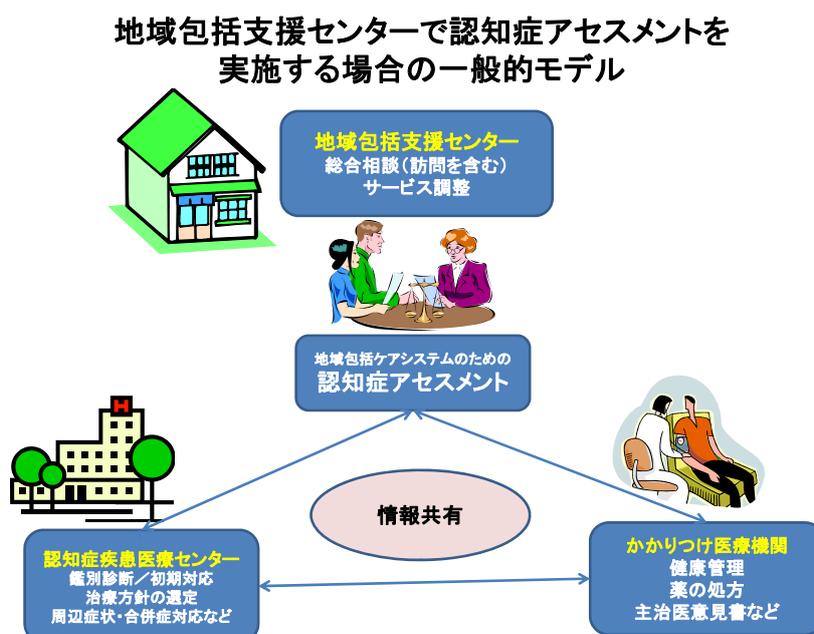


図 30. DASC の実施モデル

6-3. 総合アセスメント・シートの作成

たとえば、DASC の裏面に、精神症状・行動障害、身体合併症、社会的状況などを評価するためのシートを加えることによって、認知症の総合的アセスメントを行うためのシートを作成することができます（例：宮城県仙台市版）（図 31）。また、こころの健康相談票の裏面に DASC をつけることによって、こころの健康相談の中で認知症アセスメントを実施することができるようになります（図 32）。

第 14 章 おわりに

これからの認知症対策は，地域包括ケアシステムの構築と不可分の関係にあります．地域包括ケアシステムの構築という文脈の中で認知症対策をどのようにして進めていくか，認知症になっても安心して暮らせる地域社会をどのようにして創出していくか．人々の叡智を結集していかなければなりません．