

はじめに

県は、平成 15 年度から平成 19 年度までの五カ年を計画期間とする「第三次福島県高齢者保健福祉計画・福島県介護保険事業支援計画」を作成したところでありますが、この計画に基づき、今後計画の軸足としたのが、健康づくりであり、これまで介護予防や生活支援の推進を図ってまいりました。

本県の 65 歳以上の高齢化率は、全国と比べると 5 年程度先行し、また 75 歳以上の後期高齢化率も、全国との格差が年々広がっています。

痴呆性高齢者は年齢とともにその出現率は高くなっていくことから、本県は全国的にも高齢化率が高いために痴呆性高齢者の数も、今後増加が予測されます。

厚生労働省の報告によると、全国の 65 歳以上の痴呆性高齢者数は、平成 17 年に 189 万人、平成 22 年には 226 万人になると推計されており、この数字を本県に当てはめてみると、本県の痴呆性高齢者は約 3 万人と推計されます。

このような状況を踏まえ、本県では、「福島県高齢者保健福祉計画」において、増大する痴呆性高齢者対策として、痴呆性高齢者に対する正しい知識の普及・啓発、早期発見・予防から、利用者の状況に応じた適切なサービスの提供にいたる一貫した施策を展開することとし、平成 13 年度から「痴呆予防対策事業」に取り組んでいます。

本県の痴呆予防対策の大きな柱立てとしては、1 痴呆に関する正しい知識の普及・啓発、2 痴呆予備群、軽度痴呆の早期発見と早期対応体制の整備、3 地域のネットワークづくりの 3 点を掲げています。

これらの柱立てに基づいて、平成 13 年度から一般県民に向けての「痴呆予防シンポジウム」、地域関係職員に向けての「研修会」の開催、さらには、「痴ほうの予防に向けて」のパンフレット作成・配布、県内各方部での「痴呆予防街頭キャンペーン」などを行ってきました。さらに、平成 15 年度は、「痴呆予防実践マニュアル」の作成に向けて、「検討会」を発足させ、専門的な研究機関である東京都老人総合研究所や、先進地の滋賀県等から委員を迎え、マニュアルをまとめました。

このマニュアルは、各市町村、在宅介護支援センター、老人性痴呆疾患センター、介護保険施設等痴呆予防に携わる各機関の皆様が、痴呆予防対策に取り組んでいただく際のガイドラインとして、基本的な痴呆予防の考え方や具体的な実践事例をまとめたものですが、さらに、各機関の取り組みを通して、痴呆の「予防、早期発見、早期対応」体制が、地域の中に整備されていくことを願っています。

最後に、このマニュアルの作成に当たり、ご指導、ご執筆いただきました各作成委員の皆様、さらには御協力をいただいた各市町村や関係機関の方々に厚く御礼申し上げます。

平成 16 年 3 月

福島県保健福祉部長 穴 沢 正 行

総目次

Total Contents

TOTAL CONTENTS

序章

Preface chapter

マニュアルの活用の仕方

第1章

Chapter-1

痴呆対策の沿革と福島県痴呆予防対策事業の概要 1

第2章

Chapter-2

総論 9

第1節 痴呆の最新情報と対策（痴呆の基礎知識） 10

1 日本の高齢者と痴呆老人 10

2 痴呆とは 10

(1) 痴呆の概念 10

3 痴呆の経過 13

(1) 痴呆の起源 14

(2) 痴呆発症まで 14

(3) 痴呆発症 15

(4) 痴呆の検査 15

4 痴呆の分類 16

(1) 神経変性 17

(2) 脳血管障害 17

(3) 感染症 17

(4) その他 17

5 痴呆の薬物療法 18

6 まとめ 18

第2節 痴呆予防の考え方と意義 19

1 予防の考え方 19

(1) 疾病の自然史 19

(2) 一次予防、二次予防、三次予防 20

2 痴呆予防の考え方 25

(1) 介護保険・介護予防と痴呆予防 25

	(2) 脳卒中予防と痴呆予防の模式図	25
	地域における痴呆予防対策のモデル体系図	27
第3節	痴呆の一次予防対策の進め方	28
	1 普及・啓発活動の視点から	28
	(1) 啓発の必要性	28
	(2) 啓発の計画づくり	28
	(3) 痴呆の危険因子の理解	29
	(4) 地域の問題点の把握	30
	(5) 啓発のターゲット(対象)とメッセージ(内容)を決めて実行する	30
	(6) 啓発の評価	32
	(7) 普及・啓発活動のまとめ	32
	2 生涯を通じた生きがい対策の視点から	32
	(1) 痴呆予防の考え方	32
	(2) 痴呆予防に効果的な生きがい活動	33
	(3) 痴呆予防に有効な生きがい対策の進め方	35
	(4) 地域における一次予防対策としての生きがい活動	37
	(5) 生涯を通じた生きがい活動のまとめ	38
第4節	痴呆の二次予防対策の進め方	39
	—早期発見、早期対応の視点から—	
	1 早期発見のための方法	39
	(1) 早期発見の意義	39
	(2) 早期発見のキーパーソン	40
	(3) 痴呆予備群のサイン	40
	(4) 軽度痴呆のサイン	42
	(5) 痴呆予備群、軽度痴呆の早期発見の考え方と進め方	42
	2 地域における早期対応策の考え方と進め方	58
	(1) 軽度認知障害や軽度痴呆の二次予防対策のあり方	58
	(2) 二次予防対策として必要な支援	58
	(3) 地域における早期対応策	59
	(4) 集団的活動としての痴呆予防プログラム、軽度痴呆デイケアの進め方	60
	(5) 早期発見・早期対応策のまとめ	64
	3 施設における早期発見の方法と対応策の考え方	64
	(1) 痴呆の早期診断、治療に関わる医療機関	66
	(2) 痴呆の初期症状への予防的対応	66
	(3) リハビリテーション	68
第5節	痴呆の三次予防対策の進め方	69
	—痴呆の進行をできるだけ遅らせる視点から—	
	1 痴呆になっても安心して暮らせる町づくり	69
	(1) 町づくりの基本的視点	69
	(2) 制度・施策面からみた体制整備	69
	(3) インフォーマルな支援体制	70
	(4) 「安心して暮らせる町づくり」の条件	71

2	地域におけるリハビリテーションの考え方	73
3	施設におけるリハビリテーションの考え方	76
	(1) 軽度痴呆リハビリテーション	76
第6節	関係機関の役割とネットワークの考え方と進め方	79
1	連携が期待される背景と考え方	79
	(1) 地域における痴呆予防対策の現状と課題	79
	(2) 住民、行政、関係機関等の連携が期待される背景と考え方	79
	痴呆予防活動におけるモデル連携図	81
2	関係機関の役割とネットワークの進め方	79
	(1) ネットワークの進め方	79
	(2) 関係機関の役割	82
	関係機関の役割一覧	83

第3章

Chapter-3

実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方 85

	地域における痴呆予防対策のフローチャート（モデル例）	86
1	地域診断と目標設定を行う	
2	痴呆予防対策を政策として位置づける	
3	痴呆予防対策の施策体系図の作成と周知	
4	年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画等の作成	
5	一次予防対策の実施	
6	二次予防対策の実施	
7	三次予防対策の実施	
8	実施後のモニタリング・評価と改善案の整理、新たな計画の組み立て	
9	事業実施に必要なリスクマネジメントの考え方	
10	市町村における痴呆予防対策への具体的な取り組み	

第4章

Chapter-4

痴呆予防に関わる関係機関の事例等 119

	市町村の取り組み事例	
1	飯野町保健福祉課	120
2	郡山市保健所地域保健課	125
3	会津高田町健康福祉課	127
4	滋賀県水口町	136

在宅介護支援センターの取り組み事例

- 1 芦ノ牧在宅介護支援センター 160
- 2 星ヶ丘在宅介護支援センター 163

痴呆性高齢者の家族を支える組織の取り組み事例

- ・社団法人呆け老人をかかえる家族の会福島県支部 166

医療分野における取り組み事例

- 1 福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科「もの忘れ外来」 167
- 2 太田総合病院附属太田西ノ内病院 老人性痴呆疾患センター 169

介護保険施設等における取り組み事例

- 1 介護老人保健施設「啓寿園」 171
- 2 財団法人星総合病院附属介護老人保健施設「オリオン」 173
- 3 グループホーム「ゆいの家」 175

資料編

Materials edition

- ・早期発見のスクリーニングシート 178
- ・地区診断のための市町村実態調査項目について 182
- ・県で作成した普及・啓発用パンフレット 186
「痴ほうの予防に向けて」縮小版

用語の解説 189

事項索引－和文－ 192

引用・参考文献 194

執筆分担者一覧 197

福島県痴呆予防実践マニュアル作成検討会委員名簿 199

序 章

Preface chapter

序章 マニュアルの活用の仕方

1 マニュアル作成の主旨

痴呆予防の取り組みは、全国的にも先駆的であり、まだ一般化した手法や明確なモデルが多数示されている段階ではない。しかし、2003年6月にまとめられた高齢者介護研究会の報告書において、痴呆の早期発見の重要性、地域住民全体やかかりつけ医等専門職の痴呆に関する正しい知識と理解の必要性等が示され、今後は痴呆予防に積極的に取り組み始める都道府県、市町村等が多くなると予想される。

本県においても、平成13年度の実態調査結果では、重要な役割を担う市町村、在宅介護支援センター等において、体系的な事業計画に基づく効果的な取り組みを行っているところは少ない状況であった。

このような現状を踏まえ、痴呆性高齢者等の「予防・早期発見・早期対応」体制の整備を図っていくことを目的に、本マニュアルを作成し、それを参考に、市町村、施設等において痴呆予防対策を積極的に進めていただくことを目的としたものである。

なお、本マニュアルは痴呆予防活動の視点として、一次予防活動（痴呆予防に関する正しい知識の普及・啓発活動）、二次予防活動（早期発見と早期対応活動）を中心にまとめている。

また、痴呆予防対策に取り組まれる各関係機関の方々を対象に、平成16年度に本マニュアルの説明会を開催予定である。

2 マニュアル全体の構成について

マニュアルは、序章、第1章、第2章、第3章、第4章、資料編から構成されており、主な内容としては次のとおりである。

序章	マニュアルの活用の仕方
第1章	痴呆予防対策の沿革と福島県痴呆予防対策事業の概要
第2章	総論：痴呆の最新情報や痴呆予防の考え方と進め方
第3章	各論：実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方
第4章	痴呆予防に関わる関係機関の事例等
資料編	・ 早期発見のスクリーニングシート ・ 地区診断のための市町村実態調査項目について ・ 県で作成した普及・啓発用パンフレット 「痴ほうの予防に向けて」縮小版

なお、本マニュアルは、「痴呆予防対策のモデル体系図」、「地域における痴呆予防対策（実際の具体的な業務の進め方）のフローチャート」、「痴呆予防活動におけるモデル連携図」などの各モデル例を最初に示し、その後例に沿った内容を記載するという構成になっている。

各地域で取り組まれる際には、モデル例を参考に、地域の現状に合わせて追加・修正し、目指す方向性や目的、対策の検討を十分行ったうえで取り組んでいただきたい。

「地域における痴呆予防対策のモデル体系図」(第2章 P27)

- 第2章 第3節 一次予防対策の進め方
- 第4節 二次予防対策の進め方
- 第5節 三次予防対策の進め方

まずは、痴呆の一次、二次、三次予防対策の全体のフロー図を確認する。

「地域における痴呆予防対策のフローチャート(モデル例)」(第3章 P86～88)

- 第3章 1 地区診断と目標設定を行う
- ～
- 10 市町村における痴呆予防対策への具体的な取り組み

次に、実際の具体的な業務の進め方を確認する。

「痴呆予防活動におけるモデル連携図」(第2章 P81)、「関係機関の役割一覧」(第2章 P 83～84)

- 第2章 第6節 関係機関の役割とネットワークの考え方と進め方

さらに、地域における各関係機関との連携やネットワークのあり方を確認する。

3 マニュアルの読み方・活用について

各章のまとめやポイントを知りたいとき

➡ 各章や各節の要点のみ把握したいという方は、各節の最初に、〇〇について述べると言った表現で、記載内容についてまとめている。さらに、各節の最後には、「まとめ」をできるだけ盛り込んだので、それをご覧になると、短時間で、内容を理解する近道となる。

実践プロセスをまずは知りたいとき

➡ すぐに実践プロセスを知りたいという方は、「第3章 実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方」から読まれたい。また、事例をまずは知りたいという方は、第4章から読まれたい。

知りたい項目・内容と記載箇所について

- ・痴呆予防対策の沿革や県の取り組みを知りたいとき ➡ 第1章
- ・痴呆予防に関する基礎知識、痴呆予防の考え方、進め方などの理論を知りたいとき ➡ 第2章
- ・実践プロセスを知りたいというとき ➡ 第3章
- ・各関係機関の事例を知りたいというとき ➡ 第4章

- ・各章の文言の意味を知りたいとき



資料編
(用語の解説)

- ・痴呆予防普及啓発用のパンフレットを見たいとき





資料編
(県で作成した普及・啓発用パンフレット)

- ・ある文言について記載ページを見たいとき



資料編
(事項索引)

第3章 実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方について

- ・  第○章 ○ページ 表○「○○○」と記載しているものは、第4章「痴呆予防に関わる関係機関の事例等」から抜粋している事例が多いため、再掲を避け、 で、その事例記載ページを示している。

各章の記載内容への問い合わせ先

資料編 197 ページに執筆分担者一覧があるので、不明な点は、事務局か執筆分担者へ問い合わせされたい。

4 の活用

マニュアル中の文言について、追加説明が必要と思われる文言については、「メモ」として挿入し、補足説明をしている。

メモ一覧

DSM-III-Rによる痴呆の診断基準	P12
ICD-10における痴呆の診断について	P13
フォーマルな支援体制	P70
徘徊支援ネットワークシステムとは	P72

第1章

Chapter-1

痴呆対策の沿革と福島県
痴呆予防対策事業の概要

第1章 痴呆対策の沿革と 福島県痴呆予防対策事業の概要

本章では、痴呆予防対策にこれから取り組まれる皆さんが、痴呆予防に関する国の関連情報、県の施策、痴呆性高齢者を取り巻く現状について基本的な情報を知っていただくために高齢者等の現状、高齢者介護研究会報告書、福島県の痴呆性高齢者施策の体系等についてまとめた。

福島県の65歳以上の高齢者人口は平成15年10月1日現在で460,596人であり、高齢者率は21.8%となっている。特に75歳以上の後期高齢者数は、212,491人であり、総人口の10.1%を占める。

第2章 総論 第1節でも述べるが、高齢者人口の増加とともに、痴呆性高齢者数も増加していく。また、図1に示すように、年齢とともに痴呆性高齢者の出現率は高くなっていき、75歳を過ぎると急激に増加し、85歳以上になると約4人に1人という割合になっていく。このようなことから、痴呆予防ということを考えたときに、75歳前の予防対策が特に重要であると言える。

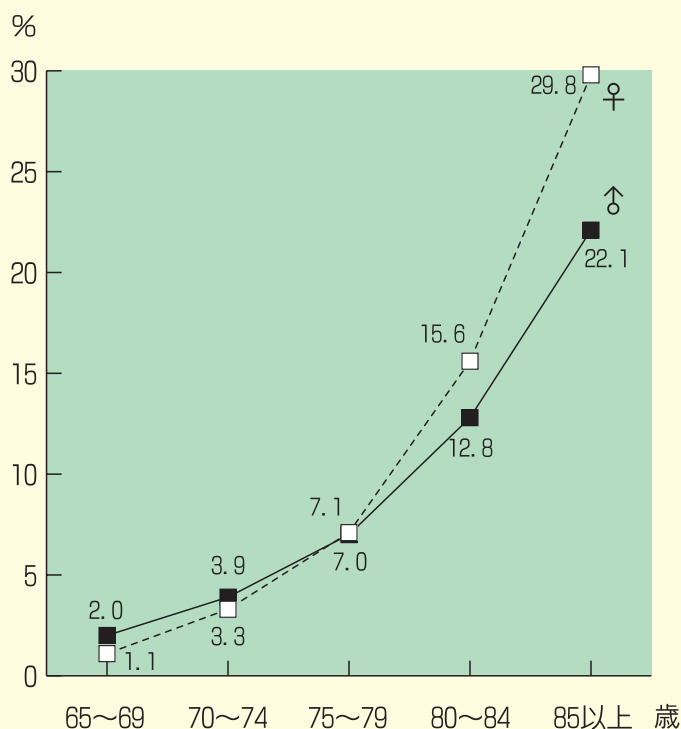


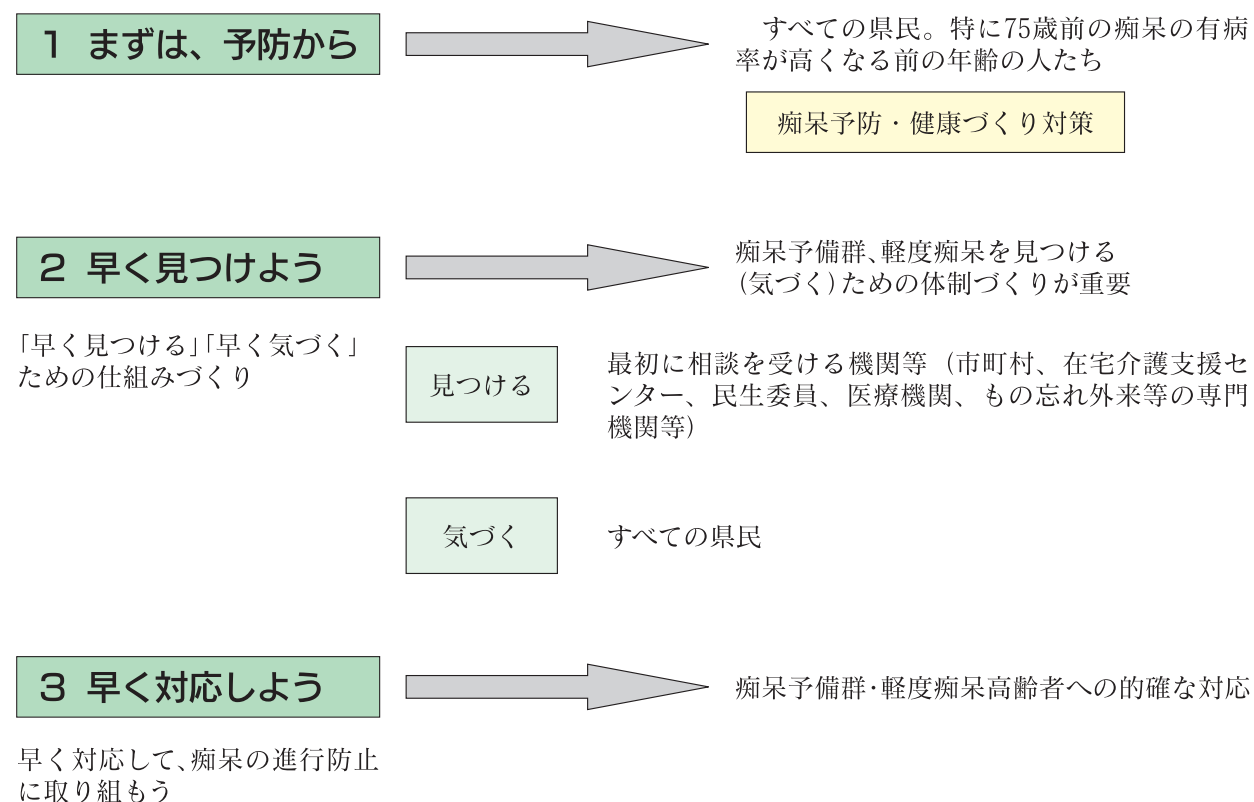
図1 痴呆性高齢者の年齢別・男女別出現頻度（1985年）
出典「新老人のぼけの臨床」（医学書院 柄澤昭秀氏 著）

このような状況を踏まえ、本県では、「福島県高齢者保健福祉計画」において、増大する痴呆性高齢者対策として、痴呆性高齢者に対する正しい知識の普及・啓発、早期発見・予防から利用者の状況に応じた適切なサービスの提供にいたる一貫した施策を展開することとし、平成13年度から「痴呆予防対策事業」に取り組んでいる。

なお、事業の取り組み内容は、(4) 福島県痴呆予防対策事業実施状況のとおりである。

痴呆性高齢者予防対策の課題としては、1) 痴呆に対する偏見の存在、2) 痴呆に関する正しい知識の不足、3) 痴呆判定の困難さー痴呆予備群、軽度痴呆の早期発見の難しさ、4) 対応、処遇の難しさなどが挙げられる。これらの課題を踏まえて、「地域における痴呆の予防、早期発見、早期対応体制」の対策のポイントとしては、次の3点を掲げた。

対策のポイント 「予防・早期発見・早期対応」体制の整備



痴呆性高齢者に対する国の対策としては、平成12年度(2000年)から16年度までの5か年を期間とする、「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～」(平成12年には世界最高水準の高齢化率となる中で、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るための新たなプラン)を策定した。そのプランの中で、「今後取り組むべき具体的施策」の(2)痴呆性高齢者支援対策の推進～高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり～として、「痴呆に関する医学的研究の推進」、「グループホームの整備等介護サービスの充実」、「痴呆介護の質的向上」、「早期相談・診断体制の充実」、「権利擁護体制の充実」などの施策の方向が掲げられた。これに基づき、福島県痴呆予防対策事業は、「第三次福島県高齢者保健福祉計画・第二次福島県介護保険事業支援計画」に位置づけ、実施している。

また、平成15年6月には、厚生労働省の「高齢者介護研究会」から「2015年の高齢者介護」と題する報告書がまとめられた。報告書では、「1 介護予防・リハビリテーションの充実、2 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系、3 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア、4 サービスの質の確保と向上」など4本の柱立てで提言がなされている。特に、痴呆

性高齢者ケアについては、「これからの高齢者介護を考えていく上で、痴呆性高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれていると言わざるを得ない。」とまで述べられている。さらに、大きく3点について重要性等が指摘されている。1つは、早期発見の重要性、2つには地域住民全体の痴呆に関する正しい知識と理解の必要性、3つには関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みづくりの整備の必要性である。

この指摘は、本県の痴呆予防対策の意図するところであり、今後も継続して、「予防・早期発見・早期対応」体制の構築、整備を図っていくことが重要であるとする。

【参考資料】

(1) 痴呆性高齢者等の現状

ア 高齢者数等の状況

		総人口 実数	高齢者（65歳以上）		後期高齢者（75歳以上）	
			実数	構成比	実数	構成比
福島県	H15.10.1現在	2,112,489人	460,596人	21.8%	212,491人	10.1%
全国	H15.10.1現在	127,690千人	24,310千人	19.0%	10,550千人	8.3%

※ 福島県はH15.10.1現在は、現住人口調査結果による。全国はH15.10.1現在は、人口推計月報（概算値）による。

イ 痴呆性高齢者の状況

痴呆性高齢者数の増加（福島県内の推計数）

年	全国推計数（万人）	福島県推計数（人）	老人（65歳以上）に 占める割合（%）
2000	156	30,658	7.1
2005	189	35,702	7.6

全国の推計等：「老年期痴呆診療マニュアル第2版」日本医師会発行1999より引用

ウ 1号被保険者（65歳以上）における要介護（支援）認定者数等の状況について 福島県

	合計(A)	※人口比	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H15.10月	60,925	13.2%	7,350	18,812	10,424	8,204	7,839	8,296
うち75歳以上	50,547	23.8%	6,138	15,588	8,530	6,816	6,587	6,888
割合	83.0%		83.5%	82.9%	81.8%	83.1%	84.0%	83.0%

※ 人口比は、各年10.1現在の65歳以上及び75歳以上を使用し算出。

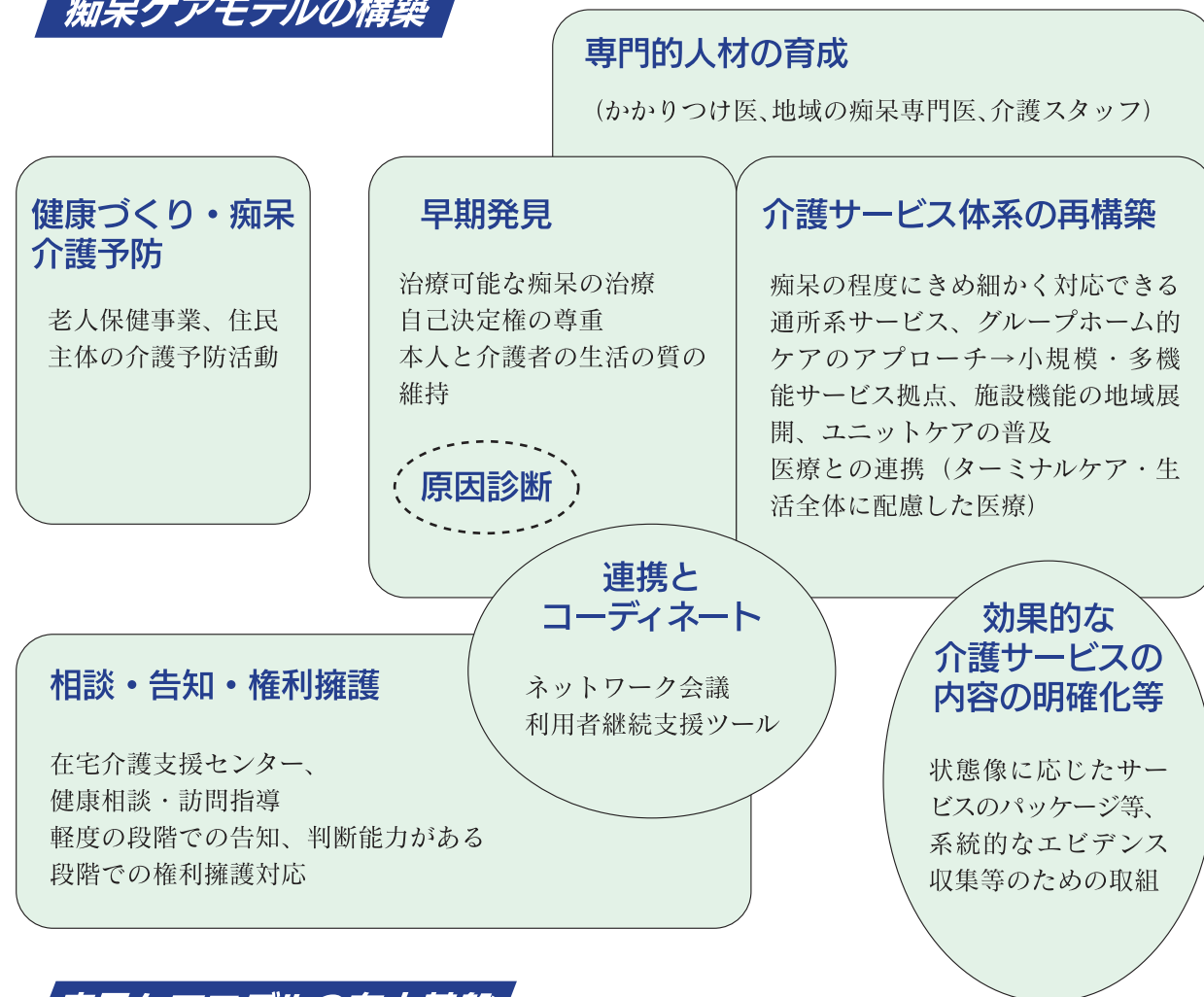
(2) 2015年の高齢者介護（高齢者介護研究会報告書より抜粋）

新たなケアモデルの確立 ―痴呆性高齢者のケア―

痴呆性高齢者に関する現状

- 「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、所在に関わらず、要介護（要支援）認定者の相当割合を占める。
- 介護・支援を要する痴呆性高齢者の今後の大幅な増加を見越した場合、介護保険サービスを含む地域の高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが、21世紀初頭の大きな課題。

痴呆ケアモデルの構築



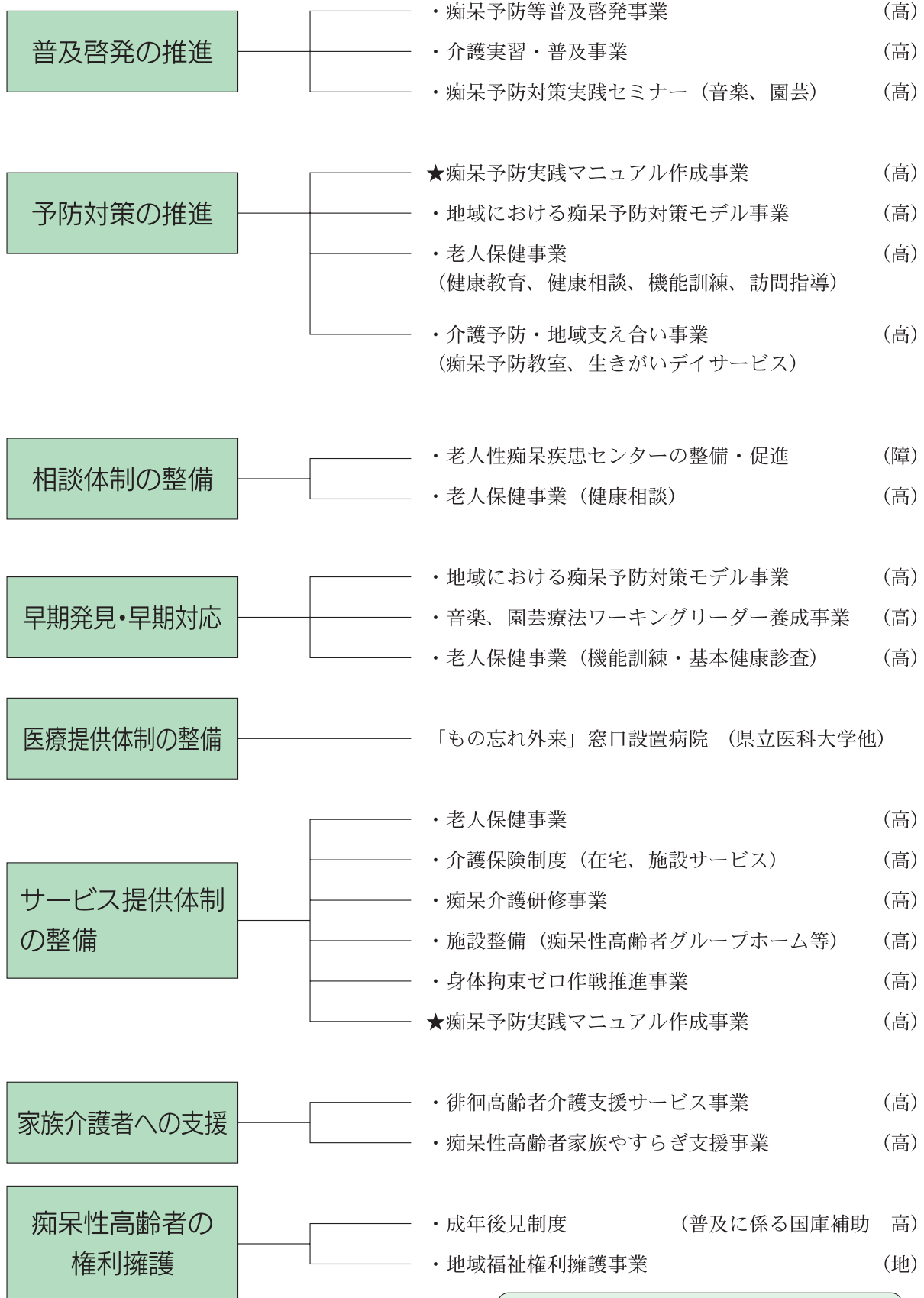
痴呆ケアモデルの存立基盤

家族・地域住民の痴呆についての正しい知識と理解、痴呆性高齢者との適切な関わり

→「時として痴呆性高齢者を追いつめてしまう存在」から「痴呆性高齢者を地域で支援する担い手」へ転換



(3) 福島県の痴呆性高齢者施策の体系 (平成15年度)



() は事業所管課名の略 ★ 新規事業
 (高) : 高齢保健福祉グループ (地) : 地域福祉グループ
 (障) : 障害者支援グループ

(4) 福島県痴呆予防対策事業実施状況（平成13年度～平成15年度）

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
痴呆に関する普及・啓発活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○痴呆の症状や環境に応じた適切な対処方法等のための小冊子作成・配布 ○高齢者の痴呆予防に関する取り組み状況の調査 ○痴呆予防シンポジウムと報告書の作成・配布 	<ul style="list-style-type: none"> ○痴呆予防等普及啓発事業 痴呆性高齢者予防キャンペーンの実施 ○県民普及用リーフレット等の作成・配布 ○痴呆予防対策実践セミナー (音楽・園芸療法中心) 	<ul style="list-style-type: none"> → →
早期発見・早期予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○痴呆予防従事者等養成研修事業 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域における痴呆予防対策モデル事業 ○痴呆予防実践マニュアル作成ワーキンググループの設置・開催 ○音楽、園芸療法ワーキングリーダー養成事業 	<ul style="list-style-type: none"> → ○痴呆予防実践マニュアル策定委員会の設置・開催 → →
保健福祉サービスの充実		<ul style="list-style-type: none"> ○痴呆予防実践マニュアル作成ワーキンググループの設置・開催 	<ul style="list-style-type: none"> ○痴呆予防実践マニュアルの作成・配布

第2章

Chapter-2

総論

第1節 痴呆の最新情報と対策
(痴呆の基礎知識)

第2節 痴呆予防の考え方と意義

第3節 痴呆の一次予防対策の進め方

第4節 痴呆の二次予防対策の進め方
—早期発見、早期対応の視点
から—

第5節 痴呆の三次予防対策の進め方
—痴呆の進行をできるだけ遅
らせる視点から—

第6節 関係機関の役割とネットワー
クの考え方と進め方

第2章 総論

第1節 痴呆の最新情報と対策（痴呆の基礎知識）

1 日本の高齢者と痴呆老人

日本は世界に類のない早さで高齢化を迎えており、反面少子化傾向にも拍車がかかっている。65歳以上と14歳以下の人口比率で比較してみると1950年には7倍ほどの開きで14歳以下の子供の人口が多かったが、2000年には逆転してしまった。（図1）

高齢者人口の増加とともに、高齢者に多くなる痴呆患者数も増加しており、1994年の厚生省による「痴呆性老人対策に関する検討会報告」によると、今後10年間に痴呆性高齢者の人口が100万人以上増加すると予想されている。さらに、65歳以上の痴呆出現率でも現在の7%台から9%近くに跳ね上がると考えられている。

このようなことから、痴呆性老人の対策は急務となっており、主な対象である進行性の痴呆から、より効果的とも思われる早期痴呆への関心が高まっていくと思われる。

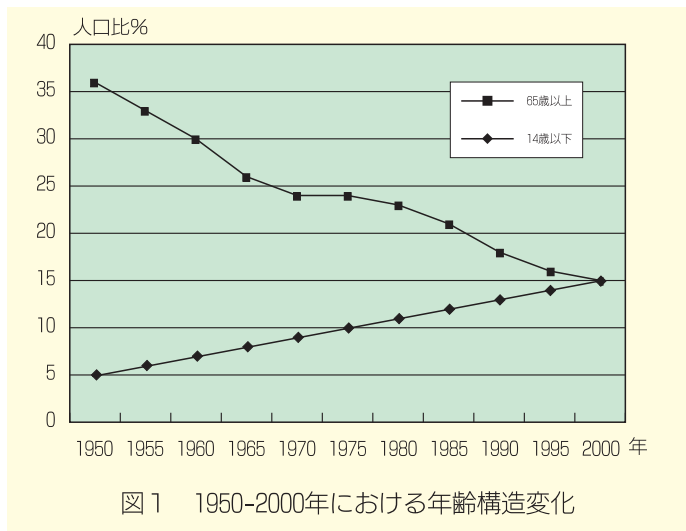


図1 1950-2000年における年齢構造変化

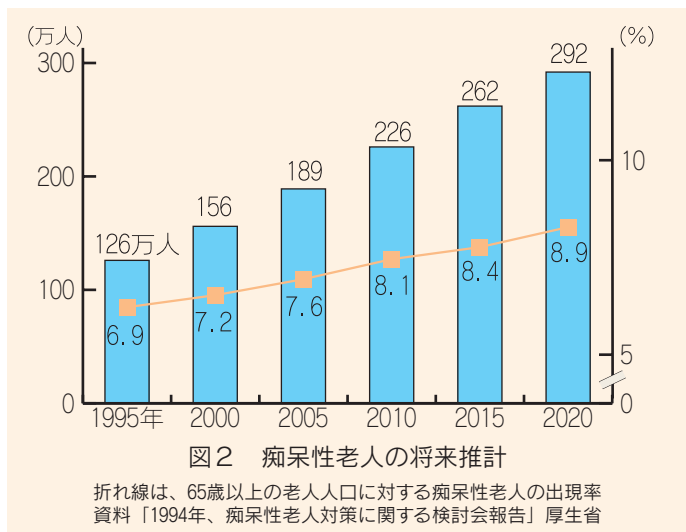


図2 痴呆性老人の将来推計

2 痴呆とは

(1) 痴呆の概念

痴呆とは、健康であった精神の機能が何らかの原因が加わり低下したものである。以前は広く解釈されて精神病のような状態も含まれたが、のちに知的機能の障害を表すようになった。知的機能とは、記憶や理解、判断などの能力をさし、痴呆ではこれらの機能が障害されて日常生活に支障をきたしている。しかしながら、痴呆には経過や症状などに個人差があり、いまだ定まった基準はない。代わっていくつかの診断条件があげられており、ほぼこれらの条件にそった定義（表1）が用いられている。

痴呆の定義を表1に沿って説明する。成人の知能というのは正常な発達を遂げたごく普通のある程度自力で生活できるレベル以上であることを意味する。これに、新たな脳損傷が起これば脳の機能は低下してしまう。損傷が広範に及んだ場合は、知的機能にも影響し、記憶力、理解力、判断力、

言語能力、人格などに障害がみられることになる。その結果、それまでできていた通常の生活ができなくなれば痴呆に該当する。

診断基準では後述する DSM-III-R を改変した厚生省研究班によるもの（表2）が一般的である。ここでは5つの満たされるべき条件が提示されている。第1にはもの忘れに代表される著しい記憶障害で、第2が記憶障害以外の高次脳機能の障害、第3がこれらの障

害による職業・日常生活・対人関係への支障が生じることとなっている。そして除外要件として、第4に意識障害がないことと第5に脳の器質性の変化があることを証明することとなっている。

また、その他に精神症状が加わればさらに悪化することになる。意欲や活動性が低下するうつ病や意識障害の一種であるせん妄などは単独でも痴呆と全く区別できないことがあるので除外する必要がある。さらに、痴呆と合併してみられることも多いので、治療を行う上での鑑別が必要になる。これらの精神症状は比較的短期間に軽快することが多く、長期に継続する痴呆とはその経過が全く異なる。そのほかにも幻覚や妄想、易怒、興奮などの精神状態によって対応はいつそう困難になるので、精神症状への対策が重要となる。薬剤でも、睡眠導入剤などの精神安定剤やかゆみ止めである抗ヒスタミン剤、ステロイド剤などでも回復するものの一過性の脳機能の低下をきたすことがあり、このような場合はしばしば痴呆症状を起こすので注意が肝要である。

痴呆は脳が変化した結果現れるので悪化し続けて治らないといわれてきた。しかし、このような複数の要因が加わっているのが一般的であり、その中には改善できるものもあるため、その治療を行うことで全体としての痴呆症状を改善することもできるのである。そのうえ、最近では、痴呆そのものを部分的ながらも改善させる治療法が見つかってきており、痴呆は永続的ではないといわれるようになった。

表1 痴呆の定義

- ① 成人の知能に達している
- ② 広範な脳の損傷をきたした
- ③ 知的機能が持続的に低下している
- ④ それまでできた通常の生活が困難になる
- ⑤ 他の精神症状によるものではない

表2 痴呆の診断基準（厚生省研究班 1989 一部略）

1. 記憶障害 を認める	→ 著しいもの忘れ
2. 次のうち少なくとも一つある 抽象思考の障害 判断の障害 その他の 高次皮質機能障害 性格の変化	→ 考えが単純になった → 判断を間違えやすい → ことばがうまく使えない → 人柄が変わった
3. 1, 2の障害により 職業・日常生活・ 対人関係に支障 をきたしている	→ 一人では生活できない
4. 意識障害がない	→ 頭ははっきりしている
5. 器質性因子の存在 が証明される	→ 脳の病変がある

《参考：診断基準》

現在、痴呆の概念を統一し、医療上の共通のものさしとするための国際的な診断基準が作られている。その代表的なものは、DSM-III-R と ICD-10 であり、ほぼ世界共通に用いられている。

① DSM-III-R (DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 精神疾患の分類と診断の手引き)

米国精神医学会 (APA:American Psychiatric Association) が中心となり、精神疾患診断の基準作りをして DSM-III-R は 3 回目の改訂をさらに改良したもの (DSM-IV は 4 回目だが痴呆の診断基準は外された)。多軸方式が導入され、現在は 5 つの軸に分けて、各々の軸に沿った要因を検討して診断を行い病状全体が把握できるようになっている。

メモ DSM-III-R による痴呆の診断基準

A. 短期記憶および長期記憶の障害が証明される。

短期記憶障害 (新しい出来事を覚えることができない) はたとえば、3 つの物品を覚え、5 分後に想起できないことで証明できる。

長期記憶障害 (過去に知っていた事柄を想起できない) は自分に関する過去の事柄 (たとえば、昨日の出来事、出生地、職業) あるいは一般常識 (たとえば、過去の大統領、だれでも知っている日付) を想起できないことで証明できる。

B. 少なくとも次の 1 つがある。

- (1) 抽象思考の障害: たとえば関連のある単語の類似点、相異点を言うことができない、単語の定義や概念を言うことができない。
- (2) 判断の障害: 対人関係、家族、職業などに関係した問題を合理的な計画を立てて処理することができない。
- (3) その他の高次大脳皮質機能障害: 失語 (言語障害)、失行 (理解や運動機能の障害がないにもかかわらず動作ができない)、失認 (知覚機能障害がないにもかかわらず対象を認識したり弁別したりすることができない)、構成障害 (たとえば、立体図形の模写、積み木を積むこと、マッチ棒で図形を作ることができない)。
- (4) 性格変化: 病前性格の変化あるいは先鋭化。

C. A および B の障害により職業、日常社会生活、対人関係が明らかに障害されている。

D. A、B、C の状態がせん妄状態のときだけに生じるのではない。

E. (1) あるいは (2)。

- (1) 病歴、身体所見、臨床検査所見から障害の原因として関与しているとみられる特定の器質性因子の存在が証明される。
- (2) (1) のような証明はないが、障害が非器質性精神障害 (たとえば認知障害の原因となる大うつ病) によっては説明できず、原因となる器質性因子の存在が推測される。

② ICD-10 (International Classification of Diseases: 国際疾病分類改訂第 10 版)

この分類法は、世界保健機関によって定められ、疾患に行動面の障害を含めて医学的な内容に保健的な要素を組み入れ、総合的に判断することをめざしている。



ICD-10 における痴呆の診断について

痴呆診断項目は、「精神および行動の障害 (Classification of Mental and Behavioural Disorder)」と副題が付けられている分類項目内の「症状性を含む器質性精神障害」のカテゴリーに含まれる。DSM-III-R と同様、最初に「痴呆」の診断基準が設けられており、それを基本にして各痴呆性疾患を診断していくかたちをとっている。DSM-IV で用いられている多軸診断法が採用されている。

ここでは、痴呆の前文以下を要約しまとめてある。

《痴呆》（要約）

痴呆は、脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断を含む多種の高次皮質機能障害を示す。意識の混濁はない。認知障害は、通常、情動の統制、社会行動あるいは動機づけの低下をとともうが、場合によってはそれらが先行することもある。知的能力の喪失よりも、うつ病でみられるように、動機づけあるいは情動の要因が、行為を遂行できないことの原因となりうる。痴呆では知的機能の明らかな低下がみられ、日常生活の個人的活動にも何らかの問題が起こる。

〈診断ガイドライン〉（要約）

診断の第一は、日常生活の個人的活動を損なうほどに記憶と思考の働きが低下していることである。痴呆は記憶障害だけを示すのではなく、思考と判断力の障害および思考の流れの停滞も時に認められる。もし痴呆が唯一の診断であるならば、意識が清明でなければならず、確実な臨床診断をするためには、上記の症状と障害が明白に、少なくとも6ヶ月間は認められなくてはならない。

〈鑑別診断〉（要約）

①うつ病性障害、②せん妄、③軽度・中等度の精神遅滞、④限られた教育、劣悪な社会環境に育ったことによる正常域以下の認知機能、⑤薬物治療による医原性の精神障害

痴呆はカテゴリーで分類される他の器質性精神障害に続発することもあれば、他の精神障害、とくにせん妄と共存することもある。

ICD-10 における痴呆の診断基準の項目では DSM-III-R、DSM-IV で採用されている「職業や日常生活、対人関係が明らかに障害されている」という概念が排除されている。文化や宗教、国民性によって影響されるからであるが、いったん痴呆と診断されればその重症度をみる上でこの概念が必要となることから、基準としては真に除外できない。また確定には最低6ヶ月観察する必要があり、その場での診断には不向きである。このようなことから、一般的には DSM-III-R のほうが使いやすく、厚生省（当時）の診断基準でも DSM-III-R を参考にして日本版を作成した。

3. 痴呆の経過

痴呆発症の前には、すでに脳の器質変化が進行しているが目立った症状はない。現在のところは図3の治療開始前に該当する。従来、この状態は臨床症状が乏しいので関心が薄く、発症後の痴呆対策のほうが重視されてきた。しかし、これでは効果は限られかつ多くの費用を要するので、発症

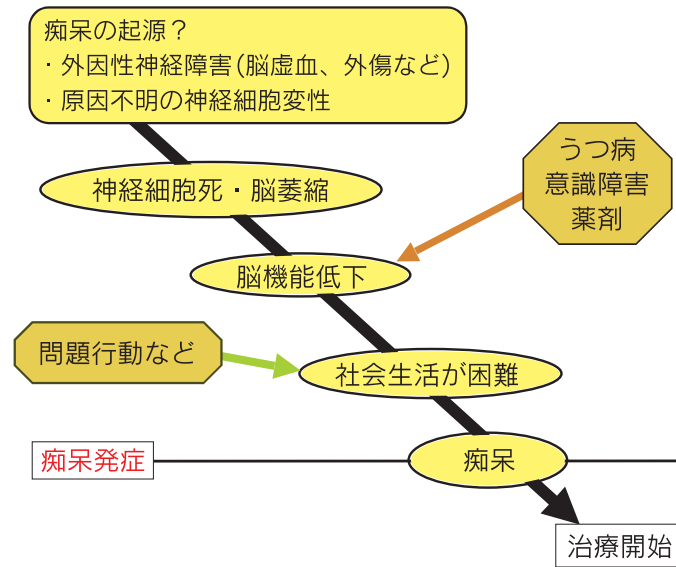


図3 痴呆への道

前の対策は無視できなくなっている。

ここでは、本マニュアルの目的に沿って、痴呆発症前から痴呆初期までの経過を最近の見方を中心にまとめる。

(1) 痴呆の起源

痴呆の発症は、脳の損傷が前提となる。脳が壊れずして痴呆が発症ということはない。このため、痴呆の起源は脳器質障害の発現時といえる。脳の損傷から痴呆が発症するまで数ヶ月以内の短期間なら、痴呆の診断は比較的容易である。しかし、実際はアルツハイマー型痴呆や多発性脳梗塞など、慢性進行性のものが圧倒的に多い。脳損傷の具体的な起源もあいまいで、いつの間にか脳が変化して痴呆になっていたということになる。これが、痴呆発症前の起源やその経過を理解するうえでの妨げにもなっている。

ここで「起源」と「痴呆発症」という区切りの時点を確認することで、この期間の対策を立てることも可能となり、結果として痴呆を未然に防ぐという目標達成にも結びついていく。

(2) 痴呆発症まで

痴呆が発症するまでは脳の損傷範囲が広がり続けている。脳の機能は少しずつ失われて低下し、記憶保存されてきた情報も失われていく。当然ながら、記憶の結びつきが弱いものは先になくなり、繰り返し使用される重要な記憶は後まで残る。記憶が失われても、最初は重要でないものが多いので大きな問題とはならない。この時点では本人も深刻には受け止められない。周囲の人たちも、知的機能の衰えには気付いても痴呆に到達しているわけではないので指摘はためられる。実際、加齢による脳機能の衰えと、脳損傷による変化との区別はつきにくい。

記憶など知的機能の衰えで悩むというのは、能力が健全であったころとの比較が自分でできることでもある。記憶その他の能力がまだ残っているので、失敗を悩むこともできるのである。もし能力が失われれば、もはや悩むことはできなくなるので自覚するのは難しい。その結果、訂正が困難になり問題化しやすい。痴呆が発症するのは、通常このあたりともいえる。

(3) 痴呆発症

痴呆発症時は、何らかの生活上の問題が現れて第三者の世話にならざるを得なくなり、医療機関を訪れる。その結果、医学的な診断が下され痴呆となる。**脳の病理学的変化の経過をたどったものが、行動という心理社会的問題で気付かれて診断が決定される。**二段階の手順を経ての診断になるので、混乱をきたす原因にもなっている。

痴呆の診断は、知的機能の低下で社会生活に障害をきたしてなされるため、他の要因で知的機能が低下したり、社会生活に障害をきたした場合は鑑別が必要になる。**鑑別の要点は、脳損傷とこれにもとづく知的機能の低下を証明することである。**さらに、痴呆の有無とその重症度レベル、原因となる障害の診断、治療可能範囲などを検討する必要がある、これらの作業には専門的な知識を要する。

脳損傷によらずに起こりうる知的機能低下は右の表2のようなものがある。脳以外の原因で二次的に脳機能が低下し、主として意識障害の形で発現する。他方、知能が低下しなくても社会生活の障害が起こるのは表3のようなものがある。

これらはすべて精神症状ではあるが知能障害ではない。本来の痴呆にこれらの症状が加わると、痴呆はさらに悪化し重症度が増す。介護やケアをする上での大きな妨げともなる。しかし、これらは治療可能なものが多く、早期に医療対応すれば症状が軽減し介護が楽になる場合も多い。なかには痴呆症状が消えてしまう場合もある。原因を一つ一つ解析してそれぞれに対処することで痴呆の有力な治療手段にもなる。

表2

- ①意識の低下：異常睡眠やせん妄
- ②物質：薬剤・アルコールなど
- ③身体疾患：貧血、喘息、心不全、肝硬変、腎不全、悪疫質など
- ④身体環境の急激な変化：脱水、低血圧、低血糖、低酸素血症、発熱など

表3

- ①心理的ストレス：引きこもりなど
- ②感情の変化：うつ状態など
- ③精神症状：幻覚や妄想、興奮など

(4) 痴呆の検査

痴呆の検査はDSM-IVやICD-10などの診断基準の各項目に基づいて行われ、痴呆レベルの評価と、脳機能を低下させて痴呆症状を起こす原因の鑑別が主となる。

ア. 知能検査

基準の一つである知的機能の低下は、長谷川式簡易知能評価スケール（HDSR）やミニメンタルステイト（MMS:Mini-Mental State）などの痴呆スケールが目安として用いられる。HDSRは日本で一般的であり、MMSは世界的に用いられている。最近では、より精密になり、早期発見に向けた診断方法が考案されつつある。とくに軽度痴呆の鑑別に用いる方法を作成する作業が数多く進められている。外来で知能評価スケールを施行し、その後、脳器質障害が原因であることが証明できれば痴呆と確定診断できる。

《痴呆スケールの数値》

痴呆の診断は、知的機能が低下して自力で通常の生活ができなくなったり、精神症状や問題行動などで治療が必要になったりするのが前提となる。ADL（日常生活機能）の低下が大きな要因となるので、スコアはあくまでも参考値である。

イ. 画像検査

脳そのものの変化を客観的に見ることのできる最も有力な方法である。現在の中心はMRIであり（図4参照）、多くの特殊撮像法がある。また、設置に容易なCTスキャンはMRIよりも広く普及しているので、急性期の確認などには今なお有力である。脳血流の変化を見るSPECT（スペクト：single photon emission computed tomography）（図5参照）や脳神経機能をみるPET（ポジトロン断層撮影法：positron emission tomography）も診断の有力な助けとなるが、設置費用の問題などから所有する医療機関は制限される。

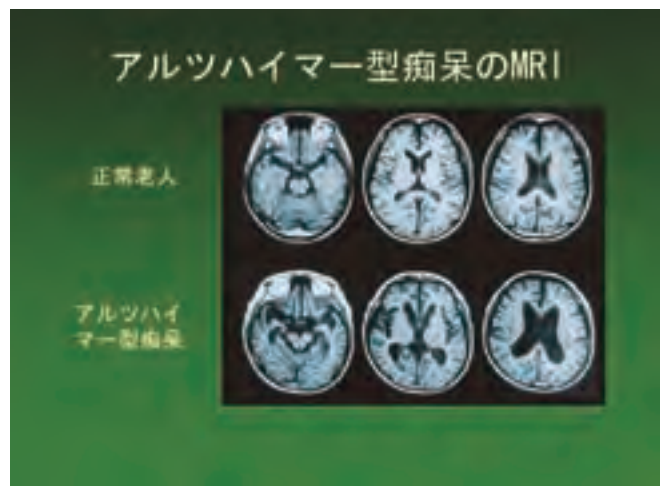


図4

ウ. 生化学検査

痴呆をきたす原因で、血液や髄液などの体液に変化が現れるもの、遺伝子などの体質として出現するものの検査として施行される。貧血や肝機能、腎機能、動脈血酸素飽和濃度などの一般的な検査に加え、甲状腺機能、血糖値、血小板凝集能の検査などが通常行われる。その他感染症としての梅毒検査や、アポE 4蛋白の形式検討が行われることもある。

エ. 生理検査

痴呆に特徴的な生理学的変化はほとんどなく、補助診断として用いられることが多い。脳波は、脳機能低下レベルや、意識状態の評価、肝性脳症の検討などに用いられる。心電図は合併症の検討をしたり薬剤の使用に先立って行われることが多い。



図5

4 痴呆の分類

痴呆分類の基準は、脳の器質性変化をもたらした原因別になされるのが普通である。主なものは、神経変性、脳血管性障害、感染症、物理的機械的損傷、薬物・物質、代謝性などがあり、これらの中でも神経変性によるアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆が大部分を占め、全体の9割近くに達

する。図4はアルツハイマー型痴呆のMRIで、図5はSPECTである。

(1) 神経変性

神経細胞自体が変性して神経機能が失われ、やがては神経細胞が死んで消滅し、知的機能の低下をきたすのが特徴である。表4に示すが、それぞれ特有の臨床症状、経過、変性部位、剖検での病理所見がある。特有の遺伝子型を持つものもあるので、分子生物学的な手法で診断されるものもある。しかし確定診断は死後の病理検査に委ねられる。

表4 神経変性による痴呆

- ①アルツハイマー型痴呆
- ②び漫性レビー小体病
- ③ピック病
- ④前頭側頭型痴呆
- ⑤パーキンソン病性痴呆

(2) 脳血管障害

脳神経細胞には問題はなかったが、栄養血管である脳動脈の障害で十分な栄養や酸素が運ばれなくなり、二次的に神経細胞の障害をきたしたものである。脳出血とともに、動脈の管腔が閉塞する脳血栓や脳塞栓では脳への血流が突然遮断されてしまうため急激に発症する。血流遮断の領域の広さや部位が予後を決する。脳血管障害は障害を受けた部位の症状が出やすいので、それを根拠に診断されることが多い。とくに、運動障害や感覚障害が出やすいので、これらの症状があれば脳血管性障害の診断根拠にもなる。画像診断が確定の決め手になる。

表5 脳血管障害による痴呆

- ①脳出血：脳内出血、くも膜下出血
- ②脳梗塞：血栓、塞栓、多発性脳梗塞など
- ③び漫性脳虚血変化：ピンスワンガー病など

表6 感染症による痴呆

- ①脳炎後遺症：ウイルス性脳炎、細菌性脳炎など
- ②神経梅毒：脳梅毒、進行麻痺
- ③クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）
- ④AIDS 脳症：AIDS ウィルスによる脳変性
- ⑤脳膿瘍

(3) 感染症

病原体や感染性病原蛋白（プリオン）の脳内感染による神経変性疾患である。脳炎や神経梅毒は前世紀の前半までは猛威をふるった。近年はCJDが注目されている。狂牛病の人体感染による変異型CJDと呼ばれる痴呆があるが、大きな社会問題ともなった。

表7 その他の痴呆

- ①物理的機械的損傷
 - ア. 脳外傷（頭部打撲、銃創、交通外傷など）
 - イ. 頭蓋内占拠物（慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍など）
- ②薬物・物質
 - ア. アルコール痴呆
 - イ. 薬剤性痴呆（状態）
- ③代謝性
 - ア. 甲状腺機能低下症
 - イ. ビタミン欠乏（ペラグラ脳症、ウェルニッケ脳症）

(4) その他

その他の原因としては、物理的機械的損傷や薬物・物質によるもの代謝性疾患によるものなどがある（表7）。これらは頻度は高くないが、放置されると痴呆になる反面、早期の適切な治療で回復できるものも少なくない。鑑別による診断がとくに重要視される疾患である。

5 痴呆の薬物療法

薬物療法は痴呆治療では万能ではなく、薬物による知的機能低下の改善は今なお困難であり、決定的なものは見つかっていない。しかし、アルツハイマー型痴呆に対するコリンエステラーゼ阻害剤の効果は証明されており、使用が勧められる。脳循環・代謝改善薬や神経ビタミン剤は、脳血管性病変の進行を弱める作用が期待でき、他の薬剤との併用で症状を緩和させる可能性がある。

向精神薬は、精神症状が痴呆症状を悪化させる最大の要素ともいえることから、適切な使用がなされればその効果はかなり大きい。しかし、適応する症状や使用量が異なるため、ある程度の専門的な知識と熟練性が求められる。とくに、安易な鎮静による精神活動の抑え込みは、薬剤による抑制とも解釈され不適切である。少量で治療するのが原則であり、大量投与による過大な効果を期待してはならない。

6 まとめ

痴呆は、ボケと対比すると医学的な診断名ではあるが、今なお概念はあいまいである。脳の器質性障害の程度と痴呆の症状が必ずしも一致していないこと、社会機能障害のレベルが環境によって差があり痴呆発症の規定が難しいこと、などがその理由としてあげられる。さらに痴呆の重症度は、あわせ持つ精神症状や、性格、合併身体疾患などで大きく影響されるので痴呆そのもののレベルがわかりにくいことも理由となる。痴呆は生物学的な診断名というよりは、社会医学的な要素が強い病名ともいえる。

ここ数年、このような背景を持つ痴呆の予防活動が重要視されてきている。そのために発症の前触れ状態や発症にいたるリスクが調査されるようになってきた。痴呆は脳の損傷の結果であり、多くは無症候の器質変化が先行するのであるから、この時点で病気と診断し対処するのがより適切だといえる。生活機能が障害される前に発見して、未然に食い止めることができれば、痴呆というQOLの低い生活が回避できるだけでなく、介護などの費用を節約することもできる。痴呆が発症してからでは遅いのである。無症候性痴呆、あるいは無症候性脳変性疾患といった疾病概念があることで対処しやすくなると思われる。現在用いられている痴呆治療薬も、この時点からの投与でいっそうの効果が引き出せるかも知れないのである。

痴呆予防には、痴呆の原因には対処できなくても、極早期に見つけ出して対処し発症を遅らせることでも大きな利益となるのである。

第2節 痴呆予防の考え方と意義

1 予防の考え方

(1) 疾病の自然史

痴呆の予防を考える場合、痴呆という疾病をよく理解しておくことは基本であり、前節で詳細に解説されている。ここでは、一般的に疾病の予防を考える際には、まず初めに知っておくべき疾病の自然史（何もしない場合の自然な経過）について解説する。疾病の予防は、その疾病の自然史に対応していなければいけない（図1）。

体の組織・器官における病的変化がまったくない状態（無変化状態）が正常な状態であり、いわゆる健康状態であると考えられる。この段階（感受性期）においても人はさまざまな内的・外的な曝露（刺激）を受けている。例えば、生体内に進入したウイルスや細菌などの生物学的な刺激や生体内には本来ないようなダイオキシンなど化学物質による化学的刺激、さらに、高温の環境や急激な気圧の変化などの物理的刺激などである。これらを総称して危険因子（リスク・ファクター）と呼び、生体はこれら危険因子に対応しつつ機能を保つという恒常性を維持する機能を持っている。

組織・器官において病的変化が始まった時点が「疾病が発生した」時点と考えられる。例えば、がんであれば、身体の中でがん細胞が発生した時点である。しかし、この時点では、まだ症状はなく（前症状期）、本人は疾病の自覚がないため、医療機関を訪れることは通常ない。この段階から病気が快方に向かい治癒してしまう場合もある。一方、病気が進展し、症状が顕在化してきた段階（臨床的疾患期）になって、人は医療機関を訪れ、疾病があるという診断が下され、患者になる。

このような疾病の自然史に対応して、疾病の予防のレベル、介入手段が想定されている。

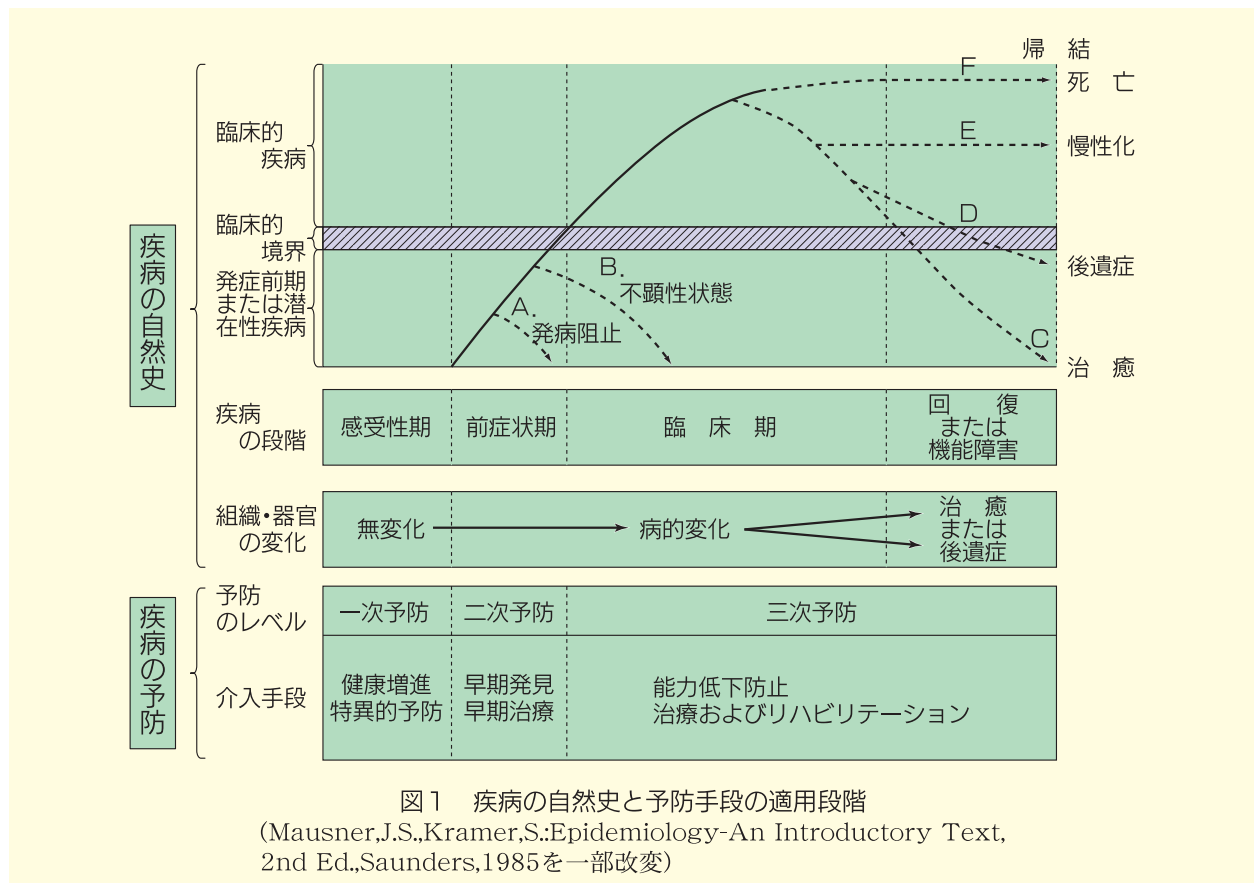


図1 疾病の自然史と予防手段の適用段階

(Mausner,J.S.,Kramer,S.:Epidemiology-An Introductory Text, 2nd Ed.,Saunders,1985を一部改変)

(2) 一次予防、二次予防、三次予防

「予防」というのは広い概念であり、疫学辞典（日本公衆衛生協会、2000年）によれば「医学の目標は、健康を増進し、維持し、健康障害を被った場合には回復し、疾病からの苦痛や困難を最小限にすることである。これらの目標は予防 prevention という語に包括される」としている。このように、広義の「予防」は単に疾病の発生予防のみにとどまらず、疾病の全経過にわたって行われるものを意味し、医学の目標・目的そのものであるとも言える。予防は疾病の自然史に対応して通常、一次予防、二次予防、三次予防に分類されている。

①一次予防（「ならない」対策）

疾病の発生のない感受性期においては、生体はさまざまな危険因子の刺激を受けるが、それらへの感受性を変え、疾病の発生を未然に防ごうとするものである。疾病発生の危険性（リスク）を増加させる危険因子の除去や低減、リスクを減少させるような要因（予防因子）の付加などである。一次予防はさらに、健康増進と特異的予防の段階がある。

ア. 健康増進

疾病のない健康な状態の時に、健康状態をより健康にすること、つまり、狭義の健康増進の他に、その健康な状態を維持するようにする健康保持も含まれている。これは、すべての人を対象とするところがその特徴であり、その中心となるものが健康教育である。健康教育とは、個人や集団が、健康の維持・増進及び回復につながる行動を取れるように学ぶ過程であり、特に行政は人々が望ましい保健行動を取れるように支援する必要がある。なお、老人保健法の保健事業にある健康教育は、基本健康診査の結果「要指導」の者などを対象に、「個人の生活習慣を具体的に把握しながら、継続的に個別に健康教育を行う」となっており、あくまで事業名であり、むしろ、後述する特異的予防の範疇に入ることに注意が必要である。

日本では、1970（昭和45）年頃から正しい「栄養、運動、休養」を健康増進の3要素として保健所を中心に具体的な指導が行われてきた歴史がある。

また、2001（平成13）年からスタートした「21世紀における国民健康づくり運動」（いわゆる健康日本21）では、これらの3つを含め、

a. 栄養・食生活 b. 身体活動・運動 c. 休養・こころの健康づくり d. たばこ
e. アルコール f. 歯の健康 g. 糖尿病 h. 循環器病 i. がん

の9分野を設定し、その取り組みの方向性と具体的な目標を示している。g～iは不適切な生活習慣によって発生する生活習慣病である。望ましい生活習慣を身につけることは、疾病発生のリスクを減少させることにつながり、さらに、多くの場合に健康増進に結びつくと考えられている。

さらに、2003（平成15）年5月に施行された健康増進法は、健康日本21を推進し、また、健康づくりや疾病予防に重点を置く施策を推進する際の法的根拠となっている。健康増進法は栄養改善法を改正して発展させたものであるが、生活習慣病の予防のための栄養改善の視点のみならず、喫煙、運動、飲酒などの生活習慣の改善を通じた健康増進の概念を取り入れている。また、飲食店など多数の者が利用する施設を管理する者は受動喫煙防止のための必要な措置を講ずるように努めなければならないという努力規定が設けられたことも画期的なことである。

なお、家庭・学校・職場における快適な生活環境の確保、適切な栄養摂取の推進、快適な運動施設・休養施設の整備なども健康増進に含まれる。

イ. 特異的予防

ある一つの疾病に限定して、その疾病の発症防止を目的とするものが特異的予防である。これは、その疾病に対する危険因子が明確な場合に限られる。具体的には、ポリオ（小児麻痺）に対する経口ポリオワクチンの投与、結核に対するBCGワクチンの投与など、各種感染症に対する予防接種が挙げられる。事故の防止対策、職業関連疾患の発生防止、公害による健康被害の防止のための発生源対策や環境衛生の改善などが含まれる。例えば、痴呆の場

合、脳血管性痴呆の原因である脳血管疾患予防は特異的予防とも考えられる。

ウ. 予防医学の原理原則

高血圧が脳卒中の危険因子であることはよく知られているが、模式図を用い血圧値と脳卒中の発症の関係を理解することを通じて、予防医学の戦略の基礎的知識を確認する(図2)。血圧値(ここでは、最高血圧としておく)は住民全体で見た場合、非常に低い方と非常に高い方は少なく、中間的な値の方がもっとも多いという分布(正規分布)をしている。血圧値の分布からは、高血圧より境界域の人数の方が多いことがわかる。血圧値が高くなるに従って、脳卒中の発症率は上昇することが知られており、高血圧領域での発症率はきわめて高い。

では、脳卒中の発症数はどうなるだろうか。発症数は下記の式で計算される。

$$\text{脳卒中の発症数} = \text{当該血圧の人数} \times \text{脳卒中の発症率}$$

高血圧の人では脳卒中発症率が高いため脳卒中になる人の割合も多くなる。一方、境界域では脳卒中発症率は高血圧と比較して低いものの人数自体が大変多いため、脳卒中の発症数も多くなり、高血圧からの発症者数をも上回っている。正常血圧では脳卒中の発症率は大変低い、人数がもっとも多いため、結果的に発症数も高血圧からの発症数と同じくらいになっている。脳卒中発症者が必ずしも高血圧からのみ発症しているわけではないことがわかる。高血圧であることは脳卒中の発症要因としてきわめて重要であり、高血圧予防の優先順位が高いことには変わりはないが、人数で言えば、高血圧以外からの発症の方が多くことに注目する必要がある。

この例は、下記のような予防医学における基本的な原理原則を示している。

「小さなりスクを背負った大多数の集団から発生する症例数は、大きなりスクを抱えた少数のハイリスク集団からの症例数よりも多い。」

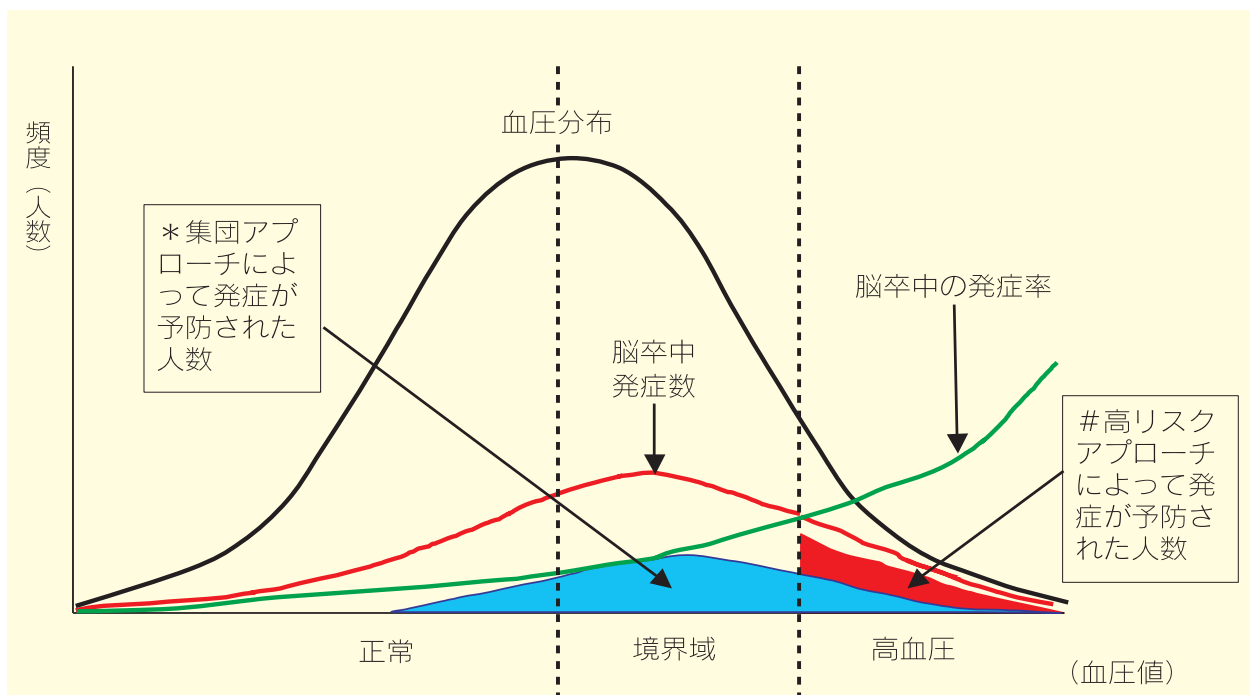


図2 危険因子(高血圧)と合併症(脳卒中)の発生率・発症数

(健康日本21報告書 2000.2を改変)

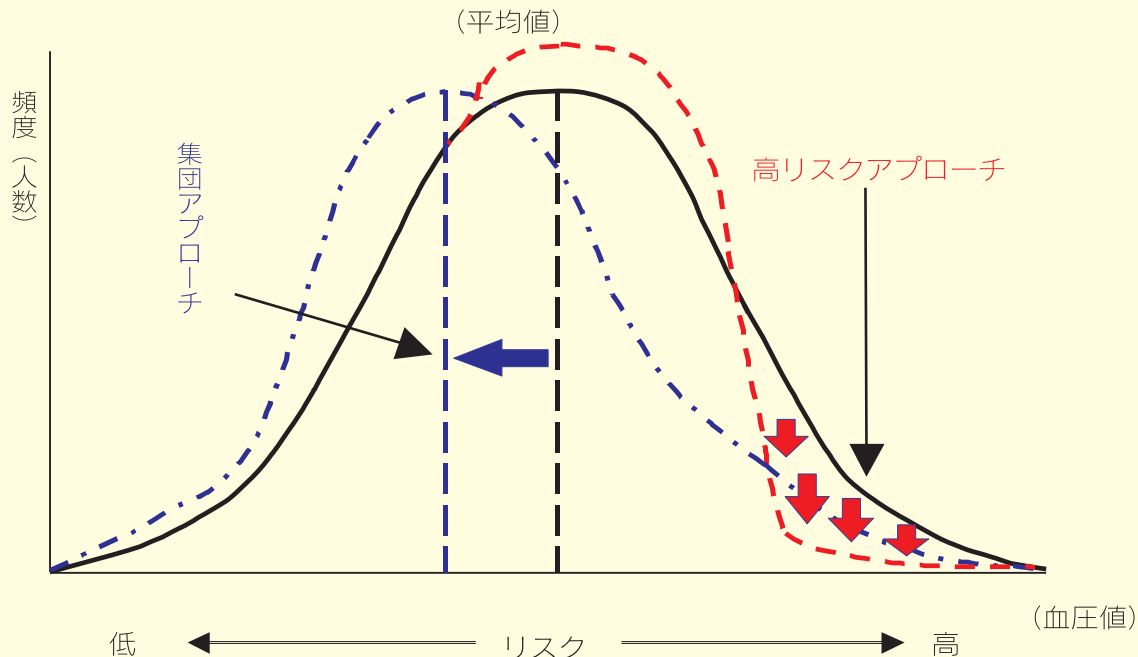


図3 集団アプローチと高リスクアプローチ
(健康日本21報告書 2000.2を改変)

(ジェフリー・ローズ. 予防医学のストラテジー, 1992)

エ. ポピュレーション・ストラテジー (集団アプローチ) とハイリスク・ストラテジー (高リスクアプローチ)

予防医学の戦略 (ストラテジー) として、ポピュレーション・ストラテジー (以下、集団アプローチ) とハイリスク・ストラテジー (以下、高リスクアプローチ) の2つが提示されている。

上記の高血圧と脳卒中発症を例に、それぞれのアプローチについて考える (図3)。集団アプローチは、血圧の高低に関わらず、すべての住民の血圧が低くなるように、全員を対象に働きかける対策である。この方法では、高血圧の人ばかりでなく、境界域の人、正常の人の血圧値も下がるため、高血圧や境界域の人数が減少し、正常の人数が増加する。このように、全体として血圧値が低い人が増加するため、高血圧からの脳卒中の発症者の減少よりも、もともと人数が多かった境界域からの発症数の減少の方が多くなり、正常からもわずかであるが、発症数の減少が期待される (図2、*)。

一方、高リスクアプローチは、高リスク、つまり、高血圧の人のみを対象として血圧が下がるような働きかけをするものである (図3)。このアプローチでは高血圧者は激減するため、高血圧からの脳卒中の発症数も激減する (図2、#)。しかし、境界域、正常の人への効果はないので、発症数の減少は集団アプローチよりも少ない。

集団アプローチと高リスクアプローチの長所・短所は下記のようになる (表1)。

表1 集団アプローチと高リスクアプローチの長所・短所

	集団アプローチ	高リスクアプローチ
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・抜本的、革新的 ・全集団に対して恩恵 ・生活習慣の変容が適切 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人にとって適切 ・個人・医療者にとって強い動機づけ ・リスクー便益比が高い
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・個人にとって小さい恩恵 ・個人・医療者にとって弱い動機づけ ・リスクー便益比が低い 	<ul style="list-style-type: none"> ・高リスク者の把握が困難 ・効果は一時的であり、限界がある ・生活変容が困難

(G.Rose (1985), Beaglehole ら (1993), 地域診断のすすめ方、水嶋春朔著、医学書院、2000)

一次予防を実践する際には、この2つのアプローチを上手に組み合わせていくことが、大切である。

②二次予防（「早く見つけ、早く直す」対策）

体の組織・器官において病的な変化が起こっている前症状期においては、たまたま他の疾病で通院中に見つかることはある。この時期では、疾病はまだあまり進行しておらず、検診や人間ドックなどで早く見つけ（早期発見）、早く治療を開始する（早期治療）ことが大切であり、このような対策が二次予防と呼ばれている。このような目的で実施されているのが、老人保健法の基本健康診査やがん検診、骨粗鬆症検診などである。日本の生活習慣病予防対策の重点は、以前はこのような検診を中心とした二次予防であったが、前述のように、健康日本21の推進など近年は一次予防に力点が移されつつある。集団を対象に健康診断を行う集団検診は、疾病を有している人（有病者）を発見するだけではなく、集団全体の健康情報からその集団の健康上の課題を明らかにするという役割もある。検診を行う際に、ある検診項目によって目的とする疾病の疑いの人を選び出すことをスクリーニング（ふるいわけ）と言い、その検査をスクリーニング検査と言う。検診で用いるべきスクリーニング検査は、下記のように定義されている。

スクリーニング検査の定義：迅速に実施可能な試験、検査その他の手技を用いて、無自覚の疾病異常または欠陥を暫定的に識別すること。したがって、スクリーニング検査だけでは疾病の診断はできない。識別された個体に対する精密検査によって、最終診断を確定し、早期治療に役立てる。

スクリーニング検査として用いる検査は下記の条件を満たしていることが望まれる（表2）。また、スクリーニング検査を集団に適用するための条件が提示されており、これらの条件を満たして初めて集団検診として用いられるべきである（表3）。

表2 スクリーニング検査：優れた検査の条件（公衆衛生マニュアル 2002. 南山堂 .2002）

1. 有効性：敏感度と特異度が高いこと
敏感度：罹患している者を陽性または異常と判定する確率
特異度：罹患していない者を陰性または異常なしと判定する確率
2. 信頼性：検査方法による変動、測定者による変動、複数回の検査の不一致が少ないこと（精度、または再現性ともいう）
3. 簡易性：簡単で短時間に実施可能。医師以外でもできる
4. 費用：費用がかからない

表3 スクリーニング検査：集団への適用条件（公衆衛生マニュアル 2002. 南山堂 .2002）

1. 重要な健康問題である
2. 適切な治療法がある
3. 異常者を診断治療する施設があること
4. 疾病が進行する前の早期に発見できること
5. 集団的に実施可能な検査方法であること
6. 受け入れられやすい検査方法があること
7. 疾病の自然史が明らかであること
8. 対策の効率化に役立つこと
9. 継続的に実施可能であること
10. 患者管理と経過観察のシステムが確立されていること
11. スクリーニングの意味を受診者に周知させること

軽度認知障害や軽度痴呆の二次予防としてのスクリーニング検査については、P47 - 55 に紹介されている。

③三次予防（「悪くしない」対策）

疾病が顕在化した臨床期において、疾病の増悪を防止し、機能障害が残らないように服薬指導など臨床的な対策を行うこと（能力障害の防止）、及び社会復帰をするためのリハビリテーションを行うことの2つの段階がある。高齢者における疾病は、慢性疾患が多いこととともにその後に生活機能障害を残すものが多いことが特徴である。痴呆のほか、脳血管疾患、パーキンソン症候群、骨折・関節炎、うつ病などさまざまな疾病が、生活機能を低下させ、要介護状態へと結びつくきっかけとなる。

疾病を持った高齢者の医学的評価ばかりでなく、身体的、心理的、社会的な側面など残存能力を総合的に評価することが大切である。

2 痴呆予防の考え方

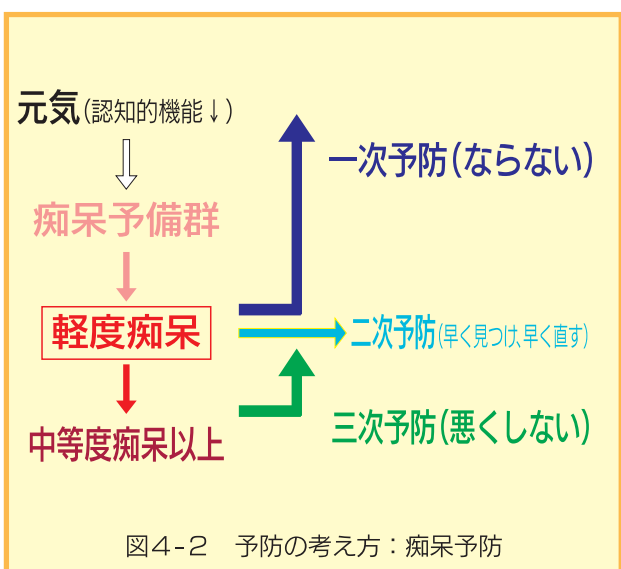
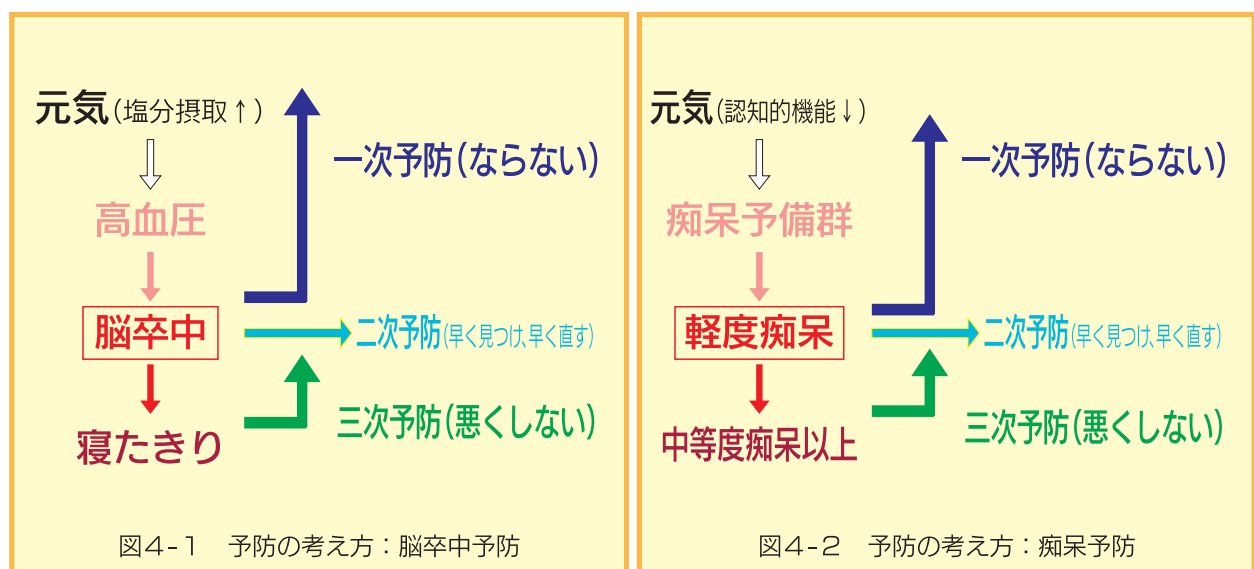
(1) 介護保険・介護予防と痴呆予防

2000（平成12）年4月から介護保険法が施行された。日本の急速な高齢化に伴う要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化など介護ニーズが高まったことや、核家族化の進展・介護する家族の高齢化など介護環境も変化してきたこと、さらに、それまでの「介護は家族がやるもの」という価値観が変容してきたことも介護保険が導入されるに至った背景にあると考えられる。介護保険では、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念としているが、介護保険法においては「介護を必要としない状態」としての「自立」を維持し、要介護状態になることを予防するための方策は具体的には示されていない。介護が必要な状態にならないようにする（このことを、厚生労働省では「介護予防」と命名した）ための政策として、介護保険法と同時に開始されたのが、「介護予防・生活支援事業」である。2003（平成15）年から名称が「介護予防・地域支援事業」と名称が変わり、継続している（以下、介護予防事業と略す）。

介護予防事業の中には、①. 転倒・骨折予防教室 ②. 閉じこもり予防を目的とした生きがい活動支援通所事業 ③. 「食」の自立支援事業 ④. 緊急通報体制等整備事業 ⑤. 生きがい活動支援通所事業 ⑥. 機能訓練B型（地域参加型）などのほか、アクティビティ・痴呆介護教室なども含まれている。しかし、非常に介護負担が大きい痴呆状態にならないための「痴呆予防」に関しては、残念ながら含まれていない。痴呆予防は本来、介護予防の視点から行われるべきものであると考える。

(2) 脳卒中予防と痴呆予防の模式図

痴呆予防の考え方を脳卒中予防の例とともに考える（図4-1、図4-2）。



脳卒中では高血圧の他、低栄養や飲酒、喫煙、寒冷曝露などが危険因子と報告されている。高血圧はそのもっとも大きな危険因子（リスクファクター）になっており、高血圧にならないことが脳卒中予防を考える際の一次予防になり、脳卒中を早期発見・早期治療することが二次予防であり、寝たきりにならないようにすることが三次予防と位置づけられる。しかし、一般的には、脳卒中はなってはならない状態と考えられ、その前駆状態としての高血圧にならないようにすること、つま

り、減塩をすることなどが一次予防と考えられ、高血圧の早期発見、早期治療が二次予防と考えられているようである。

痴呆予防においては、痴呆にならないようにすることが一次予防である。特に、元気な高齢者を痴呆予備群（痴呆になる可能性の高い状態）にしないことがきわめて重要である。痴呆予備群には軽度認知障害（MCI）や年齢関連認知的低下（AACD）と呼ばれる状態が含まれている（別項参照）。また、痴呆予備群はそのままにしておくと、徐々に痴呆を発症することが知られている。痴呆予備群を痴呆、特に、知能低下の程度の軽い状態である軽度痴呆にもしないようにすることも非常に重要である。

痴呆予防における二次予防は、軽度痴呆の早期発見・早期治療と考えてよいが、脳卒中予防の場合と同様に、その前の段階と考えられる痴呆予備群の早期発見が望ましい。ただ、痴呆予備群の定義・位置づけに関しては議論も多く、痴呆予備群のスクリーニング検査が十分に確立しているとは言えないところもあり、今後の課題と考える。

三次予防は言うまでもなく軽度痴呆を中等度痴呆以上にしないようにするものである。

いずれの対策も単独で行われるよりも、総合的な対策として実施されることが望まれる。

次に、**地域における痴呆予防対策のモデル体系図（図5）**を示す。第3節以下図5のモデル体系図に沿って、地域における痴呆予防対策の進め方について述べる。

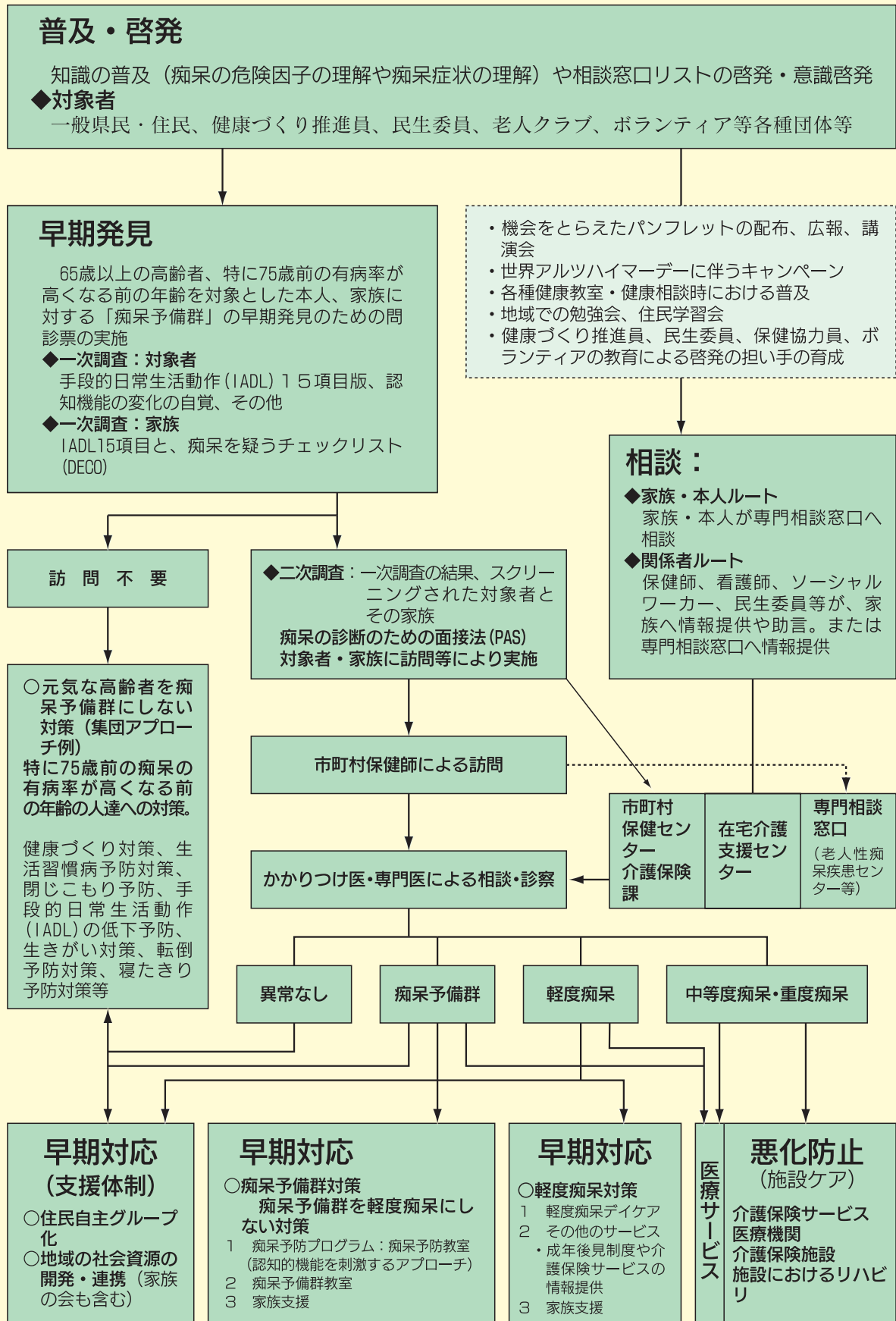


図5 地域における痴呆予防対策のモデル体系図

第3節 痴呆の一次予防対策の進め方

地域における痴呆予防対策を進める際に、一次予防対策である「普及・啓発」は、最初の出発点である。しかし、啓発を行ったら、次に早期発見、そして、軽度・中等度・重度痴呆対策、基盤整備と同時に全ての対策が進められれば理想であるが、実際は、重度痴呆対策が最優先され、最後に「普及・啓発」を行っているという現場も多いのではないだろうか。いずれから取り組み始めるにしろ、最終的には一次、二次、三次予防対策を総合的に進めていかなければ、痴呆発症の減少や悪化防止による成果にはなかなかつながらない。

1 普及・啓発活動の視点から

(1) 啓発の必要性

痴呆予防活動を進めていく主役は住民である。痴呆予防を地域で行うためには、地域の住民が痴呆についての知識を持つ必要がある。痴呆という言葉が持つ絶望的なイメージは、予防活動を進めていく上で障害になる。絶望的なものに対しては、聞きたくない、見たくない、というのが自然な防衛反応である。痴呆予防の可能性があると、やり方次第では痴呆の進行を遅らせることができることを認識すると、痴呆という言葉に抵抗なく受け入れられるようになる。

痴呆症の大きな部分を占めるアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の発症には日常的生活習慣が関わっている。これらの生活習慣に関わる危険因子を低減するためには、まず、地域の住民のひとり一人が痴呆発症の危険因子についての知識を持ち、痴呆のイメージを塗り替える知識の普及が最初の段階で必要になる。特に、まずは早期発見の担い手である本人や家族に対する知識の普及が不可欠である。

啓発の必要性

痴呆発症の危険因子や痴呆症状の知識を普及・啓発することで、早期発見・早期治療や対応につながり、痴呆発症を遅らせる。あるいは進まない期間を延ばすことができることを理解しよう

ここでは、痴呆症の一次予防を進めるための考え方と啓発の方法について述べる。

(2) 啓発の計画づくり

当然のことであるが、啓発を行うには、啓発すべき対象（ターゲット）を決める必要がある。そして、啓発の目標、啓発の方法（啓発すべき内容や媒体）を計画する必要がある。また、啓発を実行してみて、当初設定した目標が達成されたのか評価を行い、次の啓発のために改善点を検討する必要がある。

最終的な啓発の目的は、地域住民が痴呆の危険因子について正しい知識を持ち、自ら生活習慣を変えていくことと、早期に生活障害や、痴呆症状に目を向け、その後の必要な対応につなげられる町づくりができることと考える。こうした町づくりには地域住民の痴呆予防を支援する立場にある保健・医療・福祉関係者への啓発も欠かせない。

このような町づくりを計画的に実施することにより、初めて二次予防対策である早期発見が活か

されてくる。地域住民の意識が変化し、痴呆を予防するという意識を明確に持ち始めると、痴呆の早期発見のための問診や検診を行っても、放置することなく、痴呆予防教室や軽度デイケアなどの必要な対応を受けることにつながる。普及・啓発を実施せずに、早期発見のシステムを作っても、その後の受診や必要な対応へはつながっていかない場合が多い。

また、ボランティアへの啓発は、痴呆予防活動に巻き込む意味でも、重要である。痴呆のリスクのある人たちは、活動に参加する意欲が低いことが多く、ボランティアはこうした人たちに活動への参加を促す役割を担うことができる。

啓発の計画づくり

啓発の目標を決めよう

- ・痴呆や痴呆予防について正しい知識を持つ人を増やす
- ・生活習慣を変える人を増やす
- ・早期に受診したり、相談する人を増やす

啓発の方法（啓発すべき対象、内容、媒体）を費用も含めて具体的に考えよう

実行後の評価もきちんとしてよう

(3) 痴呆の危険因子の理解

啓発すべき情報（メッセージ）は科学的に納得できる、信頼が持てる内容であることが重要である。

そのためには、痴呆症の大きな割合を占める脳血管性痴呆と、アルツハイマー型痴呆の危険因子について理解することが必要である。脳血管性痴呆については、従来から高血圧、飲酒、喫煙、糖尿病などの生活習慣が危険因子として認められてきた。アルツハイマー型痴呆に関しては、ようやく最近になって、その危険因子として、図1に示される生活習慣に関わる危険因子が相次いで報告されるようになった。

※ 県では痴呆発症の危険因子を広く県民に理解してもらうため、東京都老人総合研究所の監修を受け、パンフレット「痴ほうの予防に向けて」を作成（平成14年12月）。詳細は資料編P186 - 188参照。

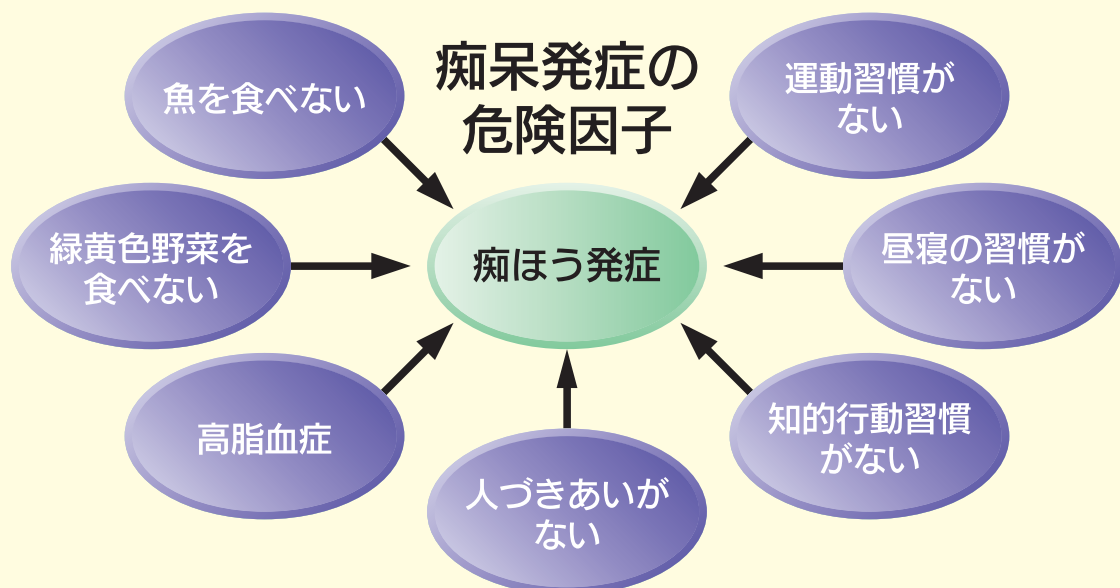


図1 アルツハイマー型痴呆発症の危険因子

啓発すべき情報は科学的に納得ができる情報であること

そのためには「痴呆の危険因子の理解」が必要

- ・脳血管性痴呆の危険因子……高血圧、飲酒、喫煙、糖尿病などの生活習慣
- ・アルツハイマー型痴呆の危険因子……栄養、運動、知的活動、対人的活動などに関わる生活習慣

(4) 地域の問題点の把握

このような危険因子に関して、事業を展開しようとする地域でどのような問題点があるのかを把握して、それに則った啓発ができることが望ましい。各種の調査や統計資料、たとえば、健康調査や介護保険のニーズ調査や介護保険サービス受給に至る原因疾患などから、痴呆予防に関わる危険因子やそれに関連する要因についての情報を得ておくことよい。また、地域での問題点を把握する方法として、痴呆予防の問題に絞ったフォーカスグループを実施して、そこで挙がった問題点を整理することもよいであろう。たとえば、「この地域では、冬季の降雪で外出頻度が少なく、対人的交流の機会が少ない」といった地域の問題点を高齢者の具体的な行動のレベルで把握しておくこと、啓発の計画を立てるのに役立つ。

(5) 啓発のターゲット（対象）とメッセージ（内容）を決めて実行する

啓発のターゲットを決めるときには、

- ・ある危険因子に関わる行動を変えたとき期待できる痴呆予防の効果
- ・その地域である危険因子を持つと想定される対象者の数
- ・その人たちが啓発によって行動を変えられるかどうかとその成功率

を考慮して啓発の対象と啓発の内容を決めることが望ましい。

地域における取り組みでは、最初に取り組むべきターゲットの優先順位としては75歳前の痴呆の有病率が高くなる前の段階の高齢者を対象とすることが多い。

啓発の初期、さらに次の段階における具体的な啓発の対象者及び実施方法について下記にまとめた。

啓発のターゲットとメッセージを決めて実行する

啓発の初期では

対象者：対象者は限定せず、一般の高齢者や家族

方 法：新聞・テレビなどのマスメディア、広報、パンフレットの作成、講演会、シンポジウム

啓発の次の段階

1) 対象者：より限定した小さな単位での啓発

方 法：地域のキーパーソンを組織化し啓発の担い手になってもらうことも重要

地域の民生委員、健康づくり推進員、ボランティアの人たちを対象にした痴呆予防講座

2) 対象者：特定の危険因子を持った人

地域で取り組まれている普及・啓発事例を表1に示す。

表1 地域における普及・啓発活動事例

対象者	方法	具体的内容	評価指標
一般住民	講演会・相談会や世界アツルハイマーデーに伴う街頭キャンペーン	パンフレット・啓発媒体の配布、相談会の実施、相談窓口の周知、医師・家族の会による講演会の開催	<ul style="list-style-type: none"> 講演会参加者数及び参加者に対する意識調査結果 相談会相談者の増加等 パンフレットを読んでもくれた人の割合
民生児童委員、保健協力員、ボランティア団体等	痴呆予防講演会	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットの配布 町の痴呆予防対策の説明、報告 精神科医師による講演 	<ul style="list-style-type: none"> 痴呆予防について正しく理解し、普及・啓発ができる人が増える 早期発見につながり得るような地域づくりができる（早期相談が増加する）
老人クラブ会員	会員学習会	<ul style="list-style-type: none"> 町の痴呆予防対策の説明、報告 講話（痴呆予防のポイント）と食事・試食 	<ul style="list-style-type: none"> 痴呆予防のポイントについて理解している人が増える。 教室終了後のアンケート
20歳以上の全住民・優先順位 ① 60歳以上の男女 ② 35歳以上の女性 ③ 35歳以上の男性 ④ 35歳未満の男女（優先基準は第4章P 137参照）	健康推進員の地区活動としての「住民学習会」。 ※3年後、住民自らが自主的に学習会の開催を要望するようになった。	3年以内に全ての自治体で最低1回は健康づくり推進員の地区活動として、普及啓発活動を取り組む。 住民の希望による学習会開催	<ul style="list-style-type: none"> リーダーの活動内容と活動状況 住民参加率または数の年次変化 地区組織リーダーの育成目標達成率 参加住民の年代別構成の年次推移

対象者は、主に一般住民（町広報・新聞による広報、老人クラブ、高齢者学級、各種ボランティア団体等）、痴呆予防対策に関わる行政関係者（在宅介護支援センター職員、保健分野における職員等）、地区組織活動に携わる地域関係者（健康づくり推進員、保健協力員、食生活改善推進員、民生委員、ボランティア等）、介護保険関係の支援者（介護支援専門員、サービス事業所職員等）などの対象者に対して、年次計画に沿って実施している。

また、普及啓発事業のための予算は、介護予防・地域支え合い事業補助金を活用している市町村が多いが、国民保険連合会支出金、老人保健健康増進等事業補助金等を活用して実施している市町村もある。

なお、具体的な取り組みについては、第4章の市町村事例を参考とされたい。

(6) 啓発の評価

啓発の評価は、経過と影響（結果）の2つの側面で評価が可能である。経過評価は、行った啓発が、目標に照らして、ターゲットとなる対象のどれくらいの人たちに行われたかを評価する。例えば、講演会に参加した人の人数がどれくらいであったか、パンフレットをどのくらいの人を読んでもくれたかなど。影響評価は、その啓発によって、対象となる人たちのうちどのくらいの人が痴呆予防についての知識を得て、予防についての認識を変化させたか、また、その結果、行動習慣を変化させたのかを評価する。啓発の影響評価は、啓発によってどのような変化があったのか、アンケートなどによる方法で評価するのが一般的である。

啓発の評価（2つの側面）

経過：目標に照らしてターゲットとなる対象のどれくらいの人たちに啓発が行われたか（講演会に参加した人の人数、パンフレットを読んだ人の割合）

影響：対象となる人たちのうち、どのくらいの人々が痴呆予防についての知識を得て予防についての認識を変化させたか、行動習慣を変化させたか

方法：啓発による変化についてのアンケート等

(7) 普及・啓発活動のまとめ

一次予防対策としての普及・啓発活動として最も重要なことは、啓発のための計画を作り、それに基づいて実施していくことであるが、啓発すべき対象者の優先順位は、地域の問題点を把握し、できるだけ多くの人の意見を踏まえて決定していくことが望ましい。

また、主に啓発すべき対象者となるのは、地域住民と保健・医療・福祉関係者であり、痴呆の危険因子について正しい知識を持ち、自ら生活習慣を変えていくことと、早期に生活障害や痴呆症状に目を向け、早期発見とその後の必要な対応につなげられる町づくりを行っていくことが目標となる。

2 生涯を通じた生きがい対策の視点から

(1) 痴呆予防の考え方

ここでは、元気な高齢者が痴呆予備群にならないために、あるいは痴呆予備群が軽度痴呆になるまでの期間をできるだけ延ばしていくために、生涯を通じた生きがい対策として、どのような痴呆予防対策を進めていけばよいのかについて述べる。

痴呆予防に取り組むには、どのような仕組みで痴呆予防が可能なのかをまず考えなければならない。

第2章第1節で前述しているが、痴呆は高齢になるほど発症率が高くなる。65歳以上ではわずかに数パーセントの有病率であるが、75歳を過ぎる頃から急に増え、85歳を越えると5人に1人は痴呆性高齢者になる。このことから、痴呆予防に最も真剣に取り組まなければならない年齢は、

60歳代後半から70歳代前半の人たちである。

また、これまでの研究から、脳には、病気や老化によって一部の機能が失われたり低下したりしても、他の部位がその機能を補うという柔軟な働きがある。これを脳の代償機能というが、この機能を上手に使うことで、例えばアルツハイマー病などになっても、影響の少ない部分の脳を上手に働かせることで、日常生活や社会生活に支障をきたさない状態、痴呆の症状が出ない状態を長く保つことができると言われている。また、健康な人でも、今の脳の状態をさらに活性化させておくことで、将来機能が低下して痴呆になるまでの期間を延ばすことができるという効果も期待できる。

このようなことを踏まえて、具体的なアプローチとして痴呆予防は、**運動習慣がないことや栄養の偏りなどの危険因子を低減することによって、脳の血流や代謝を改善するなど、脳の生理的な状態を良好に保つアプローチ**と、**記憶や注意、思考などの認知的機能を積極的に使うことによって脳の神経活動の効率を高めるアプローチ**とに大別することができる。後者のアプローチは、「Use it, or lose it (使いなさい、さもないとさび付きますよ)」という言葉で表されることが多い。このような観点から、どのようにしたら、高齢者が**認知機能を使う機会を減少させない生活環境や社会的サービスを整備できるかが重要なポイント**となる。

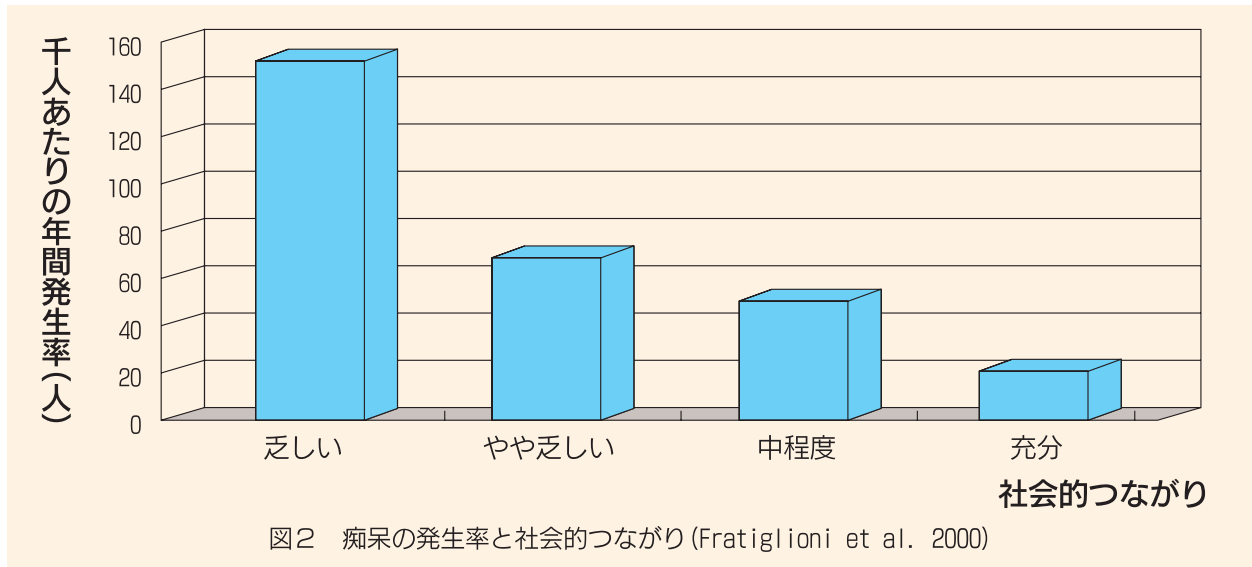
痴呆予防の考え方

- ・ 取り組まなければならない年齢：60歳代後半から70歳代前半の人たち
- ・ 痴呆予防の根拠：脳の代償機能を上手に使い、今の脳の状態をさらに活性化させる
- ・ 具体的なアプローチ：**脳の生理的な状態を良好に保つアプローチ**
(危険因子を低減し、脳の血流や代謝を改善)
脳の神経活動の効率を高めるアプローチ
(記憶、注意、思考などの認知的機能を積極的に使う)

(2) 痴呆予防に効果的な生きがい活動

次に、痴呆予防に効果的な生きがい活動のあり方について述べる。

なぜ生涯を通じた生きがい活動が、痴呆予防に結びつくのかについて、社会的つながりという視点でまとめた研究がある。ひとり暮らしで、同居以外の子どもや友人が訪ねてくるのが週1回以下という、社会的つながりが乏しい人は、子どもと同居していて、同居以外の子どもや友人が週に1回以上訪ねてくるような、社会的つながりが充分にある人に比べて、痴呆の発生率が8倍であるという結果が報告されている(図2参照)。人とのつきあいというのは、人とどれだけ話をしてるか、ということである。人と話をするときには、多くの場合、過去の記憶や体験したこと(エピソード記憶)をもとに会話をする。また、人と会話をするときには、相手の身振りや表情、気持ちなどいろいろなことに注意を向けながら(注意分割力)話をしている。あるいは、友達とどこかに遊びに行く約束をしたら、それを目標に1日の計画や1週間の計画を立てる(計画力)かもしれない。つまり、人とつきあいをすることによって、私たちは自然に脳のさまざまな機能を使っている。人とのつきあいが少ないということは、そのような脳の機能を使う機会が少ないということにつながる。



これは、社会的つながりを積極的に持つことにより、認知的機能を刺激し、脳の神経活動を効率よく高めるアプローチにつながっていることを示唆するデータの1つである。

認知機能を刺激する痴呆予防にとっての望ましい生きがい活動は、次のような特徴をもったものと考えられる。

① 認知的機能を刺激し、精神的努力を必要とする

特に記憶や注意、思考などの認知的機能を刺激するものであれば、痴呆予防のより高い効果が期待できる。たとえば、パソコン、料理、麻雀、囲碁、将棋のゲーム、学習活動、楽器演奏、ダンス修得など。認知的機能には、活動の企画や運営を中心になってできる段階の人から、多少の援助を受けながら活動ができるといった認知段階の人まで、個人差がある。活動の内容が、それぞれの認知機能の段階から見て、精神的努力を必要とするものであった方がよい。認知機能がやや低下したりリスクの高い人たちにとっては、長年培ってきた技術の延長線上にある活動、たとえば、伝統芸能や農業に関連した作物や食品づくり、あるいは特別な技術を必要としないウォーキングなどの運動などには参加しやすい。

また、運動の効果は見過ごせない。プランニングや注意分割などの機能は主に脳の前方に位置する前頭前野が関与しているが、運動は前頭前野の血流を良くする働きがある。また、運動は生理的な一日のリズムを作るのに効果がある。一日の生理的なリズムがしっかりしてくると記憶機能も改善する傾向がある。このようなことから、運動も並行して組み合わせることも大事である。

② 日常の生活で習慣的に行える

活動の頻度も、重要な要素である。たとえば、旅行やゴルフなどの活動は、毎日のように行うことは難しい。毎日の日課のように、あるいは毎週決まった曜日のように日常生活の中で習慣化できる活動が望ましい。

③ 個人の嗜好や価値観にあったものである

痴呆予防にとって有効な活動であるためには、とりわけ大事な要素は、動機付けの要素である。住民の多くがその活動を楽しめる、あるいは、やってみたいと思うものでないと認知的な

機能を刺激するものにはならない。また、活動の習慣化や長期的な持続が難しい。住民の多くがお金を払ってでもやりたいと考える魅力的な活動であるかどうかを考えてみる必要がある。特に男性の高齢者にとっては、活動の内容が価値観にあったものでないと参加が望めない。

図3は、認知的機能を刺激する余暇活動プログラムをまとめたものである。

図4は、東京都老人総合研究所で痴呆予防事業を目的として実施したグループで、痴呆予防



図3 認知的機能を刺激する余暇活動

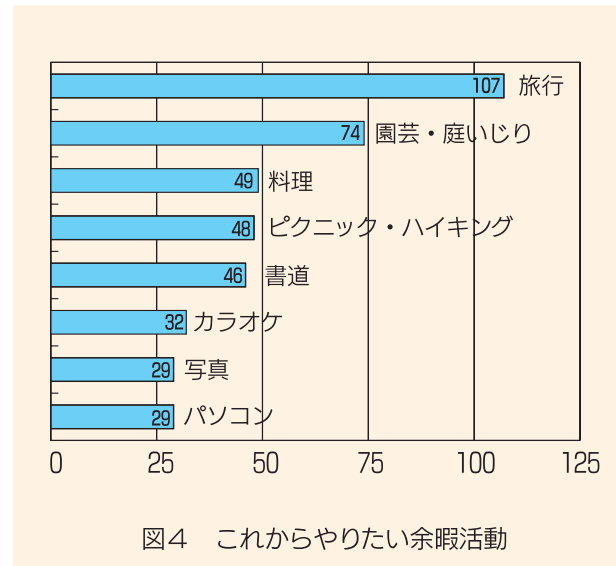


図4 これからやりたい余暇活動

に関心があるといった人が、「これからやりたいと思う余暇活動」について調査した結果である。

認知機能を刺激する痴呆予防にとっての望ましい生きがい活動の特徴

- ・記憶や注意、思考などの認知的機能を刺激するプログラムであること。また、精神的努力を必要とするものであること
- ・運動を並行して組み合わせる
- ・日常の生活の中で習慣化できる活動
- ・個人の志向や価値観にあったものであること

(3) 痴呆予防に有効な生きがい対策の進め方

活動が自分の好みにあった主体的に取り組めるものであるならば、より認知機能を使うことにつながって、効果が期待できる。

生きがい活動の支援にあたっての、最も大事な点は、地域の元気高齢者から閉じこもりがちで認知機能のやや低下したリスクの高い高齢者まで、それぞれがどんな活動をどのようにしたいのかニーズを知り、それに応じた活動を支援することである。

① 生きがい活動の実態とサービスの現状を知る

まずは、地域資源の実態を把握し、次に行政サービスや地域活動としてどのような生きがい対策につながる活動が行われているのかの情報収集を行う。さらに、収集した情報をもとに、認知機能の水準あるいはリスク別の対象者グループ毎の生きがい行動の種類、必要な社会資源、期待できる効果を検討する。

- ・生きがい活動の内容が認知機能を使うものになっているか
- ・主にどの認知機能のレベルの人たちが参加しているのか
- ・リスクの高い参加者にとって参加しやすいものか

・活動の頻度は痴呆予防の効果が期待できるものになっているか などを整理する。

住民の多様なニーズに応じた生きがい支援のサービスは、行政の総合的な幅広い連携があればより提供しやすいであろう。

② 生きがい施策を実施する

地域の人たちの生きがい対策を進める上で重要な点は、リスクのある住民を含めて多くの住民が主体的に生きがいを持った生活をしているかどうかである。このような地域社会を実現するためには、住民の力を活用して施策を進めていく必要がある。**生きがい施策は対象や内容が多種多様で、対策の目的や対象がはっきりしていないことが多い。**したがって何をやっても生きがい対策になってしまう傾向がある。こうした意味で、生きがい施策の対象を明確にし、(2)①から③に述べた**痴呆予防の効果の観点から優先順位をつける必要がある。**

そうした施策を行政のサービスとして行うのか、住民主体の活動への支援という形で行うのか、また、どのように行うのかを考えておく必要がある。

はじめは、行政がリードする必要があるかもしれないが、軌道に乗ったら住民組織の自主的な活動に任せていくという方法が広く地域展開を図る意味では有効である。

なお、生きがいにつながり痴呆予防に効果的な活動として、2つのタイプの活動に分けることができる。一般に活動の参加者が活動の目標として「痴呆予防を意識しないタイプの生きがい活動」と参加者が「痴呆予防を目的として意識するタイプの活動」である。

ここでは、参加者が「痴呆予防を目的として意識するタイプの活動」について述べる。

痴呆予防を目的とした活動の支援

誰しも痴呆になりたくないという願望がある。そのために認知的機能を鍛えることを目的とした活動があれば参加してみたい、という意向をもった高齢者は少なくない。こうした目的を持つ活動は一般的な生きがい支援の活動に比べてより効果的である。

認知機能を刺激する痴呆予防にとって望ましい生きがい活動の特徴を踏まえて、地域で効果的な痴呆予防活動を進めるための条件をまとめた。

効果的な痴呆予防活動を進めるための条件

- ・参加者が痴呆予防を目的としていることをはっきりと意識していること
- ・思考力、記憶力、注意力の認知機能を鍛える要素のプログラムであること
- ・高齢者が好む活動の内容になっていること
- ・いくつかの種類の活動が用意されていること
- ・活動は個人で行うよりも、6名から8名の集団で行うと継続しやすいこと
- ・参加者は認知機能が低い人ばかりでなく、能力の高い人も含まれていること
(参加者の中で能力の高い人たちは、活動の仕方を学んで自立して活動を維持する能力を発揮し、活動を地域に広げていく担い手となる)
- ・徒歩で通えるような身近な活動場所と週1回以上の頻度で活動が行えること
- ・活動の援助方法やグループワークを学んだスタッフが援助すること

この条件に沿って、実際に東京都老人総合研究所は、豊島区、世田谷区と一緒に「痴呆予防を目的とした生きがい活動」として地域型痴呆予防プログラムに取り組んでいる。

③ 生きがい施策の評価

対象や目的がはっきりしていれば、評価の観点も明確にできる。たとえば、活動が認知機能の水準あるいはリスク別に対象者グループを分けて、それぞれのグループの生きがい行動の種類、生きがい行動を行っている人の数や行動頻度がどれだけ増えたかなどを評価する。施策の評価として、これらの効果について、どのくらいの費用対効果があったのかも評価しておきたい。長期的な観点から、地域の痴呆の発症率や有病率が変化したかなどの結果評価を行う。なお、生きがい行動別痴呆予防効果の期待度に関して表2にまとめた。

表2 生きがい行動別痴呆予防効果の期待度に関する一覧

生きがい行動	認知機能の水準	対象者の数	活動の社会的コスト	必要な社会的資源	認知機能の要求度	行動の頻度	効果の期待
シルバー人材センターでの就業	高い	少ない	シルバー人材センターの運営費用	シルバー人材センター	高い	機会的～日常的	大きい
老人大学での学習	高い	少ない	老人大学運営費用	老人大学運営組織、学習施設、講師	高い	機会的	やや小さい
パソコン個人学習	高い	少ない	個人的出費	パソコン学習の支援者	高い	日常的	大きい
麻雀教室	やや低下～高い	ごく少ない	教室運営費	運営組織施設、設備、講師	高い	機会的～日常的	頻度による。日常的ならば大きい
老人クラブの旅行サークル	やや低下～高い	比較的多い	運営補助費	老人クラブの組織	中程度～高い	機会的	少ない
個人的野菜づくり	やや低下～高い	多い	個人的出費		中程度～高い	冬季を除いて日常的	効果は期待できるがやり方による
会食サークル	低い～やや低下、リスクの高い人が参加しやすい	少ない	運営補助費	会食サービス提供組織、補助費	低い	日常的	配食に比べて効果は期待できる

(4) 地域における一次予防対策としての生きがい活動

⇒ P27 図5「地域における痴呆予防対策のモデル体系図」に沿って、痴呆の一次予防対策として取り組まれている生きがい活動を整理する。一次予防対策としては、元気な高齢者を痴呆予備群にしない段階の活動と、痴呆予備群を軽度痴呆にしない（高リスクアプローチ）の段階の活動がある。痴呆予備群の判定については、「第4節 痴呆の二次予防対策の進め方 1 早期発見のための方法」で後述する。

生きがい活動として、各自治体で行われている活動は、多岐にわたる。どの活動が、有効であるか優先順位をつけながら、痴呆予防対策の中に組み込んでいくとよいだろう。

また、どの活動が、元気な高齢者を痴呆予備群にしない段階の活動であり、痴呆予備群を軽度痴呆にしない（高リスクアプローチ）の段階の活動であるという区分けは難しいが、それは目的や対象者の選定基準によって異なる。同じ「痴呆予防教室」であっても、元気な高齢者を対象として、普及啓発を目的としていけば前者に入るし、主に痴呆予備群を対象として、痴呆を予防するという目的を自覚し、認知機能を刺激するプログラムに基づき、個々人の評価判定を行いながら実施する教室として位置づけているならば、後者に入る。

しかし、前者と後者の大きな違いは、後者は予防型デイケアや痴呆予備群を対象とした痴呆予防教室など、前述した効果的な痴呆予防活動を進めるための条件に基づいた事業の実施が必要であるということである。前者と全く同じ方法で実施したのでは、後者の成果は得にくい。

○痴呆を予防するという目的を明確にして行えば痴呆予防につながる活動

目的を明確にして行えば痴呆予防につながる事業としては、脳の血流や代謝を改善するなど、脳の生理的な状態を良好に保つアプローチにつながる「健康づくり対策」、「生活習慣病予防対策」、「転倒予防対策」、「寝たきり予防対策」、「脳卒中予防教室」等がある。その他にも、老人保健事業の中の「機能訓練」、「健康相談」や介護予防・地域支え合い事業の中の「痴呆予防教室」などがある。さらに、記憶や注意、思考などの認知的機能を積極的に使うことによって脳の神経活動の効率を高めるアプローチにつながる事業として、「閉じこもり予防教室」、「手段的日常生活動作 (IADL) の低下予防教室」、「生きがいデイサービス」等がある。また、このような痴呆予防につながる生きがい活動は、自治体だけでなく、シルバー人材センターの事業、社会福祉協議会などのボランティア事業、公民館活動、教育委員会の生涯教育の事業、老人クラブや婦人会の活動、自主グループ活動等さまざまな部署や団体が実施している。

できれば、痴呆予防の活動に結びつくように、痴呆予防対策の検討会時には、関係者に参加を求めて認識を共有化できれば住民の多様なニーズに応じた生涯を通じた痴呆予防対策の実行にもつながりやすい。自治体によっては、観光課、産業振興課など一見生きがい対策事業に関係のないような部署まで含めた連携を行い、多彩なメニューを提供している。

(5) 生涯を通じた生きがい活動のまとめ

生涯を通じた生きがい対策の視点から一次予防対策を考えると、まず痴呆予防に真剣に取り組まなければならない年齢は、60歳代後半から70歳代前半の人たちである。また、痴呆予防は、脳の代償機能を上手に使い、今の脳の状態をさらに活性化させたり、影響の少ない部分の脳を上手に働かせることによって、脳の機能の低下をできるだけ先に延ばしていくというものである。

具体的なアプローチとしては、危険因子を低減し、脳の血流や代謝を改善し、脳の生理的な状態を良好に保つアプローチと、記憶、注意、思考などの認知的機能を積極的に使うことによる脳の神経活動の高率を高めるアプローチに大別される。

認知機能を刺激し、痴呆予防につながる生きがい活動の特徴は、1) 認知的機能を刺激し、精神的努力を必要とするもの、2) 日常の生活で習慣的に行えること、3) 個人の嗜好や価値観にあったものであることが挙げられる。

第4節 痴呆の二次予防対策の進め方 — 早期発見、早期対応の視点から —

ここでは、第2章 第1節で述べている「痴呆の診断基準、痴呆の経過」を踏まえて、痴呆が発症するまでは年余の期間があると推計される「痴呆」と診断される前の痴呆になる可能性の高い人、いわば痴呆予備群と、軽度痴呆の早期発見の方法とその後の早期対応策について述べる。

1 早期発見のための方法

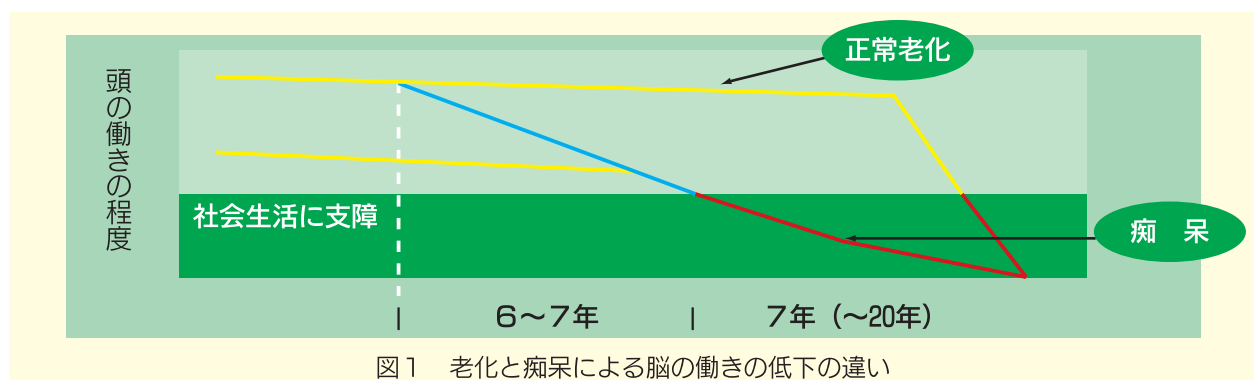
(1) 早期発見の意義

どのような病気であれ、早く見つけて早く対処することのメリットは大きい。つい最近まで、痴呆症の大部分は治療の対象にならない病気であり、早期発見、早期対応の関心はそれほど高くはなかった。ところが、近年の医学的進歩によりその70%は医学的治療の対象になりうる状況になってきており、できるだけ軽度の状態から早期に発見し、早期の治療を施すことの重要性が認識されるようになってきた。

確定診断後であっても、アルツハイマー病については、抗痴呆薬が用いられるようになって、中核的な痴呆症状である記憶学習の機能の改善や注意・意欲の改善が効果として期待できるようになった。こうした効果は1年弱の期間ではあるが、その時間が痴呆患者や家族に与えるメリットは大きい。たとえば、それらの時間を人生の残された時間としてより意義のあるものとするばかりでなく、成年後見制度を利用して、自分の将来の介護や生活について前もって自己決定ができる、痴呆に伴う症状を補う生活方法を学ぶことができる、などのメリットが活かせる。また、家族も余裕をもって将来の患者との接し方や援助の仕方を学ぶことができ、介護保険サービスの利用についても早くから情報を集め、準備ができる。

痴呆予備群の発見の意義

発症と発病は違う。「第2章 第2節 痴呆予防の考え方と意義」でも前症状期と、臨床的疾病期という表現で述べたところであるが、正常な老化のスピード以上に脳の働きが低下し始めてから、痴呆の診断がつくまで、5年から10年の期間があるといわれている。平均すると大体6～7年の期間（図1）である。前駆状態、無症候性の状態が長い期間あって、そこは見逃されているのである。脳の神経細胞がある程度壊れてくれば、戻しようのない痴呆は起こってくるが、そのレベルは一般の人が考えているより遙かに進んだ状態になってからである。痴呆予備群の段階で発見することにより、できるだけ痴呆にならないような生活の仕方を学び、痴呆にならないように、あるいは、痴呆になるのを遅らせるように生活の仕方を変えることができる。



(2) 早期発見のキーパーソン

本人および家族による早期発見

地域で痴呆予備群と痴呆の早期発見・早期対応を効率的に推進しようとするためには、最初には、最初には誰かではないかと疑いをもつ人は誰かを考えてみる必要がある。早期発見の最も重要なキーパーソン、担い手は、本人および家族である。痴呆予備群の段階、すなわち痴呆症と診断される前の軽度認知障害の段階では、ほとんどの人が認知的低下を自覚することができる。また、家族は、本人の以前の状態を知っており、認知的機能の変化や生活の変化にもっとも気づきやすい観察者である。問題はそれが痴呆の前駆的状态として、あるいは痴呆の症状として疑うことができるかということである。本人や家族がおかしいなと思う症状に気づいても、年のせいだとか何かのストレスのせいだと片づけてしまうことが非常に多い。家族が痴呆の早期発見の担い手になれるかどうかは、痴呆の前駆的状态として、あるいは痴呆の症状のサインをキャッチできる知識があるかどうかにかかっている。この意味で、一次予防対策で展開する痴呆についての啓発は重要な意味を持っている。

早期発見の方法

- ・早期発見の重要な担い手は、本人及び家族である（特に、家族は認知的低下や生活の変化に気づきやすい観察者であるが、そのためには痴呆の前駆的状态をキャッチできる知識が必要）
- ・軽度認知障害の段階で、本人は認知的低下を自覚している

(3) 痴呆予備群のサイン

痴呆を発症する前の段階では、エピソード記憶、注意分割機能、計画力などの認知機能が低下する（図2）ことが分かっている。エピソード記憶は、「朝、何を食べたかを思い出せる」といったように、体験した事象を記憶し、思い起こす能力である。注意分割機能は、「2つのことを同時に並行してできる」といったように、適度に注意を分散し切り替える能力である。また、計画力は、「旅行の計画を立てる」というように、新しい場面で必要な情報を処理して目的を達成する（問題解決の）方法を見つける能力である。この能力は何かを実行するとき、段取りの良し悪しに関係する。

これらの認知機能は、老化によっても徐々に低下するが、痴呆症へ至る前段階ではより急激に低下を来す。痴呆予備群の段階では、本人は認知障害が軽度であるので、自分の症状に気づいていることが多いが、それを知識がないために単なる老化現象であると見なしていることが多い。また、痴呆予備群の人たちは、全く普通の生活ができている人たちが大部分である。ほとんどの人は医療機関を受診することはない。地域で早期発見、早期対応を推進しなければならない理由はそこにあるといえる。

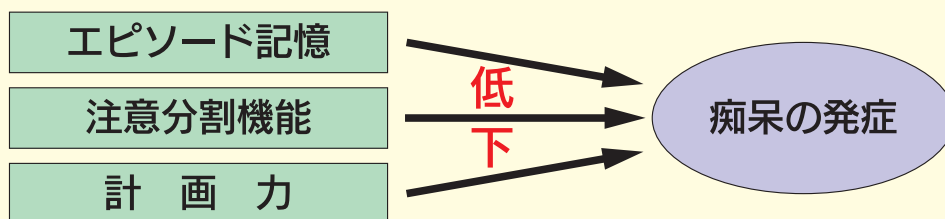


図2 痴呆発症の前段階で低下する機能

痴呆予備群は、軽度認知障害(MCI)や年齢関連認知的低下(AACD)などと呼ばれている。MCIは、主に記憶障害に着目している基準である(図3)。地域の高齢者における推計割合は約3%と言われており、3年後の痴呆発症率は約11%である。それに比べて、AACDは、記憶・学習、注意、思考、言語、空間知覚の5つの認知領域に着目している(図4)。5つの認知領域のいずれかに障害がある場合、AACDと診断される。フランスの研究ではAACDが地域高齢者の約20%を占めていることがわかっている。その中のおよそ30%が3年以内に痴呆になる。AACDでスクリーニングした群の方が、MCIより、その後の痴呆の発症率は高いと言える。

MCI(軽度認知障害)の基準

1. 記憶障害の訴え
2. 知的機能は保持
3. 記憶テストの成績が悪い(1.5SD以上低い)
4. 日常生活能力は保持
5. 痴呆でない

(Petersen et al. 1997)

図3 MCIの基準

AACD(年齢関連認知低下)の基準

1. 本人から、または信頼できる他者から、認知機能障害の訴えがある
2. 6ヶ月または1年徐々に低下している
3. 次のいずれかに、障害がある
記憶・学習、注意、思考、言語、空間知覚
4. テストで成績が悪い(1SD以上低い)
5. その他除外すべき項目がない

(Levy 1994)

図4 AACDの基準

エピソード記憶、注意分割機能、計画力などの認知機能の側面で、今までにはない変化を感じている場合や、1年前と比べて、「かなり悪くなっている」と悪化が自覚されていれば、**痴呆の前段階、軽度認知障害を疑って見るべき**である。

P47に認知機能低下自覚の1から3の質問項目(自覚得点)があるが、これら3つの項目は、痴呆を発症する前の段階で低下する認知機能を1年前と比較して確認している質問項目である。これは本人の自覚を確認する主観的なものである。最初の質問は物覚え(記憶力)で、「エピソード記憶」を質問している。次の質問は、集中力で、集中力は「注意力」の1つである。最後は、段取りで、「計画力」についての質問である。

痴呆予備群の段階では、他者からの監視や援助が必要な生活上の支障が出ているわけではないが、手段的日常生活能力(IADL)が低下していることが多い。

- ・「電話番号を自分で調べて電話をかけることができる」
- ・「電車やバスを利用して、あるいは、自分で車を運転して出かけることができる」
- ・「家計の管理ができる」
- ・「薬を決まった分量、決まった時間に飲むことができる」

これら4つの手段的日常生活能力(IADL)ができなくなった場合に、年間の痴呆の発症率は全部できる人に比べて300倍という報告がある(表1)。これらの手段的日常生活能力が低下していれば、やはり軽度認知障害を疑って見るべきである。ただし、手段的日常生活能力は、年齢や教育年数、目や耳の知覚機能、身体的な運動機能の影響を受けるので、判断にはそれらを考慮しなければならない。

なお、4つの手段的日常生活能力を含む15項目版による年齢ごとの痴呆予備群の目安を別表1に示す。

表1 4つの手段的日常生活能力結果による年間の痴呆発症危険率

IADL 4項目の結果	0点 (全てできる)	1点	2点	3点	4点 (全てできない)
年間発症危険率	1	10.6	14.8	59.0	318.4

痴呆予備群のサイン

- ・エピソード記憶、注意分割機能、計画力などの認知機能の低下が1年前と比較してある
- ・4つの手段的日常生活能力 (IADL) を含む15項目版による年齢ごとの痴呆予備群の把握

(4) 軽度痴呆のサイン

痴呆の初期の段階では、**エピソード記憶の障害**は常に見られる。家族は、「何度も同じ質問をする」といった記憶障害の症状から痴呆に気づくことが多い。このほかの症状として、勘違いをする（推理能力の困難）、場所や時間が分からなくなる（見当識障害）、適切な言葉がでない、いわれた言葉が分からない（言語障害）、注意が集中できない（注意力障害）、物の配置を取り違える（視空間認知障害）、常識にそぐわない行動や場違いな行動をする（判断力の障害）などが見られる。ときとして、怒りっぽい性格になる（人格変化）、ものを盗られたと訴える（被害的妄想）、あからさまな性的な行動をする（性的行動変化）、臭いの感覚の低下または喪失（嗅覚異常）などが見られることがある。こうした初期の痴呆のサインは、家族が痴呆を疑うのに知っておくべきである。DECO（別表2）は、痴呆の中核的症狀である記憶機能を中心に、1年前と比べての変化をチェックするものである。

痴呆は、日常生活や職業生活において他者からの監視や援助が必要な状態である。従って、もうひとつの痴呆の初期の段階のサインは、日常生活能力の低下である。たとえば、「手紙が書けない」、「洗濯物や食器の整理ができない」、「掃除ができない」、「日用品の買い物ができない」など、手段的日常生活能力が低い場合は、痴呆を疑ってみるべきである。別表3は、家族による「手段的日常生活能力15項目版の評価とDECOの組み合わせによる痴呆のスクリーニングの目安」と本人による「手段的日常生活能力(IADL)15項目版の評価と、本人の認知的低下項目との組み合わせによる痴呆のスクリーニングの目安」を示している。

軽度痴呆の初期のサイン

- ・エピソード記憶の障害。このほか、推理能力の困難、見当識障害、言語障害、視空間認知障害、判断力の障害。
- ・手段的日常生活能力 (IADL) の低下

※スクリーニング表として、

- 家族に対する・・・IADL15項目版とDECOの組み合わせ
- 本人に対する・・・IADL15項目版と認知機能低下自覚の組み合わせ

(5) 痴呆予備群、軽度痴呆の早期発見の考え方と進め方

各自治体や保健・医療・福祉関係者が、「早期発見のための調査やスクリーニング検査」を行う際の具体的な方法について述べる。

スクリーニング検査については、「第2章第2節 P23～24にスクリーニング検査の定義及び優れた検査の条件」で前述しているが、スクリーニング検査は無自覚の人、自覚症状がない人を何らかの方法でふるい分けすることである。それは確定診断ではないので、その後精密検査によって最終診断が確定し、早期治療に役立てることとなる。優れた検査の条件で、有効性、信頼性、簡易性、費用がかからないという条件を満たしていること。また集団検診として実施するのであれば、さらに「第2章第2節 P24表3」で前述している適応条件を満たしている手法が優れたスクリーニング手法である。疾病が進行する前の早期に発見できる、重要な健康問題である、適切な治療法がある、事後フォローアップができるなどの条件を満たしていることが必要となる。

早期の認知障害の人たちをスクリーニングする手法は、現時点では確実なものはないが、昨今いろいろな機関や地域で試みられている段階である。東京都老人総合研究所で用いている手段的日常生活能力15項目版とDECOの組み合わせによる痴呆のスクリーニングや、2次調査で実施する「PAS」という老年期精神障害評価スケールは、東京都、沖縄県、本県等で調査を行っており有効性が出ている手法の1つである。

スクリーニングは早期発見のための1つの手段であり、二次予防においては、本人、家族や保健・医療・福祉関係者、民生委員や健康づくり推進員などが、痴呆予備群、軽度痴呆のサインを見逃さず、早期に介入できる仕組みを作っていくことが、最終的な目標となる。まずは何のためにスクリーニングするのか？という目的を、関係者間で共有しておくことが大事である。多くの場合、健康診断の一環として、痴呆予備群や軽度痴呆を早期発見するためとか、痴呆予防プログラムを立ち上げたので、地域にどのくらいの対象者がいるのか、あるいは誰が対象者か把握するためなどであろう。

痴呆予防対策を実施するにあたり、痴呆予備群や軽度痴呆の実態把握は重要であるが、そのための方法やスクリーニングを実施するにあたり、その後、どのようにデータを活用するのか、スクリーニングされた対象者に対する事後フォローはどうするのかなどについて、事前に準備・計画してから実施することが必要である。事前の準備を十分行わないで実施すると、住民の不安を助長することになり、失敗することが多い。

次に、調査やスクリーニング検査を実施する際の事前準備として必要な条件をまとめた。

なお、IADLとDECO等によるスクリーニング実施にあたっては、別表4を参考とされたい。

ア) 地域での事前の啓発、勉強会の開催

地域住民に対して、痴呆の危険因子や初期症状の理解のため、「痴呆になりやすい生活・予防・治療可能性」「痴呆症状についての知識」「相談窓口の情報提供」などについて、痴呆検診や調査の前には、十分な啓発や勉強会を実施しておく必要がある。

十分な啓発や勉強会を行わずに、痴呆検診や調査を実施すると、精検検査の受診率が非常に悪かったり、テストをさせられたという感覚でトラブルが起こりがちである。

さらに、検診等によりスクリーニングされた後に、かかりつけ医・専門医による相談、診断を受け、確定診断に至るまでも、家族や本人の否認、特に決定権の強い家族が否認の気持ちが強いと時間を要することになる。早期受診を決断するためにも、事前に早期対応のメリットについて理解してもらうことが必要である。

イ) スクリーニングのための根拠に基づく方法の検討

痴呆の予備群や痴呆を早期発見する方法として、痴呆の予備群や痴呆のみに限定した検診や総合的な健康診断の機会にHDS-R(別表5)、MMSE(別表6)やPAS(別表7に概略掲載。

なお詳細は、ホームページ連絡先。[<http://www.mhri.edu.au/Pas/> (英語版バージョン)] 概略 図5などのスクリーニングのための認知的検査を行ったり、問診や自己チェックとして DECO チェックリストや IADL15 項目版を行うこともひとつの方法である。この他、滋賀県水口町のように社会機能の低下と生活障害を視点にした質問票を開発し、痴呆予備群、軽度痴呆の早期発見を行っているところもある。

いずれにしろ、検診や調査を実施するに当たっては、痴呆を早期発見する意義を理解してもらい、検査の同意を得ておくことが必要である。総合的な健康診断では、別の疾患の検査を目的に受ける住民が多いので、結果を知らせる場合は、できるだけ直接、担当者が家族や本人に痴呆の早期対応の意義を説明して、診断や検査を受けてもらうことが大事である。

PAS: 認知障害スケール(本人用)

- ・「リンゴ」、「机」、「円」の記憶・再生
- ・文章の作成
- ・住所・氏名の記憶・再生
- ・有名人の説明(美空ひばり……)
- ・元旦の説明
- ・指示に従った動作
- ・文章の理解(強く咳をしてください)
- ・重ね書きの線画を見つける
- ・模写: 2つの重なった五角形

図5-1 PAS概略(本人用)

PAS: 認知的低下スケール(家族用)

- ・よく知っている場所で、道に迷ったことがありますか
- ・最近の出来事を思い出すのが困難になっていませんか
- ・所持品をどこにおいたか思い出しくなっていますか
- ・2, 3日前の会話の内容を思い出すのが難しくなっていますか
- ・人と会う約束や予定などを覚えているのが困難になっていませんか
- ・家族や親しい友人の顔を見分けるのが困難になっていませんか ……………

図5-2 PAS概略(家族用)

ウ) かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり

痴呆の二次予防にとって医師は、診断する、診断に基づいたその後のサービスにつなぐという決定的に重要な役割を持っている。

痴呆の診断は、地域で最も身近な医師であるかかりつけ医が行うのが望ましい。このためには、痴呆の診断と治療の技術を持ったかかりつけ医の存在が必要である。事前にかかりつけ医や専門医の受け入れ体制を確認したり、連携をとっておく必要がある。住民にとっては、痴呆を診療できる地域の医師のリストがあれば助かる。医師会などと協議して、痴呆を診療できる医師として登録する制度を作っている自治体もある。

痴呆の診断は、本人に対する観察、問診や家族からの認知機能や生活の変化などの情報、認知検査、神経的検査の情報から、うつ病やせん妄状態などのチェックを経て、痴呆かどうかの診断が行われる。痴呆であれば、それを引き起こしている病気の鑑別診断が行われ、アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆などの診断がつけられる。

軽度認知障害については、一般的な診断基準があるわけではなく、現段階においては、一部の専門医療機関が研究的に行う場合を除いては、ほとんど診断がなされていない。

エ) 早期対応体制づくりまでを計画してからの早期発見

事前に対象者数を予測し、痴呆予備群及び軽度痴呆の対象者向けの成年後見制度などの社会資源の把握や痴呆予防プログラムの立ち上げなどについて計画しておく必要がある。また、携わる関係職員は、痴呆の受け入れのための援助、痴呆生活の適応のための学習などについて勉強会を開いておくことも必要かもしれない。具体的な早期対応策については、P 58 からの次節「2 地域における早期対応策の考え方と進め方」で述べる。

オ) 早期発見の技術・能力を高めるための保健・医療・福祉関係者への研修の実施

痴呆の予備群や痴呆を早期発見する担い手として、本人および家族の次に考えなくてはならないのは、かかりつけ医や保健師、介護支援専門員、ホームヘルパーなどの職業にある人たちや、民生委員や健康づくり推進員などの地域住民の身近で保健・福祉に関わる人たちである。これらの人たちは、普段の診療や保健、福祉のそれぞれの職務の中で痴呆予備群や痴呆の可能性をもつ人と多く接している。こうした職業にある人たちに研修の機会を提供して、痴呆予備群や痴呆を早期発見する能力を高めることは有効な対策である。さらに、早期発見ばかりでなく、その後の受診のための情報提供や相談、生活の助言などにも大きな役割を持っている。

具体的には、一次予防対策の普及啓発として研修会を開催している市町村や、県レベルで早期発見のための手技に関する研修会を開催しているところもある。

これらを踏まえて、想定される受診に致るフローチャート（図6）、及び受診から二次予防対策を含めた早期対応行動に至るフローチャート（図7）を示す。

早期発見として調査や検診を実施する前の事前準備として必要な条件

- ・地域での事前の啓発、勉強会の開催
- ・スクリーニングのための根拠に基づく方法の検討
- ・かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり
- ・早期対応体制づくりまでを計画してからの早期発見
- ・早期発見の技術・能力を高めるための保健・医療・福祉関係者への研修の実施

なお、県内3市町村で実施した痴呆予備群、軽度痴呆のスクリーニングの目安となるIADL15項目及びDECOチェックリスト、さらに二次調査としてPASを用いた調査事例について、次に紹介する。

IADL15項目版とDECOによる高齢者アンケート調査事例

県では、平成14年度に県内3市町村において、痴呆予備群、軽度痴呆のスクリーニングの目安となる「IADL15項目版」と認知機能の変化の自覚、「DECO」チェックリストを活用して、下記の流れで調査を実施した。

ア) 一次調査：スクリーニングのための基礎データ

対象者：65歳以上の高齢者 1,835名

内容：IADL15項目版、認知機能の変化の自覚、その他

家族対象者：高齢者の家族 1,653名

内容：IADL15項目とDECO家族のための痴呆を疑うチェックリストなど

=====>調査票は資料編P178～181参照

イ) 二次調査：スクリーニングの結果の検討

対象者：一次調査対象の中から、241名とその家族

痴呆と予測される対象者と痴呆ではないと予測される対象者を統計学的方法で選定。

内容：痴呆の診断のための面接法（PAS）を対象者とその家族に実施

面接は、ある程度健康プロフェッショナルである医師、保健師、ソーシャルワーカー、健康づくり推進員等が担当した。

ウ) 結果

家族による IADL (= < 5) および DECO (= < 24) のスクリーニングと PAS による判定の結果

		スクリーニング		合計
		非痴呆	痴呆	
PAS による判定	非痴呆	79	38	117
	痴呆	26	98	124
	合計	105	136	241

感度 = 79.0% 特異度 = 67.5%

高齢者本人による IADL (= < 6) および認知機能低下自覚 (= < 7) のスクリーニングと PAS による判定の結果

		スクリーニング		合計
		非痴呆	痴呆	
PAS による判定	非痴呆	71	46	117
	痴呆	24	100	124
	合計	95	146	241

感度 = 80.6% 特異度 = 60.7%

「家族による IADL15 項目が 5 点以下、または DECO チェックリストが 24 点以下」の人を痴呆としてスクリーニングすると、2 次調査の PAS の判定を基準で 8 割の痴呆の人を把握できるが 2 割を見逃すことになる。この結果は、実用的には十分なスクリーニングが可能であるという結果である。IADL は、かなり客観的な聞き方で能力を聞くのでスクリーニングには適している。しかし、DECO チェックリストを加えるとスクリーニングの精度が高くなるので IADL15 項目と DECO チェックリストを併用した方がよい。

家族からの回答が得られないと本人の回答に頼る必要があるが、本人の場合もスクリーニングの精度は劣るがスクリーニングは可能である。本人の場合、痴呆の人を見逃さないためには、家族の場合の 5 点よりもやや広く 6 点以下の人を抽出する。やはり、3 項目の認知機能の変化の自覚を加えるとスクリーニングの精度が増すので、両者を併用した方がよい。

別表 1

I ADL（手段的日常生活能力）15項目版

	できる (1点)	できない (0点)
1. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか	1 できる	0 できない
2. リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行うことができますか	1 できる	0 できない
3. 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか	1 できる	0 できない
4. ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して出かけることができますか	1 できる	0 できない
5. 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか	1 できる	0 できない
6. 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか	1 できる	0 できない
7. 貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理することができますか	1 できる	0 できない
8. 日用品の買い物をすることができますか	1 できる	0 できない
9. 請求書の支払いをすることができますか	1 できる	0 できない
10. 銀行預金、郵便貯金の出し入れをすることができますか	1 できる	0 できない
11. 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	1 できる	0 できない
12. 食事の用意をすることができますか	1 できる	0 できない
13. 掃除をすることができますか	1 できる	0 できない
14. 洗濯物、食器などの整理をすることができますか	1 できる	0 できない
15. 手紙や文章を書くことができますか	1 できる	0 できない

(注)「できる」に1点を配点する

認知機能低下自覚

	よくなった	変わらない	少し悪くなった	かなり悪くなった
1. 1年前に比べて、物覚え（記憶力）に変化はありましたか	1 よくなった	1 変わらない	2 少し悪くなった	3 かなり悪くなった
2. 1年前に比べて、集中力に変化はありましたか	1 よくなった	1 変わらない	2 少し悪くなった	3 かなり悪くなった
3. 1年前に比べて、仕事や家事の段取りはよくなりましたか、悪くなりましたか	1 よくなった	1 変わらない	2 少し悪くなった	3 かなり悪くなった

(注)「よくなった、変わらない」に1点、「少し悪くなった」に2点、「かなり悪くなった」に3点を配点する

別表 2

痴呆を疑うチェックリスト (DECO)

	変 わ ら な い	多 少 悪 く な っ た	と と も 悪 く な っ た
1. 曜日や月がわかりますか	2	1	0
2. 前と同じように道がわかりますか	2	1	0
3. 住所、電話番号をおぼえていますか	2	1	0
4. ものがいつもしまわれている場所を覚えていますか	2	1	0
5. ものがいつもの場所にないとき、見つけることができますか	2	1	0
6. 洗濯機やテレビのリモコンなどの電気製品を使いこなせますか	2	1	0
7. 自分で状況にあった着衣ができますか	2	1	0
8. 買い物でお金を払えますか	2	1	0
9. 身体の具合が悪くなったわけではないのに、行動が不活発になりましたか	2	1	0
10. 本の内容やテレビの筋がわかりますか	2	1	0
11. 手紙を書いていますか	2	1	0
12. 数日前の会話を自分から思い出すことができますか	2	1	0
13. 数日前の会話を思い出そうとしても、難しいですか	2	1	0
14. 会話の途中で、言いたいことを忘れることがありますか	2	1	0
15. 会話の途中で、適切な単語がでてこないことがありますか	2	1	0
16. よく知っている人の顔がわかりますか	2	1	0
17. よく知っている人の名前を覚えていますか	2	1	0
18. その人たちがどこに住んでいるか、仕事などがわかりますか	2	1	0
19. 最近のことを忘れっぽくなりましたか	2	1	0

(注) 現在の日常生活と1年前の状態を比べ、「良くなった、あるいは変わらない」に2点、「多少悪くなった」に1点、「とても悪くなった」に0点を配点し、全項目の総合点数が24点以下で痴呆の疑い

監修：本間昭 Ritchie K & Fuhrer R : Internation Journal of Geriatric Psychiatry 11:149-156, 1996 より引用

別表 3

○家族による IADL15 項目版と DECO を用いた痴呆のスクリーニングの基準

1. IADL15 項目版の得点が 5 点以下であること
2. または、DECO の得点が 24 点以下であること

○本人による IADL15 項目版と自覚得点を用いた痴呆のスクリーニングの基準

1. IADL15 項目版の得点が 6 点以下であること
2. または、認知機能低下自覚の得点が 7 点以上であること

○家族または本人による IADL15 項目版を用いた痴呆予備群のスクリーニングの基準

IADL による痴呆予備群（本人・家族共通）

年 齢	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85 歳以上
IADL 得点	11 点以下	10 点以下	8 点以下	7 点以下	6 点以下

注) IADL を用いるにあたっては、得点の低下が、移動能力、視覚・聴覚などの感覚機能の低下によらず、主として知的な低下によること。また、大卒などの高学歴者は基準に 1 点を加算する。

○痴呆および痴呆予備群をスクリーニングする基準まとめ

痴呆および痴呆予備群をスクリーニングする基準

スクリーニングの対象		家族からのデータ	本人からのデータ
痴 呆	すべての年齢	以下の基準のいずれかを満たす DECO が 24 点以下 IADL が 5 点以下	以下の基準のいずれかを満たす 認知機能低下自覚得点が 7 点以上 IADL が 6 点以下
痴呆予備群	65-69 歳	IADL が 11 点以下	IADL が 11 点以下
	70-74 歳	IADL が 10 点以下	IADL が 10 点以下
	75-79 歳	IADL が 8 点以下	IADL が 8 点以下
	80-84 歳	IADL が 7 点以下	IADL が 7 点以下
	85 歳以上	IADL が 6 点	IADL が 6 点

別表 4

スクリーニング実施にあたっての留意点

1. IADL の低下が、認知的な機能の低下によるものであることをできるだけ確認すること。
身体的な機能低下や疾患、視覚、聴覚、運動機能が日常生活能力の低下の決定的な要因になってないか確認する。
うつ状態がないかを確認する。
2. 中度、重度の痴呆をスクリーニングの対象としない。
質問の意味が理解できる軽度痴呆までにとどめる。
3. 痴呆のスクリーニングが目的であれば、本人に対してはアンケート形式ではなく、できるだけ面接の形式で行う。

スクリーニングを行う前に考慮すべき点

1. 次のような対応資源があるかないかを確認する
 - 1) 地域での事前の啓発、勉強会
痴呆になりやすい生活、予防・治療可能性、痴呆の症状についての知識の普及、相談窓口の情報提供
 - 2) かかりつけ医・専門医の受け入れ体制
診療に積極的な医師への協力の働きかけとリスト
 - 3) 軽度痴呆に対するプログラム
痴呆の受け入れの援助
痴呆生活への適応のための学習
アクティビティプログラム
 - 4) 痴呆予備群に対する痴呆予防プログラム
2. スクリーニングの結果のフィードバックの仕方を考えておく
 - 1) 直接説明するのか、それは誰が行うのか
 - 2) 文書で説明するのか、その内容をどうするのか
3. スクリーニングの結果にしたがって、誰がどのような働きかけを行うかを考えておく
 - 1) 軽度痴呆の疑いのある場合、受診に向けての家族へのアプローチ
 - 2) 痴呆予備群・軽度痴呆に適したプログラムへの導入
 - 3) 将来の介護保険サービスや成年後見制度、免許証返還などに関する情報提供
 - 4) 痴呆生活への適応のための情報提供

別表 5

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

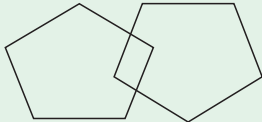
1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）		0 1
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちが今いるところはどこですか？ （自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ の中から正しい選択をすれば1点）		0 1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく） 1：a) 桜 b) 猫 c) 電車 2：a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0 1
			0 1
			0 1
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合は打ち切る)	(93)	0 1
		(86)	0 1
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁の逆唱に失敗したら、打ち切る)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 （自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点） a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a : 0 1 2 b : 0 1 2 c : 0 1 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨などの必ず相互に無関係なもの）		0 1 2 3 4 5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってみてください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合はそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0 1 2
			3 4 5
		合計得点	

(加藤伸司ほか：老年精神医学誌，2:1339，1991)

※ 30点満点中20点以下は痴呆の疑いが強いとされるが、重症度区分はされず、あくまでスクリーニングとして用いられる。

別表 6

Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	年	
		曜日	
		月	
		日	
2 (5点)	ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何病院ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか (例: 関東地方)	県	
		市	
		階	
3 (3点)	物品名3個 (相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う。その後、被検者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す (6回まで)。 何回繰り返したかを記す ___ 回		
4 (5点)	100から順に7を引く (5回まで)。あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を復唱させる		
6 (2点)	(時計を見せながら) これは何ですか。 (鉛筆を見せながら) これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「目を閉じてください」		
10 (1点)	(何か文章を書いて下さい)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください) 		
		得点合計	

別表 7

老年期精神障害評価スケール (PAS) の概略

老年期精神障害
評価スケール (PAS)

謝 辞

PAS (老年期精神障害評価スケール) は、オーストラリア連邦政府厚生省からの助成金に支えられて開発されました。

電子配信としての PAS の翻訳は、エリック・パウアー氏による精神衛生研究所への多大なご寄付によって可能となりました。

利用の手引

第3版
(電子配信)

アンソニー・ジョーム&
アンドリュース・マキノン

ANUTECH Pty Ltd.

老年期精神障害評価スケール
利用の手引
第3版

国際標準図書番号: 0 646 25092 2

ANUTECH Pty Ltd
オーストラリア キャンベラ ACT 0200

アンソニー・ジョーム
オーストラリア国立大学
NH&MRC 社会精神医学研究所
オーストラリア キャンベラ ACT 0200

アンドリュース・マキノン
精神衛生研究所
オーストラリア
Locked Bag No.11

© 1995 Jorm & Mackinnon
第1版 1994年
第2版 1995年
第3版 1997年

PAS 利用の手引

目 次

PAS が目標とすること	1
PAS の概要	2
他のテストやアンケートとの関係	3
PAS の実施法	4
必要な準備	4
スケール実施手順	5
生じる可能性のある問題の処理	8
PAS スケールの得点の付け方	10
PAS サマリープロフィールを利用する	12
PAS の解釈の方法	15
解釈する上での問題	19
μPAS : PAS の簡易回答表	20
PAS 資料の配布と使用	22
PAS 資料のコピー作成	22
PAS の「登録ユーザ」になる	22
英語以外を母国語とする人のための PAS 資料	22
技術的側面に関する付録	23
項目の選択	23
信頼性	24
妥当性	24
基 準	24

PAS が目標とすること

PAS の目的は、重篤な老年期精神障害である痴呆とうつ病に関する情報を収集することにあります。これは、老年期精神障害の評価に対する従来の取組み方法とは、いくつかの重要な点で相違しています。

- PAS は、老年期精神障害の評価を実施する中で、広範囲にわたる人々を援助することを目標としています。

一般的に老年期の精神障害評価は、老年医学あるいは精神医学の分野で徹底的な専門研修を受けた人々のためにあります。PAS は、長期に及ぶ研修の必要なく関連情報を収集かつ解釈するための、簡単な方法から成り立ちます。

- PAS は、カテゴリというよりもむしろスケールによって、老年期精神障害を評価します。

痴呆あるいはうつ病に罹っている人々は、「正常な」人々とは別個のカテゴリに入るというのが、従来の考え方です。確かに老年期の精神障害の人々を医療従事者から見た場合、他の人々が属する範疇とは明確に異なっているものと位置付けられます。しかし高齢者集団を全体として眺めてみると、痴呆とうつ病は連続体の一部と見なすことができます。例えば、一方の端にいる認知機能が正常な高齢者から、もう一方の端の重篤な痴呆までの連続体があります。また明らかに幸福で満足感の高い高齢者から、重篤なうつ病に至るまでの別の連続体があります。PAS は、該当するいくつかの連続体の中に対象を位置付けることを目的としています。

PAS は、老年期精神障害を評価する方法を提供していますが、問題が発見された場合、どのような措置をとるべきかについては利用者に提示していません。PAS は、体系的に情報を収集する上で役立つものです。一般社会に認められる正常な範囲と評価結果を比較することにより、情報をいかに解釈すべきかについて指針を与えるものです。

この情報を適切に利用し、ケアのための選択肢を決定するについては、利用者の判断にまかされています。PAS は、簡単な研修の後に利用しても十分条件に達しますが、ケアについて判断する指針として情報を利用する際には、利用者の専門知識・技術を基礎としなければなりません。

PAS の概要

PAS は、2つの部分で構成されています：クライアントあるいは被験者である評価対象者とのインタビューと、評価対象者をよく知っている親戚、介護者その他の情報提供者とのインタビューです。2つの部分はそれぞれ、「被験者インタビュー」と「情報提供者インタビュー」と呼ばれています。インタビューを2回することの目的は、被験者の機能について違った視点から評価することにあります。

いくつかのスケールは、インタビューから引き出したものです。あるスケールは一連の質問であつて、これを得点付けで評価することにより、特定分野で被験者がどの程度機能しているかをまとめています。以下のスケールは、PAS から引き出されたものです。

被験者インタビュー	
脳卒中	このスケールでは、脳血管疾患の6症状を評価します。これによって認知障害の原因が、脳血管病巣にあるのか、あるいはアルツハイマー病にあるのかが分かります。
うつ病	このスケールでは、過去2週間の間のうつ病の12症状を評価します。
認知障害	このスケールは9項目の質問で構成され、被験者の記憶とその他の認知機能をテストします。

情報提供者インタビュー	
脳卒中	このスケールは、被験者について実施した「脳卒中」スケールと全く同じです。脳血管疾患について別個の情報源を得ることができます。
認知機能低下	このスケールは、被験者の日々の認知機能の変化について、情報提供者に10項目の質問をします。
行動変化	このスケールは、痴癡の場合に生じる可能性のある人格の変化と行動障害の変化を評価するにあたり、15項目の質問をします。

他のテストやアンケートとの関係

老年期精神障害評価については、その他にも数多くのテストやアンケートを利用することができます。それらの相違点は、利用する際に必要なスキルと、評価結果として得られる情報の違いです。PAS スケールは、以下に記述するいくつかの有名なスケールと同様の情報を提供しています。

被験者インタビュー	
脳卒中	Hachinski Ischemic Score (虚血スコア) を簡素化した代替法
うつ病	Geriatric Depression Scale (GDS) と同様の情報を提供
認知障害	Mini-Mental State Examination (MMSE)、Abbreviated Mental Test Score (AMTS) など、他の簡単な認知機能テストと同様の情報を提供

情報提供者インタビュー	
脳卒中	被験者の脳卒中スケールに関する情報
認知機能低下	IQCODE と同様の情報を提供
行動変化	このスケールと同じほど広範囲に利用されているスケールは、ほかにはない。

PAS の実施法

まず最初は PAS にぎつと目を通し、各スケールの内容について全般的に把握することが適切でしょう。PAS は、この「利用の手引」の第二部として添付されています。PAS にぎつと目を通した後で、本手引のこの部分まで戻ってください。

必要な準備

PAS を実施する前に、被験者および情報提供者との関係を確認することが重要です。多くの場合、インタビュー担当者はそれまでに被験者あるいは情報提供者に会ったことはありませんから、PAS の質問に快く答えてもらうためには、被験者や情報提供者がリラックスした気持ちさせる必要があります。質問の多くは、プライバシーにかかわる繊細な部分を扱っているからです。

被験者と情報提供者がインタビューに入っていくやすいように、PAS は、年齢、出生地、教育歴などの社会的背景についての一般的な質問から始まっています。これらの質問は、スケールによって評価する前に必要な背景情報として、最低限の項目数を扱っています。しかし詳細な病歴や薬剤の使用など、利用者独自のニーズに関連する情報を、より多く収集したいと望む利用者もあるでしょう。

「被験者インタビュー」と「情報提供者インタビュー」の目的は、被験者の行動についてそれぞれ違った視点から評価することにあります。したがって被験者と情報提供者は、個別にインタビューすることが重要です。特に情報提供者は、インタビューの間、被験者が同席していると、被験者の行動の変化を報告することに気ままりを感じるかもしれません。

被験者と情報提供者を、必ずしも同じ日にインタビューする必要はありません。また「被験者インタビュー」と「情報提供者インタビュー」すべてを、1度に完了する必要もありません。被験者または情報提供者が疲れているように見えたら、あるいは時間的な制約があれば、インタビューを中断して後日また続けた方が良いでしょう。

PAS の各スケールは、独立した測定基準として扱うことができます。インタビュー全体を完了するよりも、1つまたは2つのスケールを実施することに関心のある利用者もあるでしょう。また状況によっては、スケールを実施する順序を変更することも可能です。しかし各スケール内の指示と言葉遣いは、厳密に守らなければなりません。

スケール実施手順

PAS インタビューは、例の台本に似ています。つまり利用者が言うべきこと、すべきことをその通りに指示しているからです。利用者は、台本（指示・指示）を厳密に守ることが極めて重要です。守らなければ、PAS によって正当な評価を得ることはできません。

PAS をできる限り実施しやすくするため、すべての質問は同じ形式になっています。

利用者が言うべきこと、すべきことを PAS で指示するときには、以下のようにそれぞれ書体を変えています。

この書体による記述は、利用者がしなくてはならない行為についての指示です。

斜体は、利用者が声に出して読む必要がある記述です。

この直立した書体による記述は、回答の選択肢ですから、利用者はこの中から被験者の回答に対応するものを選びなくてはなりません。

一例として、「被験者インタビュー」の「背景情報」から抜粋した以下の質問を見てくださいます。

1. あなたの姓を書いてください。次に名前をお願いします。

正しく書けた 0
 姓も名も正しく書けない (小さなミスが1つ程度は許される)、分からない 1

あなたは斜体になった文を読みあげて、この質問をします。つまり、「あなたの姓を書いてください。次に名前をお願いします」と言うのです。

PAS 資料の配布と使用

PAS 資料のコピー作成

PAS 資料は、インタビュー用紙自体および「PAS サマリープロフィール」を含め、自由にコピーして使用することができます。自動給紙方式のコピー機を使ってコピーする際の便宜を考え、ルーズリーフ方式でも PAS インタビュー資料を提供しています。この「利用の手引」も、全体として、あるいは部分的に自由にコピーすることができます。ただし PAS の内容、および質問表とサマリープロフィールの設計全体に対する著作権は、いかなる場合においても作者が保有します。

PAS の「登録ユーザ」になる

PAS を仕事で何度も使用する方は、「登録ユーザ」になることをお勧めします。「登録ユーザ」になると、氏名、住所、仕事の詳細をデータベースに記録しますので、PAS に関する最新情報を自動的に受け取ることができます。「登録ユーザ」になるための費用は一切かかりません。あなたの氏名、住所、電話番号、お仕事の詳細を次の住所に送付するだけです：オーストラリア キャンベラ ACT 0200、オーストラリア国立大学、国立健康医学研究評議会 (NH&MRC) 社会精神病学研究所、PAS プロジェクト。

英語以外を母国語とする人のための PAS 資料

PAS は、英語を母国語とするか、あるいは第二外国語として英語が流暢な被験者と情報提供者を対象としています。しかし、英語以外の数ヶ国語による PAS を入手することができます。これら翻訳版は、非英語諸国での使用を目的とした版もあり、また標準 PAS に対応できるほど英語が流暢ではないオーストラリアへの移住者を対象とした版もあります。他国語版の PAS 入手に関する詳細は、上記の住所までお問い合わせください。

PAS を使用する前に

PAS を調査や臨床目的で使用する前に、本手引、および PAS インタビュー用紙と「サマリープロフィール」を徹底的に熟知することが重要です。被験者に対して PAS を使用する前に、何人かのボランティアに対して練習し、確実に熟知してください。

十分な準備をすることなく PAS を使用した場合、非倫理的行為と見なされる可能性があります。

に分析してその因子の一次元性を確認し、各項目には別個の傾きと閾値を設定しました。傾きが急で（すなわち相違性の高い項目）、一定範囲の閾値を持つ（すなわち一定範囲の重症度を含む）ように項目を選定しました。「脳卒中」の項目は被験者スケールと情報提供者スケールに別々に分け、それぞれに類似の項目を設けました。

信頼性

信頼性は、キャンベラ的一般集団のサンプル、および 2 件の臨床サンプルで評価しました。最初の臨床サンプルは、シドニーの老年期痴呆および老年期精神障害被験者 76 例で構成されており、2 番目のサンプルはジュネーブの被験者 60 例（これら被験者にはフランス語で質問）で構成されていました。この 2 件の臨床サンプルでは、2〜3 日の間隔で被験者に 2 回質問をすることにより、テスト再テスト信頼性を評価しました。内的一貫性に対する信頼性は、クロンバクのアルファ係数を用いて 3 件のサンプルすべてを評価しました。すべてのスケールについて、アルファ係数が 一般的に低くテスト再テスト信頼性が高いことがわかり、アルファ係数は信頼性の下界の推定値であるという事実を反映していました。全般的に、情報提供者スケールの方が被験者スケールよりも信頼性が高いものでした。

妥当性

妥当性は、受診者動作特性 (ROC) 分析を用いて、痴呆およびうつ病の臨床診断について評価しました。診断は、CIE コンピュータ・プログラム、および ICD-10 と DSM-III-R 基準を使用している独立の臨床医の双方から入手しました。「認知障害」と「認知機能低下」スケールは、痴呆のスクリーニング・テストとして性能が高いことが分かり、「うつ病」スケールは、うつ病のスクリーニング・テストとして高い性能を示しました。「行動変化」スケールは非特異的であり、痴呆とうつ病双方の影響を受けました。脳卒中スケールは、脳血管痴呆とそうでない型の痴呆（主としてアルツハイマー型）とを区別する上で、高い性能を示しました。その他一般的に使用されているスケールとの相関により、さらに妥当性の高さが証明されました。キャンベラのサンプルの場合、MMSE に対する「認知障害」スケールの相関係数は 0.80 であり、IQCODE に対する相関係数は 0.45 でした。MMSE に対する「認知機能低下」スケールの相関係数は 0.48、IQCODE に対する相関係数は 0.78 でした。Goldberg のうつ病・不安スケールに対する「うつ病」スケールの相関係数はそれぞれ 0.67 と 0.60 でした。Hachinski の Ischemic Score (虚血スコア) に対する「脳卒中」スケールの相関係数は、0.71 および 0.65 でした。

基準

パーセンタイル順位基準は、キャンベラ的一般集団サンプルによって開発されました。

技術的側面に関する付録

本手引のこれまでの部分では、PAS を使用するために必要なあらゆる情報を記載しました。PAS がどのように開発されたかという技術的詳細を知ることは、大半のユーザにとっては不要です。このような情報に関心を抱くのは主として、PAS についてさらに精神測定の研究を行いたいと希望する研究者です。PAS の基盤となった研究を、以下のとおり要約しています。この研究に関する技術報告全体は、以下の科学誌に論文として掲載されています。

Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., Christensen, H., Korten, A. E., Cullen, J. S. & Mulligan, R. (1995 年)、「Psychogeriatric Assessment Scales: A multi-dimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly (老年期精神障害評価スケール：高齢者における痴呆とうつ病の分類的診断に対する多次元的代替案)」、Psychological Medicine, 25 号、447-460 頁。

項目選択

PAS の項目を選択する際には、「高齢者のためのキャンベラ・インタビュー (CIE)」を利用しました。これは、ICD-10 (国際疾病分類) および DSM-III-R (精神障害の診断と統計マニュアル第 3 版) 基準による痴呆、うつ病、その関連障害の診断のための標準インタビューです。CIE には、情報提供者と被験者双方とのインタビューが含まれています。回答をコンピュータ・プログラムによって得点付けし、診断を行います。PAS を開発した目的は、CIE の項目中の最適な部分で構成された短いスケールを作成することでありました。

CIE データは、キャンベラ、または隣接する都市、クインビヤンに居住する 70 歳以上の 1,045 人に関する疫学調査から入手しました。このサンプルには、地域社会と施設に居住する人たちが含まれ、男性と女性の人数はほぼ同じでした。被験者および情報提供者の双方の CIE について、比較的全くデータが入ってきたのは、683 例でした。これら被験者からのデータを、まず主成分分析によって、次にバリマックス法によって解析しました。回転すべき因子数は、serce plot (スクリー・グラフ) の結果から 5 としました。これらを、「認知障害」、「うつ病」、「認知機能低下」、「行動変化」および「脳卒中」と分類しました。「認知障害」と「うつ病」因子について負荷量が最も高い項目はすべて CIE の被験者インタビューからのものであり、「認知機能低下」と「行動変化」因子について負荷量が最も高い項目は、情報提供者インタビューからのものでした。「脳卒中」因子に負荷する項目は、被験者と情報提供者の項目双方の混合でした。

1 因子に対する負荷量が 0.3 以上の項目を、スケールに含める候補と見なしました。最終的には、2 変数による潜在特性の分析に基づいて項目を選定しました。各因子からの項目を別個

PAS 得点についてのデータを、年齢層、性別、および居住地（地域社会または施設）によって加重し、1990 年にキャンベラとクインビヤンに居住している人口集団の構造に適合させました。この基準は、痴呆とうつ病を含む人口集団全体を対象としています。キャンベラ的一般集団とその他のオーストラリア一般集団との主な違いは、教育程度の高さにあります。しかし教育による影響を受けるのは「認知障害」スケールのみであり、キャンベラのサンプルについての相関係数は、0.18 でした。

PAS サマリープロフィールのカットオフは、痴呆とうつ病の診断症例のおよそ 80% を検出できる点に設定しました。この分析に対して十分な人数の集団を得るため、キャンベラ、シドニー、ジュネーブのサンプルから症例を蓄積しました。これら症例が ICD-10 または DSM-III-R 基準のいずれかを満たしていれば、1 症例として組み入れました。痴呆とうつ病についての平均的プロフィールも、これら蓄積データによって作成しました。脳血管痴呆とアルツハイマー型痴呆の平均的グラフについては、シドニーとジュネーブの調査でこの型の痴呆の診断例がなかったために、キャンベラのデータのみを基盤としました。

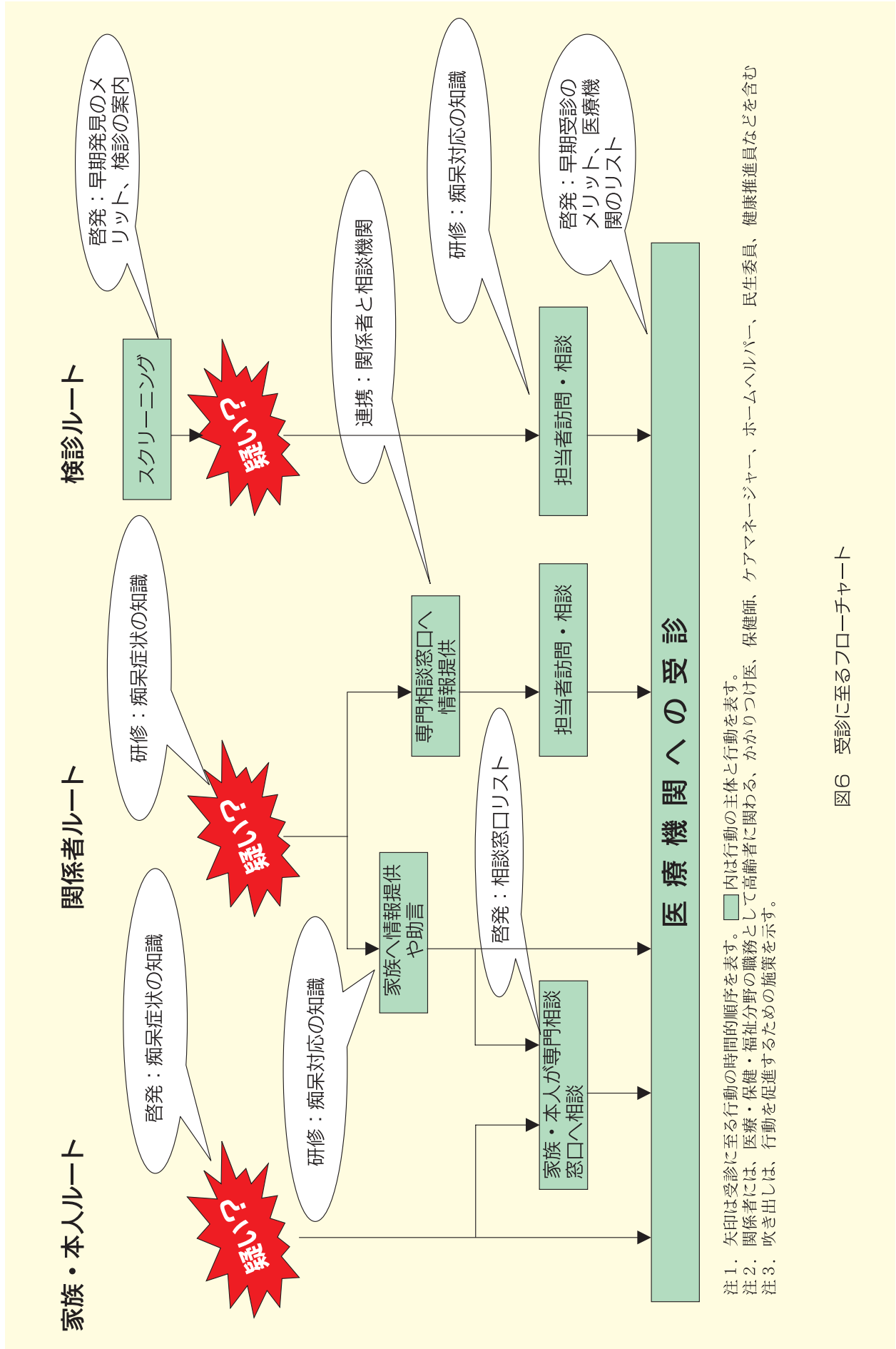
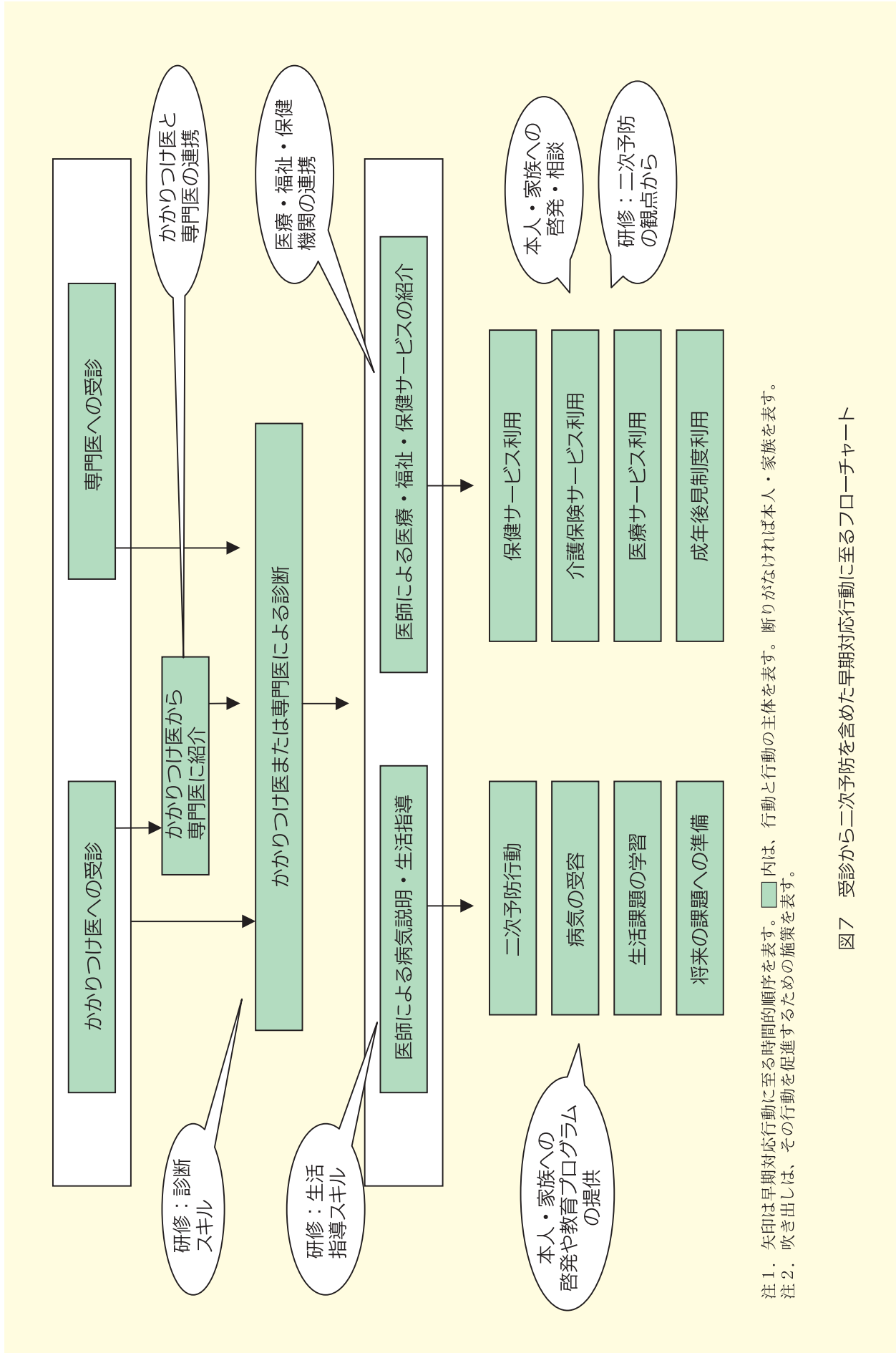


図6 受診に至るフローチャート



注1. 矢印は早期対応行動に至る時間的順序を表す。□内は、行動と行動の主体を表す。断りがなければ本人・家族を表す。
 注2. 吹き出しは、その行動を促進するための施策を表す。

図7 受診から二次予防を含めた早期対応行動に至るフローチャート

2 地域における早期対応策の考え方と進め方

(1) 軽度認知障害（痴呆予備群）や軽度痴呆の二次予防対策のあり方

痴呆と診断されると鑑別診断に従った医療サービスを受けることになるが、中等度以上の痴呆であれば状態に応じた介護保険サービスを受けることができる。しかし、軽度認知障害や軽度痴呆には、日常生活能力が大きく損なわれているわけではないので介護保険サービスの対象とはならない。軽度認知障害や軽度痴呆のニーズを満たす社会的サービスは極めて少ないと言わざるを得ない。したがって、軽度認知障害や軽度痴呆の二次予防は、未解決の大きな社会的課題である。

二次予防対策を進めるにあたっては、まず軽度認知障害や軽度痴呆の多くの人たちが抱える心理的問題や生活問題への援助を考えるべきである。特に認知的低下や痴呆症の現実を受け入れるという心理的な問題を解決しておかないと二次予防活動に取り組む状態にはなりにくい。

軽度認知障害（痴呆予備群）や軽度痴呆の二次予防対策のあり方

- ・軽度認知障害や軽度痴呆のニーズを満たす社会的サービスは少ない。早期対応も未解決の社会的課題。
- ・心理的問題や生活問題への援助が必要。特に心理的問題の解決が最優先。

(2) 二次予防対策として必要な支援

二次予防対策を進めるにあたっては、軽度認知障害などにより発生した問題への対処法に対する学習支援や、家族支援を考えることが必要である。

ア 問題への対処法の学習支援

痴呆の告知の有無にかかわらず、軽度認知障害や軽度痴呆の人たちには、多かれ少なかれ痴呆症状の自覚がある。失敗や混乱を体験するたびに落胆や不安な気持ちが生じる。認知的低下や痴呆症の現実を受け入れるのはつらいことであるが、そうした心理的状态を乗り越える必要がある。

さらに、認知的低下に対する適応の問題もある。たとえば、エピソード記憶が低下しても、手続き的記憶はまだ低下していないので、うまくメモを活用することや予定をうまく管理する方法を覚えることができれば、自立した生活を維持することに役立つ。

また、成年後見制度の利用、運転免許を返上するなど能力の変化にもなって予測される問題に準備しなくてはならない。将来の経済的問題への対処や医療や介護サービスの利用などを含めた意思決定をする必要に迫られるかもしれない。

米国では、軽度痴呆の本人たちがそうした問題の対処法を学ぶプログラムが実施されている例もある。残念ながら、現在の日本では、こうした問題について本人や家族に対する援助はまだまだ少ない。援助できる相談窓口や教育的プログラムの実施を考えるべきである。

問題への対処法の学習支援

- ・心理的状态を乗り越える支援・・・認知的低下や痴呆症の現実を受け入れる支援
- ・認知的低下に対する適応への支援・・・メモを活用する、予定をうまく管理する方法を覚えるなど
- ・予測される問題への対応準備・・・成年後見制度の利用、運転免許を返上する、経済的問題への対処や医療や介護サービスの利用

イ 家族支援

軽度認知障害や軽度痴呆の人たちは、通常の老人クラブや自主サークル活動には参加が難しくなっているが、痴呆のより重度の人たちを対象としたデイケアには心理的抵抗を持っている。このような人たちが、健康を維持し、認知機能を維持するための活動を支えるには、家族の役割に負うところが大きい。その意味で、家族に対するきめ細かな情報や教育が有効な手段となる。

(3) 地域における早期対応策

次に、痴呆予備群・軽度痴呆の早期発見からその後の早期対応策について、P27 図5「地域における痴呆予防対策のモデル体系図」及びP50 別表4に沿って述べる。

ア 普及・啓発後の痴呆予備群・軽度痴呆のサインの気づきと相談・診察までの流れ

痴呆に関する普及・啓発により、本人や家族、あるいは民生委員、健康づくり推進員等地域の関係者が、痴呆予備群あるいは軽度痴呆のサインに気づいた場合は、直接かかりつけ医や専門医に相談することもあるだろうが、まずは住民に身近な市町村保健センター、在宅介護支援センター、あるいは老人性痴呆疾患センター等の専門相談窓口相談することが多い。

また、訪問や健康診査、閉じこもり予防教室、生きがい対策等の機会に保健師等の関係者が気づいた場合は、専門相談窓口やかかりつけ医・専門医への相談・診察を勧めるという流れが一般的である。しかし、痴呆予備群、軽度認知障害の段階においては、まだまだかかりつけ医による診断はほとんどなされていない現状については前述のとおりである。このような点からも、早期発見の技術・能力を高めるための関係者や地域のかかりつけ医との学習会や連携が望まれる。

住民にとっては、直接専門相談窓口や医療機関へ相談するのが、距離的にも心理的にも遠く感じ、放置してしまう場合もあることから、軽度認知障害の気づきがあったり、痴呆検診や希望によるスクリーニング後に、住民の身近な保健センター等で専門医による相談会を設置したり、保健所の精神相談を活用し、その後の専門医への相談・診察の必要性の有無を判断してもらう場を確保している自治体もある。

イ 診察・相談後から早期対応までの流れ

かかりつけ医・専門医の確定診断後には、状態（病態）別の早期対応策が必要であろう。

「異常なし」の場合、「元気な高齢者を痴呆予備群にしない対策」である生活習慣病対策、閉じこもり予防対策、手段的日常生活動作の低下予防対策などへの参加を促すこととなる。

「痴呆予備群・軽度痴呆」では、まだ地域に適したプログラムがない場合が多く、プログラムの立ち上げや、将来に備えて、介護保険サービスや成年後見制度、免許証返還などに関する情報提供も行っておきたい。また、必要があれば医療サービスの継続や社団法人呆け老人をかかえる家族の会（以下「家族の会」）等の情報提供や連携を図っておく。また、具体的な対策として、痴呆予防教室などの痴呆予防プログラム（認知的機能を刺激するとともに、生活能力を主体的に発揮できるアプローチ）や痴呆予備群教室、家族支援などがある。

「軽度痴呆」では、軽度痴呆デイケアやその他のサービスにより、痴呆の受け入れの援助、痴呆生活への適応のための学習、アクティビティプログラムなどを行っていく。なお、痴呆予備群対策や軽度痴呆対策が別々のプログラムとして立ち上げられていない場合も多く、いずれかのプログラムの参加を促し、少しでも本人および家族が認知的低下や低下に対する適応、予

想される問題への対応準備などを行っていけることが重要である。

「中等度痴呆」「重度痴呆」の場合、医療サービスや介護保険サービスの対象となるため、これらのサービスを受けることや必要時介護保険施設への入所、施設内でのリハビリテーション等が重要となる。また、地域の社会資源、たとえば家族の会への参加、徘徊支援ネットワークシステムなどの活用も考えられる。

なお、痴呆予備群、軽度痴呆の早期対応策の基本的な考え方を次に示す。

1 痴呆予備群・軽度痴呆に適したプログラムへの導入

参加者の認知的機能や生活能力を主体的に発揮できる活動プログラムは有効であり、この考え方に基づくデイケアプログラムを積極的に展開する。

(1) 痴呆予備群に対する痴呆予防プログラムの立ち上げ

(2) 軽度痴呆に対するプログラムの立ち上げ

痴呆の受け入れの援助

痴呆生活への適応のための学習

アクティビティプログラム

2 将来の介護保険サービスや成年後見制度、免許証返還などに関する情報提供

(4) 集団的活動としての痴呆予防プログラム、軽度痴呆デイケアの進め方

参加者の認知的機能や生活能力を主体的に発揮できる活動プログラムが有効であり、この考え方に基づくデイケアプログラムとする。さらに、痴呆予防活動としての望ましい条件を表1にまとめた。なお、P36 痴呆予防を目的とした活動の支援の「効果的な痴呆予防活動を進めるための条件」を具体的条件として参考とされたい。

テーマが決まったら、参加者の個人個人の能力に応じて認知機能を発揮してもらうための役割を考え、プログラムに参加してもらう。痴呆性高齢者の場合は、誘いかけには嫌がっていても、いったん参加すると楽しく継続することができるようになる場合が多いので、何とか説得して参加してもらう方がよい。しばらく様子を見て、参加することがストレスになっていると判断したら、参加を取りやめるようにする。

表1 痴呆予防活動としての望ましい条件

痴呆予防活動としての望ましい条件

- | | |
|--|---|
| 1 参加者が痴呆予防活動であることを認識している
痴呆予防を目的として支えあう
リスクの高い参加者が引け目を感じない | 3 指導者に指導をうける
活動の仕方、リスクの高い人たちへのサポートの仕方を学ぶ |
| 2 小集団で行う
刺激効果が大きい、長続きする | 4 自立して活動し、ネットワークを作る
活動の継続と後発グループの支援を行う |

まず、コミュニケーションの能力のある人を中心に計画を立ててもらおう。もし、計画づくりに援助が必要ならば、いろいろな案を提示し話し合ってもらって選択してもらおう。たとえば、漬け物づくりでは、

「どんな漬け物を作りたいか」

「そのためには、どんな準備や道具や材料が必要か」

「そうした必要なものをどう調達するか」

「準備をだれがするか」などを話し合いの材料にする。

そうしたことを少しずつ計画して、実行する。

実行にあたっては、できるだけ個人の残存機能を生かしてできることがあれば、手出しをせずに見守る必要がある。また、大きな課題は、その人の能力にあった小さな課題に分解して成功体験を重ねられるようにする。

プログラムの評価は、個々の参加者がどう行動したかによって評価すべきである。ねらいとする行動ができたかどうかを、できるだけ2人（複数）の評価者が評価するのがよい。もし、評価がくい違うようだったら、その原因を話し合っただけで評価の方法を統一する。

こうした課題の実行に役割を果たしていく能力は、次のような段階で評価することができる。(Activity Grading : Jitka Zgola による)

① 自立的な組織者・実行者

たとえば、「漬け物づくり」では、漬け物を漬けることを決定したり、計画する、買い物をする、漬け物の漬け方を選択する、漬け物を作る

② 自立的な実行者

漬け物の漬け方が決められていて、材料が用意されれば漬け物をつくることができる

③ ある決まった仕事の実行者

たとえば、能力に応じて、測る、塩をふる、重しを乗せるなどができる

④ その人に合わせてやりやすくした仕事の実行者

たとえば、助けや指示に従って繰り返しの仕事を行うことができる

⑤ 観察者・見張り番

たとえば、塩漬けの水が浮いてきたということを見ることことができる

⑥ 観察者・助言者

たとえば、自分の漬け物を作った経験を話すことができる

⑦ 観察者・批評者

たとえば、できた漬け物を食べる

⑧ 観察者

たとえば、漬け物を漬ける様子を見たり聞いたりする

東京都老人総合研究所が取り組んでいる地域型痴呆予防プログラムは、行動学習の原理、セルフ・エフィカシー（自己効力感：行動変容の中心概念であり、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという予期）理論等に基づき実施している。なお、プログラムの立ち上げの方法やグループの構造や機能について表2にまとめた。

また、市町村等で具体的にデイケア等を実施するに当たっての留意点や必要な準備事項等について表3に示す。表3は滋賀県水口町の事例について、(堀井とよみ氏の提供資料)から抜粋している。

表2-1 プログラムの立ち上げの方法1

プログラムの立ち上げの方法 1	
1	コーディネーターの養成 痴呆予防事業推進者の地域と技能の修得
2	痴呆予防の目標設定 予防活動の対費用効果の目標 おおよその年次目標 地域の痴呆予防システムの構築 発見・診断のルートづくり プログラムの実施と評価 住民の組織と育成の連携 保健・医療・福祉機関との連携など

表2-2 プログラムの立ち上げの方法2

プログラムの立ち上げの方法 2	
•	実施計画づくり 啓発活動 プログラムの内容、規模、期間 資源の確保 ファシリテーターの研修
•	地域へアナウンスと啓発活動 町内会・高齢者クラブ・医師会など 痴呆予防の知識の普及 地域での講演会・勉強会・広報活動

表2-3 プログラムの立ち上げの方法3

プログラムの立ち上げの方法 3	
•	痴呆予防デイケアなどの参加募集とスクリーニングの実施 場所、時間、内容を提示して募集 講演会・高齢者健康診断時等での募集 フィードバックとプログラム参加者の決定
•	説明会と事前評価 より詳しい条件の説明と契約 事前の運動機能・認知機能評価
•	プログラムの実施
•	追跡評価 認知的変化・痴呆の評価

表2-4 グループの構造と機能1

グループの構造と機能 1	
1	メンバー 6~8名 グループサイズは小さい方がよい
2	ファシリテーター グループ全体の運営 各メンバーへの働きかけ
3	コファシリテーター 主として、認知機能の低いメンバーへの支援
4	インストラクター 活動のコンサルタント
5	サポーター ボランティアで活動を援助する

表2-5 グループの構造と機能2

グループの構造と機能 2	
1	成功する集団活動の基盤を作る
2	集団の目標を理解し、決定する 痴呆予防が目的であることを確認する メンバーが助け合って、活動を続ける プログラムの手段的目標（例えば、花壇を作る、パソコンを習う）ことを優先しない
3	メンバーができること、やりたいことをみんなで共有しあう

表3-1 デイケア開催準備段階

開催準備段階
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村組織内での準備 実施目的の明確化 ・住民意識への働きかけと合意 ・関係機関・スタッフの意識改革と 役割分担についての合意 ・会場等必要な資源の準備 ・参加予定者のアセスメントと評価指標作成 ・教室運営の評価指標の作成

表3-2 デイケア開催時の留意点

開催時の留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・関係スタッフの意識改革を続ける 会場の勤務職員や送迎担当者を含む ・参加者の人権と自己決定の尊重 ・当日の事前・事後ミーティング ・参加者によるデイケア運営 (スタッフは支援者・観察者) ・家族への連絡体制の確保

表3-3 当日の事前・事後ミーティング

当日の事前・事後ミーティング		
<table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・事前ミーティング ①スケジュール確認 ②利用者の役割を含めた役割分担の再確認 ③利用者のアセスメントや教室評価の担当確認 ④スタッフ側の教室運営責任者の確認 等 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・事後ミーティング ①参加者個人についてのアセスメント ②教室運営についての評価 ③次回教室の改善点 等 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・事前ミーティング ①スケジュール確認 ②利用者の役割を含めた役割分担の再確認 ③利用者のアセスメントや教室評価の担当確認 ④スタッフ側の教室運営責任者の確認 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・事後ミーティング ①参加者個人についてのアセスメント ②教室運営についての評価 ③次回教室の改善点 等
<ul style="list-style-type: none"> ・事前ミーティング ①スケジュール確認 ②利用者の役割を含めた役割分担の再確認 ③利用者のアセスメントや教室評価の担当確認 ④スタッフ側の教室運営責任者の確認 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・事後ミーティング ①参加者個人についてのアセスメント ②教室運営についての評価 ③次回教室の改善点 等 	

表3-4 参加者の人権と自己決定の尊重

参加者の人権と自己決定の尊重
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の参加同意は必須条件 ・参加者の能力に合わせた自己決定の尊重 ・スタッフの言葉遣いや行動 ・当日のスケジュールの合意 (課題等の再確認を含めて)

表3-5 関係スタッフの意識改革の継続

関係スタッフの意識改革の継続		
<table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・事前学習により意識変革ができているスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との状態と一般的な知識が結びつく啓発内容 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・教室開始と同時に関係することになったスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ①痴呆の一般的理解 ②軽度痴呆の特性理解 ③利用者との結びつく内容 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・事前学習により意識変革ができているスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との状態と一般的な知識が結びつく啓発内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・教室開始と同時に関係することになったスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ①痴呆の一般的理解 ②軽度痴呆の特性理解 ③利用者との結びつく内容
<ul style="list-style-type: none"> ・事前学習により意識変革ができているスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との状態と一般的な知識が結びつく啓発内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・教室開始と同時に関係することになったスタッフの場合 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ①痴呆の一般的理解 ②軽度痴呆の特性理解 ③利用者との結びつく内容 	

表3-6 開催後の留意点

開催後の留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・同居家族へ参加時の状態を報告し、参加日以後の家庭での変化について情報収集 ・通常は2~3か月に1回のケアカンファレンス (参加者個人のケアマネジメントの見直しと教室のモニタリング)

(5) 早期発見、早期対応策のまとめ

早期発見の考え方と方法

- ・早期発見の担い手は、本人及び家族である。
- ・二次予防対策においては、本人、家族、保健・医療・福祉関係者、各民生委員や健康づくり推進員などが、痴呆予備群・軽度痴呆のサインを見逃さず、早期に介入できる仕組みを作っていくことが最終目標である。
- ・痴呆予備群のサインは、痴呆発症の前段階で低下する機能であるエピソード記憶、注意分割機能、計画力などの認知機能が1年前と比較して低下していること、手段的日常生活能力(IADL)15項目版の項目が低下している。
- ・軽度痴呆のサインは、エピソード記憶の障害、推理能力の困難、見当識、言語、視空間認知、判断力の障害などがある。また、痴呆予備群と同様、手段的日常生活能力(IADL)15項目版の項目の低下がある。
- ・痴呆予備群、軽度痴呆のサインから早期発見のスクリーニングとして有効な方法としては、家族に対するIADL15項目版と痴呆を疑うチェックリスト(DECOS:痴呆の中核的的症状である記憶機能を中心に1年前と比較して変化をチェックする)の組み合わせと、本人に対するIADL15項目版と認知機能低下自覚組み合わせなどがある。
- ・早期発見のための検診や調査を実施するに当たっての必要な条件として、地域での事前の啓発、学習会の開催、スクリーニングのための根拠に基づく方法の検討、かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり、早期対応体制づくりの計画、関係者への研修の実施などである。

早期対応策の考え方と進め方

- ・軽度認知障害や軽度痴呆のニーズを満たす社会的サービスは少ない。
- ・認知的低下や痴呆症の現実を受け入れる支援や、認知的低下に対する適応への支援、予測される問題への対応準備が必要である。
- ・参加者の認知的機能や生活能力を主体的に発揮できる活動プログラムは有効であり、この考え方に基づくデイケアプログラムを積極的に展開する。

3 施設における早期発見の方法と対応策の考え方

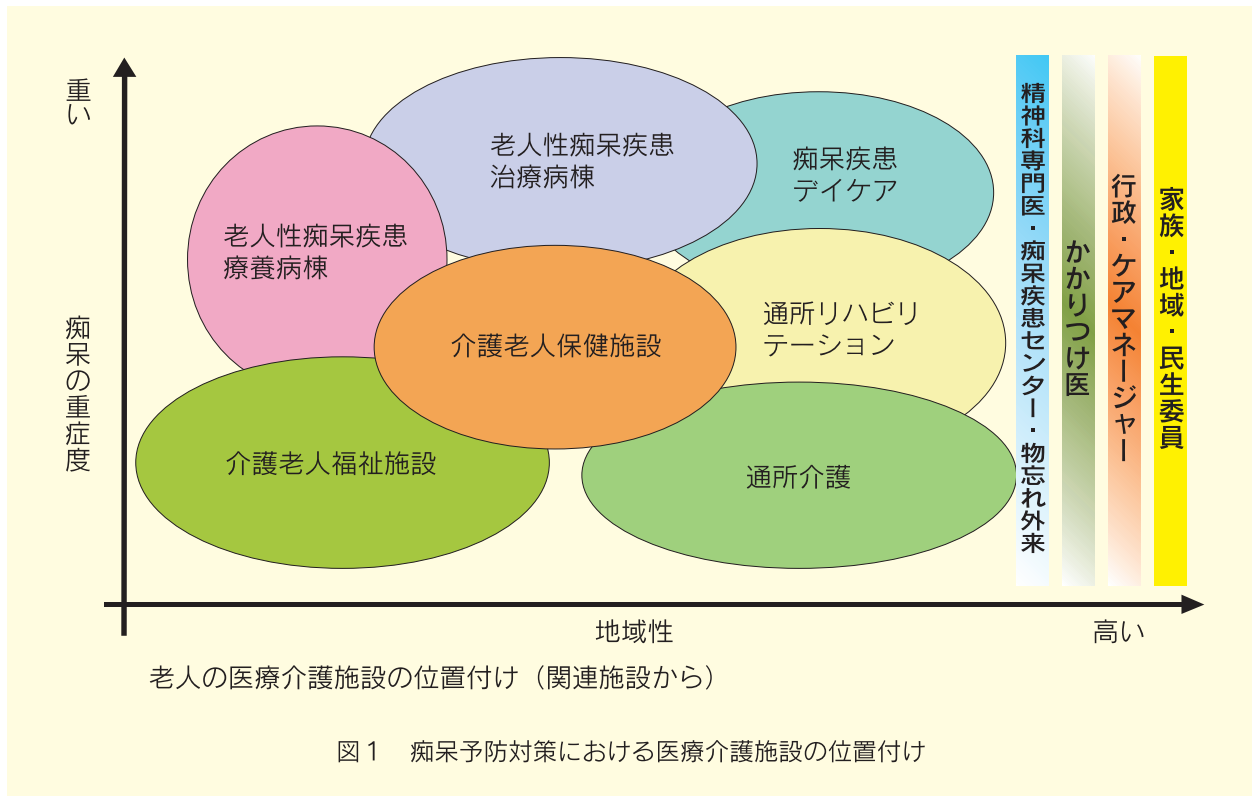
医療・福祉施設における痴呆予防の考え方は、1次、2次、3次予防全てに及ぶものである。外来診療、デイサービス、デイケア、入所サービス、入院など、様々な形での関わりがある。

基本的考え方としては、

- ① 家族、地域住民やかかりつけ医への教育や啓発を行い、軽度痴呆の早期受療を実現する。
- ② 検診や脳ドックによる痴呆の危険因子の把握と予防。
- ③ 痴呆疾患センターや物忘れ外来など専門機関での軽度痴呆の診断。
- ④ 施設利用者へのリハビリテーションと痴呆の早期診断・進行予防。
- ⑤ 痴呆疾患の治療を行い、その症状進行を予防する。

筆者が勤務している「あさかホスピタルを含む関連施設」を例に挙げて、地域性と痴呆の重症度

による医療機関と介護・福祉施設の位置づけを示す。(図1 医療介護施設の位置付け)



① 介護老人福祉施設

主として、要介護者の生活の場としての長期療養施設。痴呆専門棟を備える施設もある。通所としては、デイサービスを行う。レクリエーションを中心にリハビリテーションの充実を図る施設も増えている。デイサービスでは全体に痴呆の程度は軽度の場合が多い。

② 介護老人保健施設

本来、在宅介護支援のための施設として、医療施設と介護施設の間間的な施設。長期入所、短期入所、痴呆の専門棟を備えるところもある。作業療法士（OT）、理学療法士（PT）などの専門スタッフが配置され、医療的なりハビリテーションとしてのデイケアを行う。

③ 老人性痴呆疾患治療病棟

精神症状や問題行動が著しく、長期に療養、リハビリテーションが必要な場合に比較的長期の療養を行う。専任のOTが配置され、精神症状や問題行動が特に著しく、自宅や施設で治療困難なケースに、主として急性期の精神科的治療と手厚いケアを6ヶ月を目安に提供する。

④ 老人性痴呆疾患療養病棟

痴呆症の精神症状や問題行動が継続し、家庭での介護も困難なケースに、長期的に精神科的な治療・看護を提供する。OTを含めたスタッフでリハビリテーションを行う。

⑤ 痴呆のグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）

7～9人のグループホームでの共同生活を行い、生活の場でのリハビリテーションを通して、痴呆症状の改善を目指し、支援、介護を行う。

⑥ 老人性痴呆疾患デイケア

中等度から重度の在宅痴呆患者やその家族に対する支援、通院医療の普及、精神症状や問題行動が激しい痴呆性老人を対象とするデイケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施する。

(1) 痴呆の早期診断、治療に関わる医療機関

① かかりつけ医

地域の医療機関は、様々な形で、広く高齢者の軽度痴呆に遭遇する機会を持ち、2次予防における重要な役割を果たす。一般に痴呆の危険因子となる生活習慣病の治療・管理を行っているが、痴呆疾患に関しての専門ではない場合が多いため、日常の診療の中で軽度痴呆を診断し、治療に結びつけることは難しいのが現状である。軽度痴呆の診断を意識し、精神的な状況や生活習慣の変化についての家族への聞き取りや、単純な記憶・見当識の質問だけでも、多くの軽度痴呆患者の早期発見が可能となる。

また、患者の本来の性格傾向、閉じこもり傾向や対人接触の減少、物事への興味の喪失、活動範囲の狭小化などを把握し、痴呆発現の心理社会的要因を理解すること、そして、抑うつ状態について、その症状の把握と対処を理解しておく必要がある。地域のネットワークを通じ、早期の段階でのリハビリテーションを含めた、専門医への紹介が重要な機能となる。

② 老人性痴呆疾患センター

県内の二次医療圏域には概ね1箇所の老人性痴呆疾患センターがあり、次のような役割・機能を担う。

- ・専用電話と専門職員による地域住民や関係機関の相談窓口
- ・精神科の専門医による医療相談・鑑別診断・治療方針の選定
- ・医療・保健・福祉関係機関との連絡調整
- ・医療・介護・福祉に関する啓蒙活動や情報提供
- ・夜間休日の緊急対応（入院など）

③ 地域の専門医療機関での外来診療

精神科・心療内科クリニック、精神科病院、大学病院や総合病院の精神科・神経内科などの医療機関で相談、診断、そして治療が受けられる。

もの忘れ外来は、地域の方が、精神科病院には受診しづらいイメージを改善し、痴呆の早期の相談に対応できるように専門外来として行っている。診断、治療を検討する際に症状の把握と他の疾患の鑑別診断が特に重要である。

脳検診（脳ドック）は、痴呆の原因となる脳血管障害や他の治療可能な脳器質疾患の診断をすることにより、無症候状態での脳血管疾患や他の脳器質疾患の発見が可能であり、一次予防に有用である。また、専門的な神経心理学的検査により、高次脳機能の障害を早期に検出することも可能である。

(2) 痴呆の初期症状への予防的対応

① 軽度痴呆への関わり方と家族教育

痴呆の初期には、記憶機能の障害やIADLの能力の低下を実感し、不安、抑うつ的となり、引きこもる場合も多い。家族も家庭内で、日常的な会話や動作にあまり変化がなく、意欲が低下したり、少し複雑な家事などに手がつかなくなると、「怠けている」、「サボっている」と思い込み、叱咤激励してしまうことも多い。本人が必要以上に、混乱、自信喪失し、引きこもり、さらに家族が陰性の感情を持つという悪循環に陥ることを回避しなければならない。

家族教育の目的は、家族が痴呆という疾患とその症状を理解し、家族が本人と良好な関係を保ちつつ、治療的、予防的に関わることを支援することである。本人の不安、混乱を理解し、自信を回復し、楽しく、前向きな対人関係を維持することが、痴呆の進行予防に

効果的で、重要である。痴呆は、その傷害の部位、本来の人格、そして生活環境などにより、症状の個人差が大きい。まず、神経心理学的検査により、障害されている機能の領域と特性を評価し、残存機能や活用可能な能力を理解した上で、どのような領域や関わり方が本人に効果的かを相談する。本人が果たせる役割を考え、自尊心を尊重し、できることを評価し、自信を失わない配慮をしながら、家庭での人間関係を維持していくことが大切である。

② 一時的に臨床的に問題となる症状への対応

痴呆症状が軽度であっても、その経過の中で、一時的には対応が難しい状況が出現する。特に、うつ病、うつ状態、せん妄などを放置することは、本人の痴呆の経過に悪影響を及ぼすだけでなく、家族の心身の負担を増やし、本人と家族の関係悪化に繋がる。3つの疾患の鑑別については表1に示す。(表1 痴呆、うつ病、せん妄の鑑別)

抑うつ状態に関しては、うつ病と痴呆の鑑別や、合併はしばしば問題となる。仮性痴呆とは、うつ病により痴呆様の症状を呈するものである。その鑑別は簡単ではないが、うつ病の適切な治療により回復する。

痴呆の初期に、痴呆症状の始まりを自覚し、将来を悲観し、不安、抑うつ的となり、引きこもったり、活動性が低下することもしばしば見られる。その際には、実際以上に痴呆症状が重度であるかのように錯覚される。専門医による対応も重要であるが、家族が、本人の心理的状況を充分理解できるようにするように説明し、家族の本人への支持的で積極的な関わりを支援することが大切である。

せん妄状態は、軽度痴呆においても一過性に出現し、家族の心身の負担を増加させる。感染症、薬物、環境変化、心理的要因などで出現するが、痴呆症状が急激に進行したと誤解されることが多い。特に初期の場合は、発揚したり、涙もろくなったり、怒りっぽくなるなどの情動過敏のみが認められることに注意が必要である。適切な環境管理と対応、また日中のリハビリテーションや薬物療法などにより、睡眠を確保しせん妄の発症を抑えることが可能である。

③ 施設における早期発見と関わり

施設入所者においては、施設スタッフが日頃より家族と同じ役割を果たしていることになる。特に施設においては、集団の中で動いていると、痴呆症状の発現に気づき難いことは事実である。以下のようなことに注意が必要である。

ア 日常生活で大きな変化がない場合でも、HDS-R や MMS などの痴呆のスクリーニングを定期的に行う。例えば、記憶検査と時計の模写だけでも有用な情報となる。

イ 日頃より、個々にオリエンテーションについての会話を交え、記憶機能の状態の把握を心がける。

ウ リハビリテーションやレクリエーションへの参加の状況、意欲や対人交流の変化を観察する。

エ スタッフが常にケアカンファレンスにおいて、様々な時間帯、或いは場面によって異なる言動についての情報収集を行い、チームで状況把握を行い、ケアプランに役立てるシステムを作る。

オ うつ病とせん妄の理解と適切な対応について施設スタッフが学び、疑いのある時は早期に医師に相談する。

表1 痴呆・うつ病・せん妄の鑑別（山口県痴呆予防リハビリマニュアルより抜粋）

痴呆	痴 呆	う つ 病	せ ん 妄
発症	緩やかな進行性、あるいは階段状の進行性。期間的には半年とか一年。	週、月単位で特定され、何らかの契機が認められることもある。	何日というように時期の特定が可能。消長性・動揺性。
症状の訴え方	もの忘れなどについて、ごく初期は自覚しているが、まもなく無関心になったり、隠そうとする。	もの忘れを強調したり、あるいは無口で訴えが少ない。	訴えが一定しない。
応答	答えられない質問に対して、はぐらかすか、作り話をする。見当はずれな答えがかえる。	反応が遅く、「わからない」が多い。	簡単な質問でも繰り返さないと理解されないことがある。
注意力	変動がほとんどなく、あけらかんとして、深刻さがない。多幸性が見られることもある。	注意力・集中力が落ちる。ボーとした顔つきが見られる。初期のうちは、朝悪く午後夕方頃から少し元気となる。	注意力・集中力が落ちるが一日の中で変化が見られる。顔つきがぎらぎらとして、夢想的。
思考内容	深みがなく、空虚。飛び石的な思考の流れで、一つ一つの言葉はわかるが全体の話にまとまりがない。	言葉数が少なく、思考に重石が寄せられた感じ。自罰的で、希死念慮がみられることもある。	夢想的で錯乱思考。
見当識	日常生活レベルと見当識障害レベルがおおよそ一致している。変動はほとんどみられない。	日常生活レベルが落ちるが、見当識障害は認めない。	日常生活レベル以上に見当識障害のレベルが落ちている。変動が見られる。
記憶	記銘力障害が著しいが、追想力は比較的保たれているので昔話ができる。	思考抑制、集中力低下によって、記銘力・追想力ともに落ちる。	変動する。
睡眠	とくに障害はないが、生活リズム障害が見られることがある。	初期は早朝覚醒が特徴的だが、進行すると入眠障害、中途覚醒など拡大。	夜間せん妄。昼夜逆転の患者に多い。
顔つき	多くは多幸的で深刻さにかける。	どんよりしているか、苦悶状。	目をぎらぎらさせ、夢想的な感じ。

(3) リハビリテーション

リハビリテーションは、軽度痴呆の症状進行予防に極めて有意義な治療である。痴呆の患者を抱える家庭内で対人関係障害の改善の為に、また家族や介護者の本人への積極的な関わりを可能にするという意味でも重要である。

症状が重度でなくとも、本人との関わりには極めて神経を遣うケースも多く、レスピットケア（Respite Care）、即ち家族の休息的な意味でのデイケアの意味も大きい。

軽度痴呆患者の関わりを考える上では、本人の人格を尊重し、本人の機能や能力の評価に基づき、心理状態を良く理解した上で、プログラムを検討することが大切である。（第2章 第5節 3 施設におけるリハビリテーションの項参照）

第5節 痴呆の三次予防対策の進め方 －痴呆の進行をできるだけ遅らせる視点から－

痴呆性高齢者の生活の支援は家族や介護保険制度のサービスだけで担うことはしばしば困難になる。この章では「地域での生活」をキーワードに、痴呆の進行をできるだけ遅らせる視点から、痴呆になっても安心して暮らせる町づくりについて述べる。

1 痴呆になっても安心して暮らせる町づくり

介護の基本は在宅であり、痴呆性高齢者にとっても、在宅で介護・療養ができればそれが最も自然であり好ましいことである。痴呆になると、日常生活に少なからず支障をきたし、誰かの見守りや手助けが必要となる。しかも日常における世話の仕方によっては痴呆性高齢者の症状に大きな影響を及ぼす。

しかし、実際には一人の痴呆性高齢者を在宅で支えるために、家族の一人が24時間常に見守りや手助けを行うことになる。その結果、家族は極度に疲労し家庭生活全体が破壊されそうになったりすることもある。

そこで、これらのことを未然に防ぐために制度・施策による社会的支援サービスや地域住民による支援など、痴呆の三次予防対策として地域での取り組みが重要となってくる。

(1) 町づくりの基本的視点

なぜ、町づくりが必要か。一般的に高齢者は環境の変化に適応する能力は低下しており、痴呆性高齢者の場合は特にこの傾向が強い。したがって痴呆性高齢者のケアを考える場合、痴呆性高齢者がこれまで長年住み慣れた地域で、これまで送ってきた生活のスタイルをできるだけ変えないという視点から町づくりを考える必要がある。

痴呆性高齢者が長く地域で生活を続けていくためには、介護保険制度による在宅・施設サービスの利用だけでは支えきれないところがある。介護保険外による痴呆性高齢者やその家族への各自自治体の公的支援の整備や地域住民による見守り活動など、地域で支えていくということが大事である。このことは「痴呆予防」という点と合わせて考えていくことが必要となる。それは痴呆予防対策の充実の一方で、もし痴呆になったとしても安心して地域で生活が行えることや安心して介護が行える制度やサービス、環境が整っていなければ予防も十分な効果が上がらないからである。この点で地域のフォーマル、インフォーマルな支援体制が十分に機能していかなければ「安心して生活できる地域」となることは難しい。

(2) 制度・施策面からみた体制整備

痴呆性高齢者は記憶障害をはじめ見当識障害、判断力、認知機能の障害などから、時として家族の予測のつかない行動に出ることがある。それだけに家族は身体介護に伴う肉体的疲労だけでなく、精神的疲労も伴う。こうしたことを踏まえて、痴呆性高齢者やその家族を地域で支えるには、地域の実情に合わせた柔軟な制度・施策の体制づくりが必要である。

厚生労働省では高齢者の介護予防や生活支援を充実させていくために、従来の「在宅高齢者保健福祉推進支援事業」を拡充・強化し、平成13年5月25日「介護予防・生活支援事業実施要綱」（平成15年4月1日一部改正により「介護予防・地域支え合い事業」に変更。）を新たに通知した。

目的として、「介護予防・生活支援事業は、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びにその家族等に対し、要介護状態に陥らないための介護予防サービス、生活支援サービス又は家族介護支援サービスを提供することにより、これらの者の自立と生活の質の確保を図るとともに、在宅の高齢者に対する生きがいや健康づくり活動及び寝たきり予防のための知識の普及啓発等により、健やかで活力ある地域づくりを推進し、もって、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びにその家族等の総合的な保健福祉の向上に資することを目的とする。」とある。事業の実施主体は各自治体であり、市町村事業では地域の実情に応じ実施することとなっている。

県内でも各市町村が地域の実情に応じ選択により事業を行っている。なかでも、介護方法や知識や技術を習得させるための家族介護教室や、徘徊痴呆性高齢者を早期に発見できる徘徊高齢者家族支援サービス事業、家族が外出や休息を必要とする時間帯にやすらぎ支援員が対象者の居宅を訪問する痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業などは、これからの安心して暮らせる町づくりには欠かせない事業となってくるだろう。しかし、まだまだ未整備の市町村も多い。こうした制度を活かした体制を整備することが求められる。

(3) インフォーマルな支援体制

地域での「生活」という視点で痴呆性高齢者の介護を考えたときに、制度・施策面の体制の整備だけでは「安心して暮らせる町」となることは難しい。制度・施策面のいわゆるフォーマルな支援体制だけでなく、インフォーマルな支援体制が十分に機能していかなければならない。

インフォーマルな支援体制について考えるならば、現在全国的な活動を行っているのが「社団法人 呆け老人を抱える家族の会」（日本アルツハイマー病協会）である。

全国的な家族の会の活動を通じて、本人や家族の希望などを行政に提言したり政策に反映していくことなども可能となる。このような活動は痴呆の予防や地域での生活支援という点でも大きな意味があると言える。なお、家族の会の具体的な活動内容等については、第4章 P166 を参考とされたい。

住民参加ということでの課題ではどのような場面をつくれば住民が積極的に参加できるのか、あるいはそのような機会をどのようにしてつくっていくのかという点で地域の実情に応じた方法が検討される必要がある。地域の高齢化の実情により、都市部、農村部などでは働きかけや方法が異なるだろうし、これらのことは自然発生的にはなかなか活動に結びつかないことを考えると、地域に対しての積極的な働きかけが必要である。例えば、痴呆予防事業で参加した方々が地域で活動を行えるように支援していくことや次段で述べるようなボランティア活動へと結びつけるような働きかけが必要となってくる。



メモ フォーマルな支援体制

フォーマルな支援体制とは、主に専門職や福祉機関・団体、そして行政などの制度化されたサービスや政策で、痴呆性高齢者やその家族を支援する。それに対し家族・親族、近隣、友人、ボランティアなどからなる個別レベルの支援をインフォーマルといい、どちらも地域での重要な社会資源となる。

(4) 「安心して暮らせる町づくり」の条件

1) 地域住民の理解と協力

痴呆性高齢者の介護の問題は、その家族だけでは解決できないことが多い。そのため、**痴呆性高齢者やその家族が地域で安心して暮らしていくためには、地域の住民が痴呆についての正しい知識を持ち、理解を深めることが不可欠である。**それによって痴呆に対する偏見や誤解による間違った対応が無くなり、地域住民全体がその人たちにとってのサポーター的役割となることが最も良いと考える。何よりも住民が痴呆についての正しい知識や理解を地域全体で持つということは、痴呆予防や早期発見に効果があるだけでなく、痴呆性高齢者が地域で生活していくときに大きな力となる。

2) 啓発とボランティアの養成

住民に正しい知識を持ってもらい理解を得るための啓発活動が重要なのは、一予防対策から三次予防対策まで共通した部分である。現在でも、自治体の保健師や在宅介護支援センターなどが中心となって介護予防教室や家族介護教室などで啓発活動を行っているが、啓発される人の数は住民のごく一部で終わってしまうことが多い。この「集めて教える」教室型啓発には限界があり、住民自らが「出かけていく」全員啓発に方法を変えていかなければならない。このような幅広い啓発を実効性あるものとするには、**啓発側と住民との間にコミュニケーションが作られていなければならない。**そこで、地域により身近な民生委員や老人相談員、家族の会などの組織が中心となり啓発活動を行い、住民による痴呆学習会の開催などを展開していけるようになることが最も良い方法と考える。

このような活動の展開を考えた時にボランティアの養成は併せて大切である。地域のボランティアな支援の担い手として、痴呆予防事業への参加や、プログラムの運営、閉じこもりがちな高齢者への働きかけなどの活躍の場が考えられる。自主的に活動を行っていくことは難しいかもしれないが、行政の事業や支援センターの活動などと一緒に行うことで継続的な活動ができることになる。

また、養成場面では各市町村の社会福祉協議会、施設、グループホーム等とも連携して行うことがその後の活動に結びつきやすいかもしれない。場合によればこのボランティア活動自体が高齢者の閉じこもりの予防へと結びつくという効果もある。ボランティアを養成してだけでなく活動の場面を広げていくことも大切である。

3) 徘徊支援ネットワークシステム

痴呆性高齢者を抱える家族にとって、最も頭を悩ますのが徘徊問題である。痴呆性高齢者は一度外に出て家から離れてしまうと、自分がどこにいるのかわらなくなり、家に戻ろう戻ろうとして行方不明になってしまうことがある。これは家族にとって探し回る大変な労力と精神的負担がかかるだけでなく、何よりも痴呆性高齢者本人にとって、長時間の徘徊は脱水・飢え・事故などの生命に関わる危険がある。そんな時に、公的機関だけでなく地域住民や地域の商店街、民間事業所などの発見協力できるネットワークシステムがあれば迅速に無事保護できる可能性がある。家族だけでなく地域全体で見守れるようになることである。



徘徊支援ネットワークシステム

徘徊支援ネットワークシステムとは、警察、消防、保健所、行政、郵便局、福祉施設、社会福祉協議会、在宅介護支援センター、バス会社、タクシー会社、ガソリンスタンド、家族の会、民生委員、地域住民などがネットワークをつくり、徘徊する痴呆性高齢者を早期に発見し、事故が起きないように地域ぐるみで支援する仕組みである。今日「介護予防・地域支え合い事業」の徘徊高齢者家族支援サービス事業制度としても取り入れられて来ているが、公的な機関や関係団体、地域住民が自主的に取り組んできた活動でもある。

4) 権利擁護

「契約時代」を迎え、今まで馴れ合いや慣行として通ってきたことも「契約」として見直され、しかるべき手続きを踏むことになった。とりわけ介護保険制度の導入によって高齢者は契約締結や金銭管理の機会が以前より増してきている。しかし、痴呆性高齢者の中には判断能力が不十分な者もいることから、財産の管理、各種手続きや契約に支障が生じ、場合によっては金銭的な不利益を被るおそれがある。そのような痴呆性高齢者に対して、本人の生活、権利、財産を守ることや本人の希望に沿った支援の提供を行う必要がある。平成12年4月に設けられた新しい成年後見制度は、今までの禁治産、準禁治産制度とは違い、官報に公告されたり、戸籍に記載されたりすること無く、多額の鑑定費用や審判に長期の日数がかからないなど、従来に比べ使い易くなっており、申し立て件数も増加傾向にある。しかし、まだまだこの制度について周知されていないかったり、申し立て費用や申し立てを行う身内がいなかったり、後見人報酬の問題など、利用したくても利用できない人もいる。

今後はそのような人たちに対し、成年後見制度利用支援事業として、広報による制度の周知や制度利用にかかる経費の助成（登記手数料、鑑定費用、後見人報酬）など活用の際する支援を進めていく必要がある。

5) 相談機関のネットワーク

高齢者やその家族は、高齢者が痴呆症になっても、年齢のせいにして片付けてしまい、症状が重度になるまで相談機関につながらないことが多い。また、そういう状態であってもどこに相談したらいいのかわからない家族がほとんどである。

しかしながら、地域には痴呆に関する身近な相談窓口として市町村の保健センターや在宅介護支援センター、物忘れ外来、老人性痴呆疾患センター、呆け老人をかかえる家族の会などの窓口がある。大事なものは、早かれ遅かれ何らかの形でこうした窓口につながった時に、最初の窓口がその痴呆性高齢者の状況に応じて適切な助言や援助ができることである。状況によっては他機関へつなげることも考えられ、相談機関どうしの連携も必要になってくる。例えば、痴呆の診断や治療についてはもの忘れ外来でもできるが、介護保険の相談や手続きは在宅介護支援センターに関わってもらうなどが必要であろう。地域の相談機関どうしの連携がスムーズに図られ、その人に対して共通の関わりができれば、痴呆の進行予防や家族の安心感につながられる。一人の専門家や一つの機関ではなく、各関係機関が痴呆の人を支えていく地域づくり、町づくりが必要である。

2 地域におけるリハビリテーションの考え方（山口県の例）

地域における痴呆予防のリハビリテーションとしては、大きく分けて3つの視点でリハビリテーションを展開していくことが必要である。

痴呆症のリハビリテーションには、(1)個人へのアプローチ、(2)家族・介護者へのアプローチ、(3)地域へのアプローチという視点が必要となる。

一次リハビリ	個へのリハビリ	心理的アプローチ
二次リハビリ	家族・介護者へのリハビリ	心理教育的プログラム
三次リハビリ	地域社会へのリハビリ	ノーマライゼーション

痴呆リハビリテーションは、上記の三つの輪で総合的に組み立てられる。

(1) 個人へのアプローチ

痴呆症は、脳の器質性・機能的障害を中核とし、これに伴って記憶・記銘力障害や見当識障害など、いわゆる「基本症状」を構成する。こういう状態像の中で、痴呆性高齢者の多くは、変わりつつある自分の姿に戸惑い、また失敗体験をくり返して、自分のイメージを悪化させて不安に陥る。こうした課程でいわゆる「随伴症状」を二次的に発生させる。

個人へのアプローチは、こうした心理的背景をふまえて、臨床心理学的知見を応用した関わり（「表現の受容」「生活の中の心理劇」「個別性の尊重」など）を反復することにより、痴呆性高齢者が、変化していく自らの姿を受容する力を回復させ、生き生きとした自分や生活を取り戻していくよう促していく。この課程で、心因反応は緩和・改善し、器質性・機能的障害についても代償作用により緩和・改善することがある。

(2) 家族・介護者へのアプローチ

痴呆症は、家族や介護者をも不安に陥れる。変化していく痴呆性高齢者に戸惑い、痴呆性高齢者を「何を言っても理解しない人」と誤認したり、行く末を案じてつい指示的・矯正的に接してしまいがちになる。痴呆性高齢者の心理的背景を見逃して、このような関係で対峙してしまうと、状況をさらに悪化させる悪循環を生んでしまいがちになる。また、介護者や家族は、誰よりも身近で長時間にわたり痴呆性高齢者に関わっており、強力な援助者になると同時に害を加えるものともなる。しかし、家族や介護者は、日常の介護に追われ、また情報も乏しい状態に置かれがちな現状がある。

そこで、家族教育プログラムなどにより、介護者に対して心理的・身体的支援を行うのと同時に、教育的支援も行う必要がある。さらに、介護者や家族の問題解決能力を高め、家族や介護者をリハビリ協力者と捉えるだけでなく、介護・リハビリを通じて家族や介護者自身が豊かな人生を獲得することも可能である。

(3) 地域へのアプローチ

痴呆性高齢者や家族・介護者が地域で暮らす以上、さらに地域にこれらをサポートするシステムが位置づけられる必要がある。また、地域の中で差別や偏見があれば、いくら精神機能を鼓舞しようとしても痴呆性高齢者の心は躍動して来ないだろうし、家族や介護者も安定した介護や生活が困難になる。こうした地域リハビリは、地域支援システムの構築であるとともに、地域社会の文化を視野に入れた活動でもある。

出典：1 平成14年度福島県痴呆予防従事者等養成研修会資料
（山口県精神保健福祉センター 上原 心理判定員 資料）

さらに、3つのアプローチに基づく具体的なリハビリテーション（1 心理的アプローチ、2 介護者心理教育プログラム、3 地域リハビリテーション）の「基本的組み立て」について、10数年前から痴呆問題に取り組んでいる山口県で作成した「痴呆予防リハビリマニュアル」（2001年3月 山口県精神保健福祉センター、山口県健康福祉部作成）より抜粋して紹介する。

1 心理的アプローチ

記憶障害、認知障害、感情障害等という精神症状はあくまでも私たち（外部）の目でとらえられたものであり、老人の内面の世界を示していない。私たちはこのような内面へのアプローチと理解をリハビリの中で試みている。記憶障害等のモザイクを用いることはあるが、これはできる限り客観された評価や他者への伝達のための共通語として使用している。

記憶障害がある、感情の障害があると痴呆症を理解するのではなく、その老人の体験のあり方、世界に向かっているあり方に私たちは関心を持っている。そこで自分の世界が変容し、孤立しているといった老人の感覚を「私」の有り様の相違として理解し、それが痴呆症であると私たちはとらえている。

結局、痴呆症という診断が持つ意味はなんだろう。一人の人間を痴呆症と診断したところで私たちは何も語ることはできない。その老人はその人の生き方をしてきたし、老年期になって「痴呆症過程」によって加工された心理状態が形成され、それが記憶や認知の障害として外部に表現されている。そのようなあり方の人に対し私たちがどれだけ見つめることができるのかということにしか痴呆症の心理的アプローチの意味はない。ここでの私たちの関心はいかに脳を刺激するのかではなく、その人といかに共感するのかである。

(1) 痴呆症の内面の世界

痴呆症の内面の世界はまさに「時空間の変容」であり、かれらはその変容した世界の中で現実である外界と接している。「経験のつながらない世界」・「時の連続性のない世界」・「自他の境界のない世界」・「空間変容の世界」・「見覚えの世界」等と彼らと接していると、直感的にとらえられる。この「時空間のゆがみ」は老年期の心理の喪失体験を増強し、その加工の過程で「老いの心理」の否定的側面に向かって拍車をかけさせているように見える。

(2) 痴呆リハビリテーションの戦略・戦術

① 時空の崩れによる自我意識の障害を予防する

- ・能動性の意識 自我意識 あなたと私は違う
- ・同一性の意識 昨日の僕と今日の僕は同じ
- ・単一性の意識 自己の個別性

② 痴呆段階によるリハビリテーション目標設定

痴呆の心的世界は「困惑期」→「孤立期」→「断片期」と変遷し、現実空間の狭溢化へと進化する。困惑から孤立への変遷については喪失体験による無力感がこれを促進させているように思う。痴呆リハビリテーションの戦略はこの心的空間の狭溢化の進行防止で、心理的空間の拡大を求めるものである。

- ・老化・初期レベル（困惑期） 不安軽減と現実感の獲得を目指す

この期の老人は正常心理がまだ機能している。能力喪失の不安と戸惑いを表現し、「あれはいつ?」「どこに置いた?」何度も尋ね、確認するような強迫的な行動が見られる。感情的な疎通はかなり保たれているが、不安的な気分が見られることもある。

- ・中期レベル(孤立期) 感情の安定と豊かな対人感情を目指す
この期の老人は感情の疎通が困難となり、共感が困難な状態である。動機の見当がつかない感情の爆発、周囲の状況から影響を受けることのない表現等が見られる。思考レベルでの安定した持続性のある疎通が困難であるが、微笑を返すなどの感情の疎通性はまだ保たれている。
- ・後期レベル(断片期) 不意の疎通(人・物・動物・自然当)を積み重ねる。
この期の老人は持続性のある疎通が不可能で、私たち側からの計画だった疎通は困難で不意の、予期しない、一瞬の疎通が認められる。

③ プログラムの目標

老化、知的障害による「低下した自己像」の回復を図る。リハビリテーションの空間は以下の体験の場として機能するように、プログラムは作られる。

・初期から中期レベル

- 1 主役体験
- 2 達成感
- 3 役割意識
- 4 有用感
- 5 能動意識
- 6 注目感
- 7 共有感

・後期レベル

対人交流だけでなく、動物、土、水、植物など自然との心地よい交流が中心となる。「水に触れたとき笑顔を見せる」などの交流を求める。

2 介護者心理教育プログラム

現代社会の家族員数の減少は潜在的なサポート力の低下を招いている。在宅支援での家族の役割と強化、同時に家族を支援する地域サポートシステムの体制づくりは必要不可欠な課題である。統合的・連続的・体系だった地域サポートシステムの組み立て、家族にその選択を保障する体制を組むことも私たちの課題である。私たち専門家の役割は支援を地域社会に委ねるのではなく、支援の連続性・選択性を地域社会に保障し、その線上で支援が提供できるさまざまな地域住民を組織化する責任を担っている。

このリハビリテーション効果を大きく左右するプログラムである。在宅でのリハビリ環境を設定し、毎日リハビリが実行されるかどうかはこれにかかっている。これまでの介護者支援は老人と介護者との距離を離すことで、介護者に時間的・心理的余裕を提供するものであったが、このプログラムは逆で、介護者と老人との距離を縮める方向のものである。このプログラムでの私たちの役割は介護者自身の問題解決能力を高めることである。そのためにはまず介護者の心理的不安や疲労を解決しなくてはならないし、また役に立つ情報を介護者に提供しなくてはならない。この二つが介護者心理教育プログラムの目的である。

・心理教育プログラムは下記の三つの期で構成されている。

- | | | | |
|----|-------------------|---|----------|
| 一期 | それぞれの介護者が問題を共有しあう | → | 例会の開催 |
| 二期 | 専門的知識と技能を身につける | → | 教育カリキュラム |
| 三期 | 自助集団として社会に打って出る | → | 介護者の会 |

3 地域リハビリテーション

現状では、介護者は地域社会に「迷惑をかけて申し訳ない」と隣近所に気遣いながら介護している人も少なくない。介護者は二重の「重荷」を背負わされている。また、支援がないためにしかたなく施設生活を選択する家族や老人もいる。「普通」の医療が受けられないで病気を進行させてしまっている老人もいる。このリハビリテーションの目的は、老人や介護者が「普通」に在宅での生活を行なえるように地域社会の仕組みや文化を変革しようというものである。老人や介護者が安心して暮らせる地域社会の基盤があってはじめて痴呆リハビリテーションが可能となる。

現在行なわれている地域リハビリテーションのプログラム

① 痴呆性老人緊急時支援ネットワーク

行方不明や医療的な緊急事態に対して速やかに対応できる地域ネットワーク

② ボランティアの参加、およびボランティア組織の結成

地域啓発に役立つ

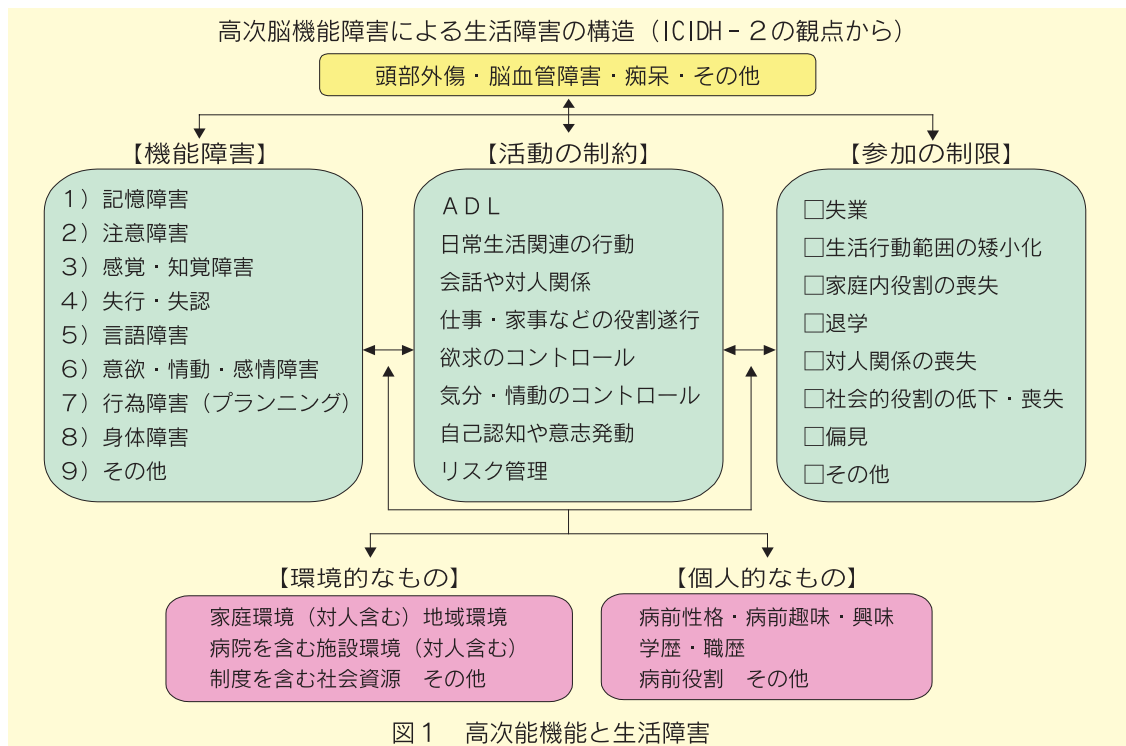
③ 家族相談員活動

介護体験者が地域で行う相談活動。専門機関に相談するほどのものではない相談なので、初期痴呆の相談が多く、その把握に役立つ。

3 施設におけるリハビリテーションの考え方

(1) 軽度痴呆リハビリテーション

一般にリハビリテーションとは WHO の障害国際分類に基づいて、①障害された機能（記憶、注意、言語、行為など）の回復、②機能障害に伴って起こる活動の制約（ADL、会話、対人関係、気分・感情のコントロールなど）の改善、③参加の制限（家庭内役割の喪失、対人関係の喪失、社会的役割の喪失など）の解消を目的とする（図1 高次脳機能と生活障害）。その際、下段にあるように環境要因と個人の要因を考慮する必要がある。



一般に大きな回復を望めない痴呆患者へのリハビリテーションにおいては、勿論機能回復そのものも重要であるが、その人らしい生活を取り戻し、QOLを高めることが最も大きな目標となる。

また、リハビリテーションのもうひとつの目的は、環境要因としての家族や介護者の訓練により、痴呆患者とのコミュニケーション技術の訓練により、患者の意思を理解する感覚を育て、豊かな感情体験をお互いに持つことができるように支援することである。

特に、軽度痴呆患者は、習慣化した行為や習熟した技能に関してはかなりまとまった活動が可能であることから、遂行可能な役割を持ち、実際にその役割を果たすことにより、自信を持ち、明るく積極的な対人関係を持つことが可能であり、これは脳の刺激と心理的な効果の両面から臨床症状の改善に効果的である。

軽度痴呆患者のリハビリテーションを行う上での実際的な難しさとしては、デイケアなどの施設ケアにおいて、症状の進行した患者と一緒にいることが多いため、軽度痴呆の患者には馴染めない環境設定やプログラムとなってしまう傾向があることである。軽度痴呆患者が興味を示し、ある程度やりがいのあるプログラムの工夫が必要である。

また、在宅の軽度痴呆の患者には、集団活動の場面に抵抗を示し、通所サービスを拒否する場合も多いので、在宅への訪問リハビリテーションが有効な場合も多い。家族の関わりでは中々腰を上げない患者が、専門スタッフが訪問すると、本人の趣味や得意な活動を意欲的に行い、それを契機に家庭での活動性が改善する場合も少なくない。

実際に、軽度痴呆で家に閉じこもる傾向がある場合、家族との関係においても摩擦が生じていることも多いので、OTや訪問看護などの専門職の第三者としての介入は効果がある。そのようなケースでは、人格とプライドを尊重して、本人の意向に沿って、本人の元々得意な能力を引き出して、自信を回復するよう支援することが大切である。

(1) 実際のリハビリテーションの考え方

ア 楽しく関わる技術を持つ

- ① 笑顔を絶やさない。
- ② 話している間目を合わせる。
- ③ 暖かく、親しみを込めた声の調子や早さで話す。
- ④ 表情やボディランゲージが親しみやすく、リラックスし、開放的で、緊張のないこと。

イ 安心し、信頼できる環境を創り、QOLを高める。

- ① 楽しい感情と良い人間関係を持つ。
- ② 身体的に快適である。
- ③ 満足できる役割や趣味活動を持つことができる。
- ④ 楽しく、居心地の良い環境。

ウ 治療的活動を選択し、適合させる。

- ① 詳細な評価により、患者のニーズに合った目標を設定する。
- ② 利用者が「気持ちよく感じる」ことが原則
 - ・他者との関係も含め、身体的、心理的に良いと感じる。
 - ・気持ちよくと感じるができる環境である。
 - ・満足感の得られる治療的な活動に参加する。

エ 1日の活動を計画する

- ① 動は個々の患者の特長に合わせる。
 - ・患者の生活史、職歴、趣味、

- ・現在の生活機能、社会的機能のレベル
 - ・身体的能力
- ② 痴呆の患者の能力や必要性に応じた活動
- ・ある程度は、継続的で、単純な、多くが参加できる活動を取り入れる
 - ・休息時間を計画的にとる
 - ・計画は柔軟に、自発性に合わせて変更も
 - ・活動の間に楽しい人間関係を体験する
 - ・大人として接する
 - ・決して急がせてはならない
- ③ クリエイティブに楽しい活動
- ・治療プログラムを患者に合わせて適合させる
 - ・なるべくその患者が失敗しないレベルのものを選ぶ
 - ・治療者側が自信を持ち、安心して活動を支援する
 - ・慣れしんだ活動と新しい活動のバランスを考える
- ④ グループ活動の中で個々のニーズに応えるには
- ・少人数のグループを作る
 - ・グループを興味や機能に応じて、幾つかのサブグループに分ける
(言語機能の高いグループには特別な回想法などを多く行うなどのパラレルプログラミングの導入)

第6節 関係機関の役割とネットワークの考え方と進め方

ここでは、市町村、在宅介護支援センターなど痴呆に関する相談を最初の段階で受ける機関に対して、平成13年度、平成14年度に実態調査を行った結果を踏まえ、痴呆予防活動を行っていく際の各関係機関の役割とネットワークの考え方と進め方について述べる。

1 連携が期待される背景と考え方

(1) 地域における痴呆予防対策の現状と課題

福島県では、平成13、14年度において県内の痴呆予防に関わる機関に対し痴呆予防対策の現状と課題について実態調査を行った。調査結果から、相談者側としては、症状が進行した状態での相談が多く早期発見に至っていない現状、知識不足から誤解や不適切な対応となりがちである状況が明らかとなった。また支援者側においては、支援者の資質の向上が必要であること、各機関の役割を明らかにし連携を強化すべきこと、地域での支援体制の整備が必要なこと等多くの課題が出された。

(2) 住民、行政、関係機関等の連携が期待される背景と考え方

第1章でも前述しているが、2003年6月にまとめられた厚生労働省老健局長の私的諮問機関である「高齢者介護研究会」の報告書において、痴呆の早期発見の重要性、地域住民全体やかかりつけ医等専門職の痴呆に関する正しい知識と理解の必要性、関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みづくりの整備の必要性などについて記載されている。さらに、痴呆予防を平成17年度から始まる老人保健事業第5次計画にも位置づけていくことを検討すべきとしている。

現在、「痴呆予防」は介護予防事業の中に位置づけて取り組んでいる自治体が多いが、さらに健康づくりの分野や住民主体の活動、ヘルスプロモーションに基づく健康なまちづくりの視点で取り組んでいかなければ、痴呆ケアの後追い対策に追われてしまう。

自治体だけが痴呆予防対策事業に取り組んでも、高齢化に伴い、痴呆性高齢者は今後ますます増加していく現状の中では、焼け石に水の状況である。住民も行政も関係機関等も「痴呆予防の重要性」を理解し、目標を共有化して、それぞれの役割を担っていくことが大切である。

そのためには、市町村、在宅介護支援センター、保健福祉事務所等の役割、住民や地域の役割、関係機関や関係団体を含めた社会資源の活用等、それぞれの役割や連携体制を明らかにして取り組む必要がある。

2 関係機関の役割とネットワークの進め方

(1) ネットワークの進め方

関係機関（あるいは関係者）間における連携の仕組みづくりやネットワークを構築し、支援体制の整備を図っていくためには、具体的には次のような視点や仕組みづくりが必要であろう。

- 1) 痴呆予防のためのネットワーク活動であることを明確にし、各関係機関の活動（対策）に位置づける。
- 2) 関係機関の連絡協議会等を設置し、定着したネットワークづくりとその後のネットワークが円滑に行なわれているかのモニタリングを行っていく。

【連絡協議会等における検討事項例】

地域全体における痴呆予防対策の方向性の共有化（県、市町村レベルにおける事業計画の理解と共有化）、事業計画に基づく各関係機関の役割の明文化と明確化、モニタリングの方法、予防・早期発見・早期対応体制づくりにおける課題と対応策、具体的には痴呆予備群の段階における早期発見のための把握から支援ルートのシステム化等

- 3) 個人レベルの対象者（ケース）支援のための情報交換や検討会を行っていく。
- 4) 各機関同士のネットワークや連携の関係がわかりやすいようにフロー図等で図式化し、関係性を整理する。

【痴呆予防活動における関係機関の連携図（ネットワークフロー図）】

- ① 予防のための連携、ネットワーク
 - ② 早期発見のための連携、ネットワーク
 - ③ 早期対応のための連携、ネットワーク
- 5) ネットワークを支える基盤となるのが、各関係機関や関係者の理解や資質の向上であり、そのための研修会や資質の向上のための場の設定を行なう。

これらの仕組みづくりを通して、各関係機関（あるいは関係者）の位置づけや役割が明確となり、ネットワークが強化されていくと考える。

参考までに、痴呆予防活動におけるモデル連携図を図1に示す。

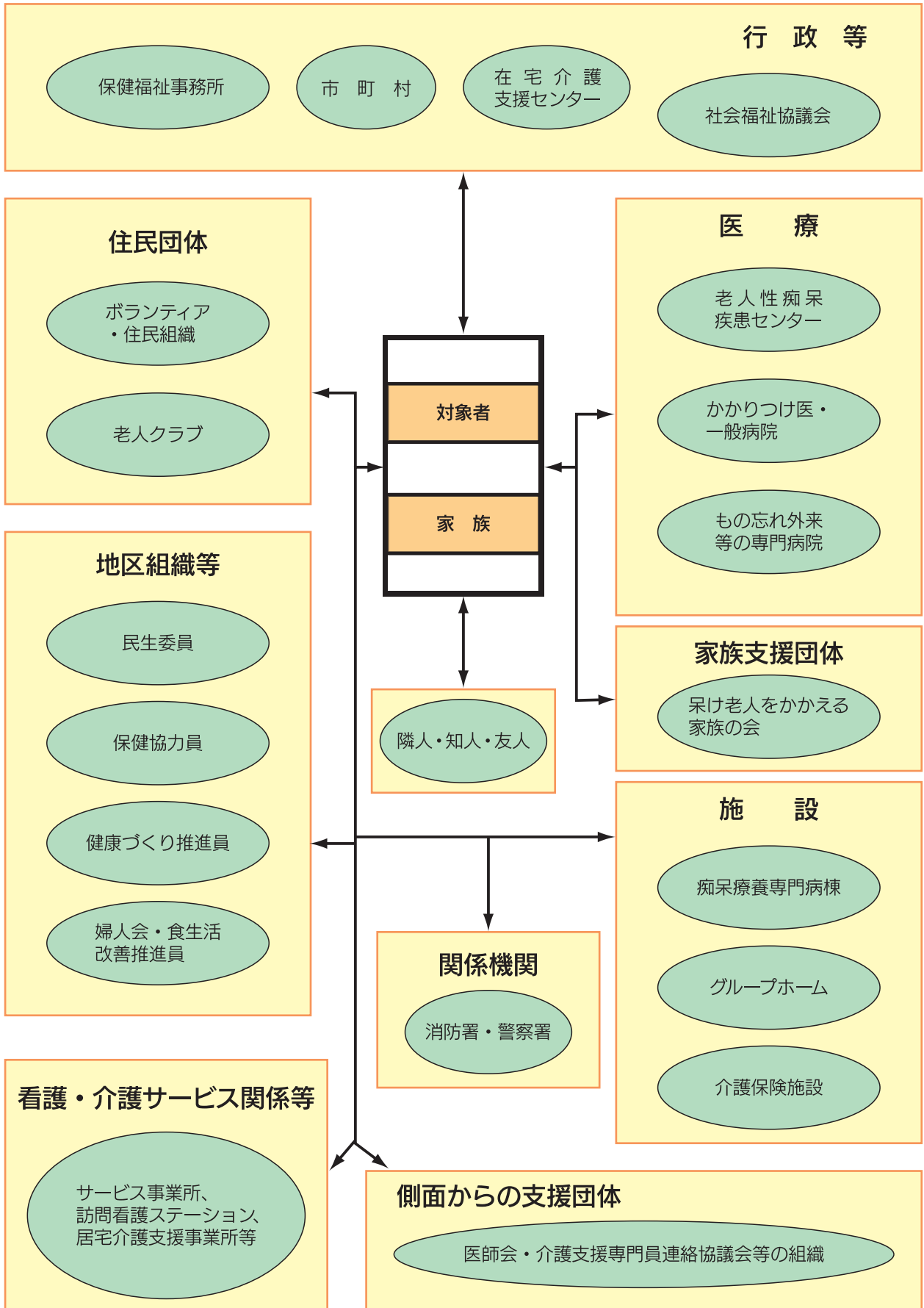


図1 【痴呆予防活動におけるモデル連携図】
早期発見・早期対応のための連携図

(2) 関係機関の役割

本県の痴呆予防対策のポイントは、「予防、早期発見、早期対応」体制の整備であり、そのためには、各機関の機能を活かしてどのような役割を担えるか、担うべきかという視点で「各関係機関の役割」を整理していくことが大切である。

各関係機関の役割を明確にしていく際の参考に、表1に痴呆予防活動における各関係機関・関係者・住民等に期待する役割を「関係機関の役割一覧」としてまとめた。また、地域の中で痴呆予防活動の中核となる機関は市町村や在宅介護支援センターであり、特に地域全体の活動として位置づけ、活動(事業)を定着させていく市町村の役割は大きいことから、市町村の具体的な役割を以下に述べる。

市町村の役割

(1) 普及・啓発活動

痴呆予防、痴呆の早期発見、早期対応ができる町づくりのためには、住民、市町村内の関係職種等に対する計画的な普及・啓発、研修会などによる情報提供を行うことが重要である。痴呆を正しく理解し、地域の中で見守る姿勢を多くの人が持つような普及・啓発活動が継続して実施されることが望まれる。

主な普及・啓発内容

痴呆の初期症状、危険因子、痴呆になりやすい生活・予防・治療・介護について
痴呆予備群、軽度痴呆の初期のサインや発見の方法、相談窓口や痴呆を診療できる医師リスト等の情報提供

(2) 総合相談窓口等の整備

痴呆の早期発見、早期対応ができるようになるためには、疑問や不安を持つ住民が、身近に相談できる窓口が必要であり、住民への相談窓口の周知は大変重要である。必要時在宅介護支援センター、かかりつけ医、専門医等との連絡調整を図っていく。

(3) 健康づくり、痴呆予防から軽度デイケア等の教室の開催や支援

高齢者の身近で、より多くの教室や支援プログラムがあることが望まれる。

(4) 痴呆予防事業計画及び個々人の痴呆予防支援計画の作成・実施・モニタリング

痴呆予防活動を定着化させていくためには、市町村内の行政計画として位置づけていくことが必要である。さらに、個人のレベルにおいては、痴呆予防支援計画の作成に基づく支援が大切であろう。

(5) 地域内関係者(ケアマネージャー等)の研修会の開催

市町村内におけるケアマネージャーや、サービス事業所等の職員を対象に、痴呆に予防や市町村内の計画説明等の研修会を開催し、訪問時の早期発見や悪化防止を図る。

(6) 地区組織リーダーやボランティア育成

地区組織リーダーやボランティアなどが中心となって、自主的な痴呆の啓発・普及活動、周囲の人で痴呆を疑う人がいた場合、早期に市町村等に相談する仕組みづくりを行う。また、軽度痴呆、痴呆予防教室などを自主的に運営出来るように育成する。そのためには、家族やボランティアが痴呆に対する正しい知識や理解を取得できるよう、研修会の開催や介護予防・地域支え合い事業の地域住民グループ支援事業等の実施などが考えられる。

(7) 保健・医療・福祉・住民（組織）等とのネットワークづくり

- ・地域ケア会議や関係機関間の連絡・調整の場を確保する。
- ・痴呆の早期発見、早期対応のために、かかりつけ医を中心にもの忘れ外来や痴呆疾患センター等との勉強会や連携を図る。
- ・家族会や老人クラブ、あるいは行政組織内等の他課との密な情報交換等を通して、ネットワークを広げる。

表1 「関係機関の役割一覧」

機 関 名	役 割
市 町 村	<ul style="list-style-type: none"> ・普及・啓発活動、痴呆予防・介護に関する総合的な相談や教室の開催、痴呆予防事業計画及び個々人の痴呆予防支援計画の作成・実施・モニタリング、訪問指導による支援 ・保健・医療・福祉・住民（組織）等とのネットワークづくり ・地域ケア会議や関係機関間の連絡・調整の場の確保 ・地域内関係者（ケアマネージャー等）の研修会 ・地区組織リーダーやボランティア育成
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆予防・介護に関する総合的な相談や教室の開催、訪問指導による支援、個々人の痴呆予防支援計画の作成・実施・モニタリング ・ボランティアの育成や協力による事業展開 ・痴呆予防・介護に関する総合的なサービスの連絡調整 ・普及・啓発活動、市町村との連携による痴呆予防事業の推進
県保健福祉事務所	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆予防・介護に関する専門的な相談 ・普及・啓発活動、市町村への技術支援や調整 ・保健・医療・福祉・教育・環境・住民（組織）等とのネットワークづくり
県精神保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村等関係機関に対する技術的支援、教育研修等 ・調査研究、困難な専門的相談、指導 ・複雑困難な相談、指導

機 関 名	役 割
かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医の紹介、市町村、保健所等との連携 ・ 軽度認知障害、軽度痴呆の診断
医療機関(もの忘れ外来等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医による鑑別診断・治療、市町村・保健所との連携
老人性痴呆疾患センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医による鑑別診断、医療相談 ・ 救急対応・医療、保健、福祉に関する情報提供 ・ 関係者への技術的援助
居宅介護支援事業所等 サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供により本人、家族を支援 ・ 普及・啓発、情報提供、市町村・在宅介護支援センター等との連携
グループホーム (痴呆対応型生活協同施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模で家庭的な居住環境の整備、日常生活の世話 ・ 介護計画の作成・実施・モニタリング (痴呆の進行防止や問題行動の緩和)
呆け老人をかかえる家族 の会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痴呆の定期相談、行政への提言や関係機関との連携 ・ 普及、啓発(世界アルツハイマーデー等の活動) ・ 家族のつどい(家族同士の情報交換、交流、勉強会等)
民生委員、保健協力員、 婦人会等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痴呆予防・痴呆に関する各種相談、家族支援、見守り ・ 普及・啓発、地域の早期発見者、市町村等との連携、協力
ボランティア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普及・啓発、地域の早期発見者、地域の見守り ・ 市町村事業(痴呆予防教室、痴呆予備群教室等)への協力
介護保険施設等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内における痴呆予防や悪化防止 ・ 市町村、在宅介護支援センター等の事業への協力、連携
その他の教育、文化、環 境、建設、農林、商工等 の関係部署・機関	保健福祉事務所、市町村・在宅介護支援センター等との連携による痴呆予防に関する生きがい対策や痴呆予防のための施策の実施
警察・消防署等	市町村、在宅介護支援センターとの連携による緊急対応、地域の見守り、情報提供

第3章

Chapter-3

実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方

地域における痴呆予防対策のフローチャート（モデル例）

- 1 地域診断と目標設定を行う
- 2 痴呆予防対策を政策として位置づける
- 3 痴呆予防対策の施策体系図の作成と周知
- 4 年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画等の作成
- 5 一次予防対策の実施
- 6 二次予防対策の実施
- 7 三次予防対策の実施
- 8 実施後のモニタリング・評価と改善案の整理、新たな計画の組み立て
- 9 事業実施に必要なリスクマネジメントの考え方
- 10 市町村における痴呆予防対策への具体的な取り組み

第3章 実践事例を用いた痴呆予防対策の具体的な進め方

ここでは、下記の「地域における痴呆予防対策のフローチャート（モデル例）」に沿って、実践事例を用いて、痴呆予防対策の進め方について述べる。

地域における痴呆予防対策のフローチャート（モデル例）

〔痴呆予防対策の計画づくり〕

1 地域診断と目標設定を行う

介護保険の認定審査情報、市町村・在宅介護支援センター等の実態把握、既存資料、アンケート調査、住民生活実態調査、関係者による討議等による地域診断により、ベースラインデータの把握と数値等による目標設定を行う。



2 痴呆予防対策を政策として位置づける



3 痴呆予防対策の施策体系図の作成と周知



4 年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画等の作成

- 4-1 年次計画・事業計画・評価計画
- 4-2 マンパワー・予算の確保計画、タイムスケジュールの作成
- 4-3 基盤整備計画



〔痴呆予防対策の実施〕

5 一次予防対策の実施（まずは予防から）

（健康増進と特異的予防

：痴呆発症の危険因子の除去や低減等に関する知識の普及）

○普及・啓発に関する活動例

住民に対するきめ細かな啓発。パンフレットの配布、世界アルツハイマーデー等でのキャンペーン、地域での勉強会の開催。健康づくり推進員の教育による啓発の担い手の育成等。

○元気な高齢者を痴呆予備群にしない対策（集団アプローチ）例

一般住民への知識の普及、健康づくり対策、生活習慣病予防対策、閉じこもり予防、手段的日常生活動作（IADL）の低下予防、生きがい対策、転倒予防対策、寝たきり予防対策等。75歳前の痴呆の有病率が高くなる前の年齢の人達への対策。



6 二次予防対策の実施（早期発見・早期対応）

（痴呆予備群・軽度痴呆の早期発見・早期対応）

○早期発見の仕組み作り

- ・家族・本人による早期発見
- ・医療・保健・福祉関係者による早期発見
- ・健康診査等による早期発見
- 早期発見のためのスクリーニング・スケールの選定
- ・DECO や IADL、HDS-R、MMSE、PAS などのスクリーニングのための認知的検査の活用
- ・その他各地域で開発して活用している評価尺度表
生活障害を中心とした痴呆評価尺度表（社会的な行動、精神症状の変化、身体症状の変化）、
脳の老化度判定健診票等

○早期対応の仕組み作り

- ・かかりつけ医・専門医による早期の診断、受け入れ体制づくり
- ・保健・医療・福祉・介護保険サービスの利用
- ・本人、家族への啓発や軽度痴呆に対するプログラムの立ち上げ、提供
- ・痴呆予備群を軽度痴呆にしない対策（高リスクアプローチ）例
疾病の発生の危険性（リスク）が高い人への対策。認知的機能を刺激するアプローチ。痴呆予備群に対する痴呆予防プログラムの立ち上げ。痴呆予防教室、予防型のデイケア
- ・デイケア（認知的機能や生活能力を主体的に発揮できる活動プログラムによるデイケア）・・・
軽度痴呆デイケアなど



7 三次予防対策の実施（痴呆の進行をできるだけ遅らせる）

安心して暮らせるまちづくり

- ・制度、施策による社会的支援サービスや地域住民による支援など、地域の社会資源による支援
- ・相談機関のネットワーク
- ・地域リハビリテーションの考え方に基づく活動
個人へのアプローチ、家族・介護者へのアプローチ、地域へのアプローチ
- ・マンパワー確保と育成：専門職育成と確保、専門職以外の人材の養成、地区組織リーダー育成等



〔痴呆予防対策の評価と新たな計画の作成〕

8 実施後のモニタリング・評価と改善案の整理、新たな計画の組み立て

事業モニタリングを行い、評価と改善案の整理をすることで新たな計画の見直し、組み立てにつながる。

※ 一次予防対策、二次予防対策、三次予防対策のいずれから取り組んでもよいが、一次、二次、三次予防対策を総合的に進めていくことで、痴呆発症の減少や悪化防止による成果につながる。



9 事業実施に必要なリスクマネジメントの考え方

未然に大きな事故を防ぐ仕組みを作っておく



〔市町村痴呆予防対策の取り組みのポイント〕

10 市町村における痴呆予防対策への具体的取り組み

関係者の重要性の理解、組織内担当部局の決定、地域の課題把握と解決策の実施など具体的な取り組みのポイント

1 地域診断と目標設定を行う

基本的事項

地域で何が問題なのか、また、痴呆予防対策に関わる資源としてどんな資源が活用できるかを検討する。診断によって把握された実態は、事業のベースラインデータとして、さらに事業の具体的な目標を立てる上での基礎となる。目標はできるだけ、数値で立てる。地域診断の項目も、数値データとして得られる方法で行うと、数値目標が立てやすい。数値目標を設定するにあたっては、方法、資源、時間等を検討した上で、小さな目標から始めていくのが現実的である。

地域診断の方法として、いくつかの方法を組み合わせる。

(1) 既存の資料を検討する方法

疫学的研究結果や介護保険のサービス利用者の原因疾患や介護度データ、痴呆等の相談に関わるデータ、住民の健康検診の結果、過去の住民調査などから問題を検討することができる。

(2) デルファイ法

問題に詳しい関係者にアンケートを繰り返し行うデルファイ法も活用できる。対象が限られているので費用は安く済む。たとえば、それぞれの立場で感じている現在の問題点は何かをアンケートし、それをフィードバックして、その問題を解決するために効果的な方法は何か、あるいは、それを実行するためには何が必要なのかを組織的にアンケートで資料を得る。

(3) フォーカスグループ

いくつかのテーマを絞り、関係者による討論を小グループで行う。フォーカスグループのテーマにふさわしいメンバーを選ぶ必要があるが、強い影響力のあるメンバーがいると偏った結論になってしまうことがあるので、できるだけ、そのテーマに関する情報がすべて話されるように、テーマをひとつのテーマに絞り、それを明確に示し、十分な時間をかける。

(4) 調査

住民生活実態調査

費用と時間があるならば、デルファイ法やフォーカスグループから得られた問題点やその対応資源に関する実態を明らかにする目的で、地域高齢者とその家族を対象とした面接・アンケート法を行う。こうした調査により、痴呆の危険因子となっている生活習慣上の問題点を数量的に把握することができる。また、痴呆予備群の高齢者や痴呆の疑いのある高齢者をスクリーニングすることやベースライン評価のためのデータを得ることも可能である。

調査には、住民を調査員としてリクルートすることも考慮するとよい。地域の実情を調査員として知った住民調査員は地域の痴呆対策の人材として活用できる。

○各関係機関のサービス実態調査

痴呆予防のサービスや社会資源の実態が把握されていないならば、関係する機関に調査を行うべきである。生きがい活動を通じた施策を考えるならば、生きがい活動に関する地域の高齢者のニーズを、教育委員会の生涯教育、高齢者クラブやサークル団体など各関係機関から幅広く地域の実態と動向を知ることが重要である。

2 地域診断の内容

例として、プレシードプロシードモデル（PRECEDE-PROCEDE Model）に従った地域診断の例を述べる。

（1）疫学診断

過去の調査から疫学的な指標を確認する。たとえば、痴呆の有病率や介護保険の原因疾患に痴呆が占める割合や、介護保険利用者における介護度別の割合などを知っておく。

調査が可能であれば、痴呆の疑いのある人の割合や痴呆予備群の割合を把握する。

（2）行動診断と環境診断

閉じこもりなど対人的接触、趣味、知的活動、運動の活動頻度、高脂血症、脳卒中などの疾患、栄養などのリスクファクターの疫学的指標に与える影響を検討することによって、対策がより明確になる。対人接触、知的な活動、運動などの生活状況を検討する。これらの検討によって対象が把握・選定できる。さらに、プログラムの実行に際して資源となる環境要因について検討する。

（3）教育・組織診断

- ① 対象となる地域高齢者が痴呆の発症にどんな生活習慣が関わっているのかに関する知識があるかどうか。
- ② 行動のなかで何が日常生活の中で実行できると考えるか。
- ③ そうした活動があれば参加したいと考えるか。
- ④ 実際に参加できるかなどの準備因子を検討する。

また、痴呆予防や健康づくりのための情報やプログラムの提供がどのような組織からどのように提供されているのかを検討する。たとえば、自治体の広報で痴呆予防に関してどんな情報が伝えられてきたかを調べておく。さらに、教育委員会が行う高齢者を対象としたパソコン講座などや、在宅介護支援センターなどが行っている運動プログラムなど、痴呆予防のプログラムに利用できるプログラムがあるかどうかを検討する。

（4）行政・政策診断

組織内のコンセンサスが得られているか。また、コーディネーター役の組織や人材があるか。さらに、プログラムを実際に運営していく人材を、どの程度、期待できるかなどを検討する。

3. 計画づくり：目標の設定

ベースラインの数値に基づいて、5年程度先を想定した目標を設定し、それを実現するための計画を作る。予算の確保や人材の確保が前提であるが、それらが不確定な段階で目標を立てるならば、希望的目標で構わない。

1) 疫学目標

参加者の痴呆発症率を減らす。特に痴呆予備群での発症率を3年間の発症率を15%以内に抑える。通常は3年間で30%の発症率を示す。

IADLが低下する人を減らす。あるいは、介護保険の介護度の軽度化を図る。

2) 行動目標

さまざまな生きがい活動プログラムに参加する人の数を目標として決める。たとえば、目標

数を高齢者人口の何%程度にするのか。グループ数としては、どのくらいの数を想定するのか。痴呆予備群の高齢者は、どのくらい参加を見込むのか。高齢者住民の4割前後は、痴呆予防プログラムに参加する希望を持っているが、実際の参加者数は低めに見積もる。

3) 環境目標

さまざまな生きがい活動プログラムの内容に応じて、プログラムの実施に必要な環境を確保する目標を立てる。

組織的目標

ア 人材の育成

ボランティアやインストラクターの人的資源の確保目標を決める。

イ 啓 発

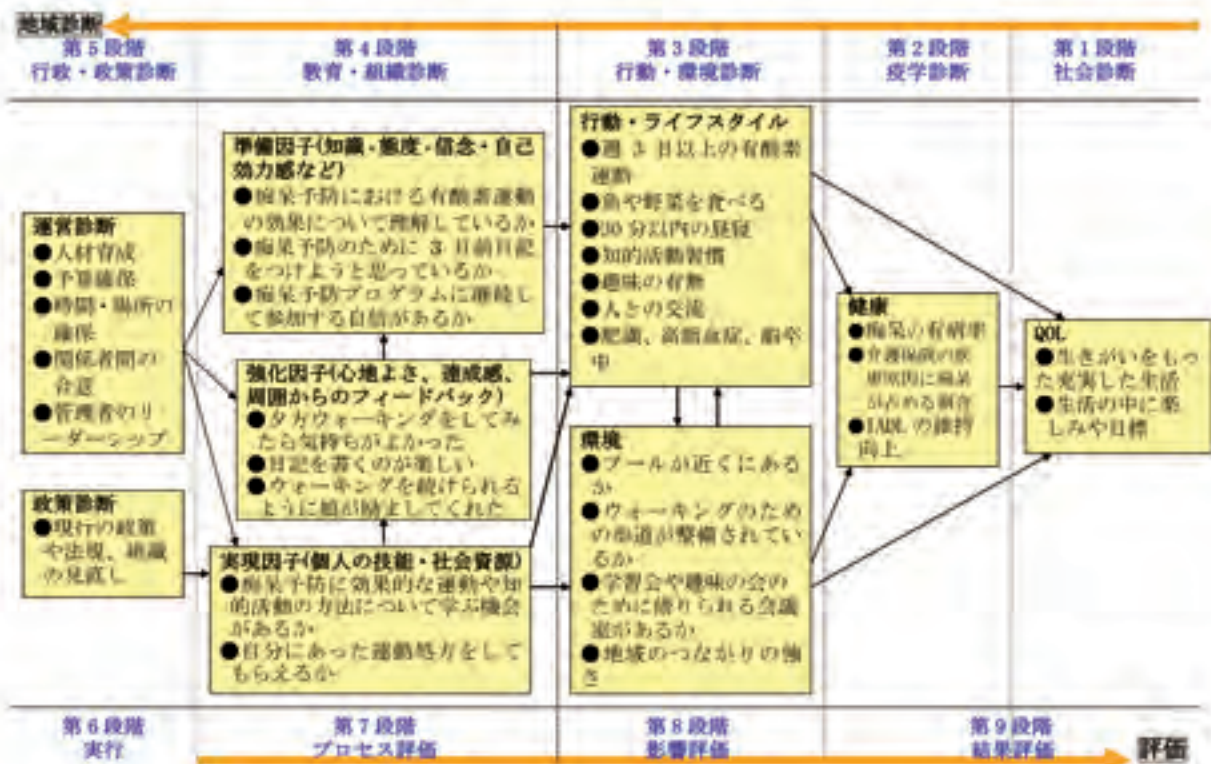
軽度認知障害の高齢者には、民生委員や地域の人たちの口コミが有効である。

モデル取り組み例では

地区診断の方法には、プレシード・プロシードモデル、疫学診断、プロジェクトサイクルマネジメント手法などがあるが、ここでは、T 研究所で作成したプレシード・プロシードモデルに従った地区診断例を図1に記載する。

図1

PRECEDE-PROCEED Model にもとづく痴呆予防のための地域診断・評価システム



2 痴呆予防対策を政策として位置づける

基本的事項

長期発展計画を上位計画として、各市町村で策定している高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画に、痴呆予防対策を具体的文言で表現し、位置づける。特に行政計画の中には、それぞれ事業名や具体的取り組みを記述しておく必要がある。もし、位置づけられていない場合は、見直し時に位置づける。また、実効性のある年次計画を立案し、実施を図っていくことが大切である。

- (1) 高齢者保健福祉計画では、意識啓発と軽度痴呆発見について具体的な実効性のある事業の明記を行う。
- (2) 介護保険事業計画では、介護予防事業として軽度・中等度痴呆の悪化防止方策を明記する。

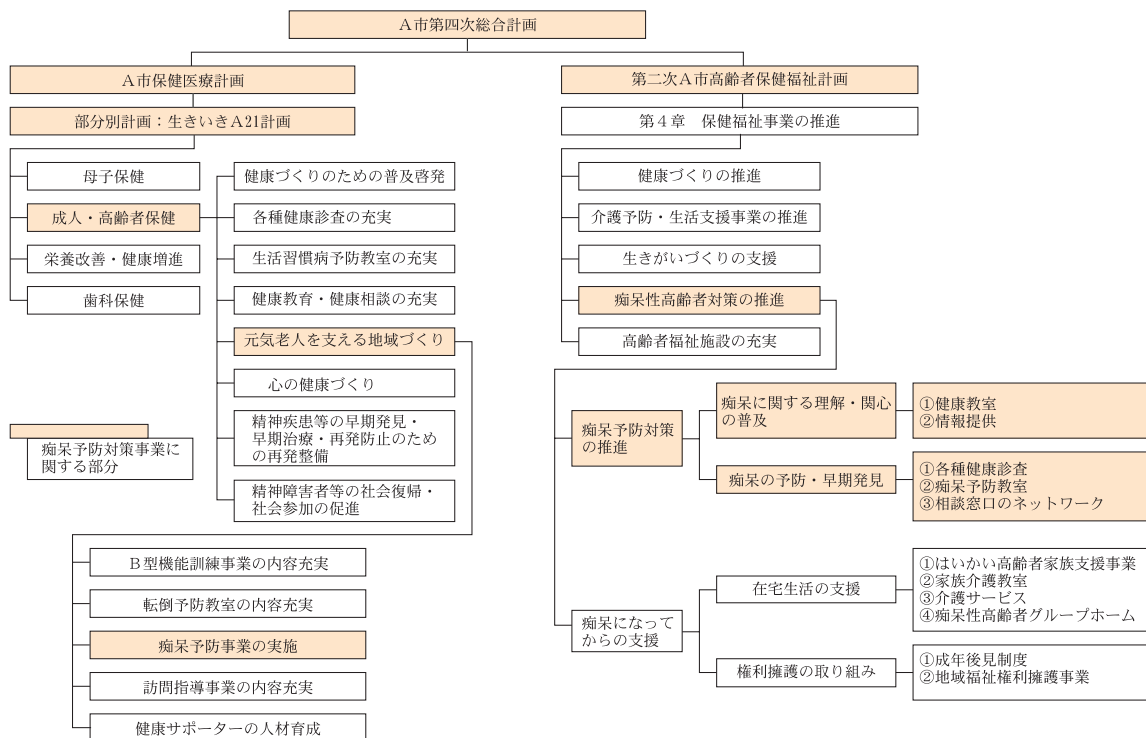
モデル取り組み例

各市町村では高齢者保健福祉計画の具現化に向けて施策が展開されているだろうか。

以下のモデル市町では、上位計画に基づき行政計画、事業計画を作成し、計画の実現に向けて活動を展開している。

A市では、平成13年度に策定した「生きいきA21」計画のなかに、【元気老人を支える地域づくり】という節を設け、高齢社会の中で、高齢者を相互に支えあう地域づくりを推進することを目的に6つの事業展開を掲げた。そのひとつに痴呆予防教室の開催をあげている。また、平成15年度に策定した「第二次高齢者保健福祉計画」の中で、「痴呆性高齢者対策の推進」を掲げて、保健と福祉の双方で関わるような体系図を作成している。

痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業計画書



また、**B町**では第3次振興計画（平成13年度～平成22年度）の重点施策の実施計画の中に介護予防・痴呆予防事業として位置づけている。

高齢者保健福祉計画の中で、痴呆予防対策計画を基に推進することを明記している。

痴呆予防対策計画は3カ年（平成14年度～16年度）の計画とし、実現目標をたてている。

※ **促進要因**、**失敗要因** は、痴呆予防対策実施市町村が、取り組んだ実際の中から得たことを通して、今後取り組む市町村の参考に、留意点としてまとめたものである。

留意点

促進要因

- ・財源確保のためにも、下位計画には具体的事業名で盛り込むことが望ましい。
- ・高齢者保健福祉計画等に痴呆予防対策を盛り込む際に、痴呆に関わる担当部局の担当者（保健・福祉・在宅介護支援センターなど）で、痴呆対策について話し合いを持つことが大切である。
- ・施策体系図を関係部局間で調整して作成することで、高齢者対策に偏りが出ないように留意できる。
- ・計画や体系図に具体的事業名を入れ、関係者の活動の位置づけが明らかにできる。

3 痴呆予防対策の施策体系図の作成と周知

基本的事項

行政担当者は、痴呆予防対策全体を把握し、施策体系の中の事業の位置づけを確認しながら、事業展開を図っていく。さらに、組織内の関係者や首長にも、対策全体を理解してもらうことが重要である。また、住民の理解と合意を得て進めることが必要であり、痴呆対策のことを全く知らない住民が見ても、「この地域では今後どのような痴呆対策に取り組もうとしているのか」ということが、理解できる体系図の作成が必要である。また、施策体系図には、住民組織、各部局、各関係機関のそれぞれの役割と責任を明記しておく。

さらに、作成した施策体系図を基に、住民や各関係機関に周知していくことが、事業の推進には欠かせない。

モデル取り組み例

B町は、町保健と福祉関係課及び在宅介護支援センターが中心になり、町全体の高齢者の元気づくり対策として「痴呆予防事業」も盛り込んで施策体系図（図1）を作成している。また、住民組織や関係機関が簡潔に表されている。（図2）

体系図を用いて、住民を対象にした講演会・ケアマネージャー研修会等において進行状況の報告を行っている。予算のヒアリング時や議会への説明時にも使用している。

図1

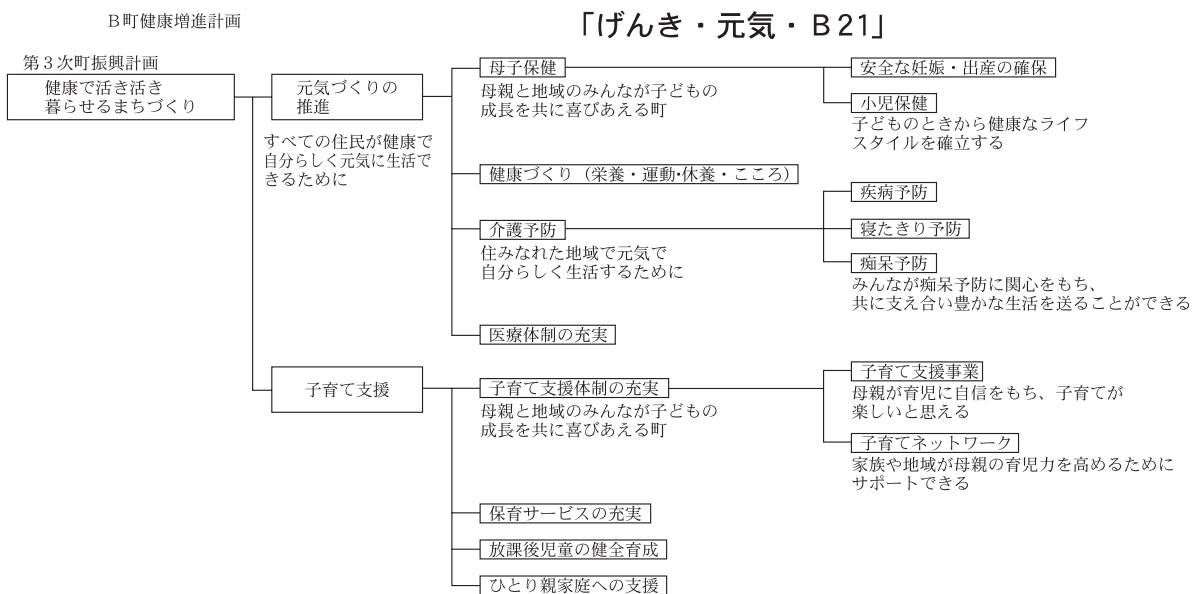
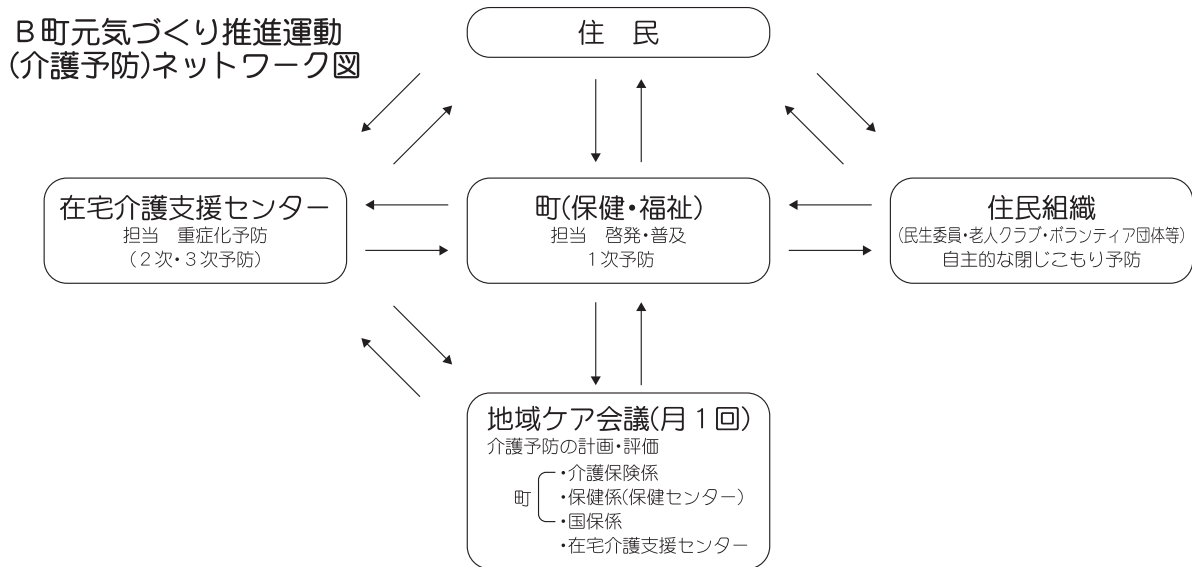


図 2



留意点

促進要因

- 行政組織内や関係者の合意や周知には留意して作成していることが多いが、住民（特に事業への参加者や家族など）に対しての周知や合意も重要視して作成することが、今後の事業発展にもつながる。
- 大都市での連携は難しいが、施策体系図を、関係者間だけでも共有しておくことは、保健と福祉（特に基幹型在宅介護支援センター）などとの連携が図られ、事業開始の役割分担が円滑に行える、などの効果につながる。

失敗要因

- 施策体系図や施策内容について、住民への周知にあたり、失敗する大きな原因は、行政の作成する図は行政用語や専門語を使用して作成される場合が多いことである。この失敗を予防するためには、一般化していない外来語などを極力避け、住民がすぐに理解できる文言を選んで施策体系図を作成することである。
- 施策体系図が計画書の中に盛り込まれなかった場合、担当者間のみの連携や共有に留まってしまう。

4 年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画の作成

4-1 年次計画・事業計画・評価計画

基本的事項

当該年度に実施する事業が前述の体系図のどこに、どのように位置づけられているかを再確認する。この確認作業を怠ると、痴呆予防対策の全体像を見失い、単なる事業実施に留まり、次の段階へと進むことができず、同じところで足踏みすることになる。その結果、投入したエネルギーに比して当初期待した効果が得られないということがおこる。

事業計画等の作成時に、事業目標、実現期日の設定、目標の達成度を示す評価指標を盛り込んだ評価計画を作成する。

具体的には、目標達成のために、いつまでに（達成時期）、どのような年次計画に基づき、どのような指標（評価指標）により成果を見て、どのような成果を達成する（できるだけ達成目標は数値的な目標とする）のかの計画を作成することで、その後のモニタリングや全体像を見失わずに、目標達成に向けた取り組みができる。

モデル取り組み例

C町では、保健福祉事務所の援助を得て、PCM方式を取り入れて、既存の地域ケア会議を活用して計画を策定した。構成員は、次のとおりである。

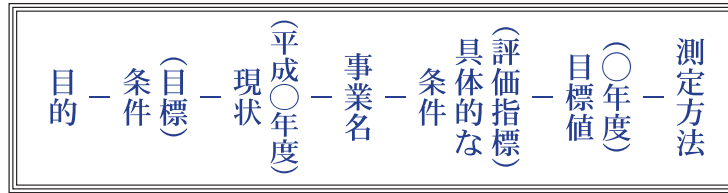
医療関係者、介護保険施設代表者、福祉団体関係者、在宅介護支援センター職員、町高齢福祉係、国保年金係及び健康推進係の担当職員である。

PCM手法で初めて実施する場合には、PCMを熟知したコーディネーターが必要である。「痴呆になる人を少なくする」「痴呆の早期発見」「痴呆になっても暮らしやすい」という上位目標に沿って、グループワークを実施した。さらに、グループワークで出された目標指標により、活動内容を計画として決定した。PCM手法による計画作成は初めてであり戸惑いがあったが、作成した計画は、実施時期、対象、内容、さらに目標値による評価指標も一目で確認することができ、わかりやすい計画となった。特に単年度計画ではなく、平成15年度から17年度と期間が明示されているので、住民も関係者も理解しやすいと思われた。作成した痴呆予防対策事業計画は ➡ 第4章 132 ページ 表2「痴呆予防対策事業計画」等のおりである。

また、**B町の場合**、痴呆予防評価体系図で痴呆予防事業と評価の全容を示し、個々の事業ごとに企画書やアンケート、評価シート（➡ 第4章 124 ページ 表5「事業改善のための評価シート」）等により事業の達成度や地域全体の健康指標の変化が捉えられるように工夫している。

なお、B町では、3年後を目標年度として、実施事業、数値目標、測定方法、達成目標を計画している。さらに、➡ 第4章 122 ページ 図1「痴呆予防対策評価の体系」のように、事業の評価体系として、具体的な事業名、数値目標も記載されているので、住民も関係職種も理解しやすいと思われる。

評価体系図枠組み



さらに、表1は痴呆予防対策に十数年前から取り組んでいるD町で作成した痴呆予防事業の評価指標である。

表1 痴呆予防事業の評価指標（例）

		事業内容	評価指標
一次予防	1	意識啓発事業	
		地区組織活動を中心にした啓発	地区組織活動リーダーの育成目標達成率
			リーダーの活動内容と活動状況
			住民参加率又は数の年次変化
			参加住民の年代別構成の年次変化
		イベントを中心にした啓発	イベント参加者に対する意識調査結果
	2	介護予防事業	
		閉じこもり予防事業	地域別閉じこもり高齢者数
			事業の開催状況と参加者数
		ねたきり予防事業	脳血管疾患罹患率
			障害老人自立度別の人数と率
	3	アルコール性疾患予防事業	40歳以上アルコール性疾患罹患率
二次予防	4	軽度痴呆健診事業	受診者数・率 健診時に発見する痴呆高齢者の自立度別人数・割合
	5	軽度痴呆相談事業	相談に訪れる人と本人の関係別人数と割合 相談に訪れた人から発見される痴呆高齢者の自立度別人数と割合
三次予防	6	軽度痴呆訓練事業	発見された人の参加状況
			残存能力の維持又は拡大の状況
			地域での社会活動状況
			地域住民のボランティア活動参加人数
			痴呆高齢者発見時の日常生活自立度別人数 初回介護認定時の非該当・要支援・要介護度別人数と割合の年次変化
事業全体	7	実施主体別評価	主催者別参加者数 主催者別の参加者の追跡調査結果
	8	サービス事業者別評価	更新認定時の事業者別非該当・要支援・要介護度別人数と割合の年次変化
地域全体	9	痴呆高齢者自立度別人数・割合	
	10	老人医療費に占める痴呆性高齢者にかかる医療費の割合の変化	
	11	介護認定時の非該当・要支援・要介護度別人数と割合	
	12	痴呆高齢者の在宅者と施設入所者数・割合の変化	

留意点

促進要因

- ・年次計画の中に必ず痴呆予防対策事業を盛り込んで位置づけておく必要がある。
- ・年次計画作成に当たっては、その年度内で遂行できる事業計画を作成する。また、実効性のある事業計画となるよう留意する。
- ・計画づくりから住民と共に作成することが理想であるが、行政内部だけで作成した場合は、行政内部の手持ち資料になりがちなので、広報等を通して住民へ公表するように心がけなければならない。
- ・目標はできるだけ測定できるよう数値目標を入れると、達成状況が明確となる。
- ・目標や評価指標の決定については、住民組織や組織内の関係者、事業スタッフ等との合意形成が重要である。
- ・事業計画、評価計画や評価状況は、A4又はA3サイズ1枚から2枚程度にまとめられると、視覚的にわかりやすい。
- ・C町では、十分な準備期間がなかったため、既存の地域ケア会議を活用したが、計画策定や目的意識の共有化には、有効であった。また、各職域の方の参加による情報交換ができ、今後の痴呆予防対策について連携を取りやすくなった。
- ・計画策定作業のスケジュールは関係者間での十分な協議を行えるよう時間的余裕を持つ必要がある。

失敗要因

- ・A市では、年次計画と評価計画は、保健分野単独で作ったため、福祉分野（在宅介護支援センター）と共有したものではなかった。そのため、痴呆予防教室は開催したが、次年度の方針や実施計画が関係者間で共有できず、各々地域型在宅介護支援センター内部の事業計画に留まった。
- ・C町では、反省点として地域住民の声を聞くに至らず、行政内部の計画となってしまった点を上げている。今後は計画策定時あるいは行政内部で計画を策定したならば、その計画に追加・修正の形で住民参加を得ていくことが、目標達成のためには不可欠である。

4 年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画の作成

4-2 マンパワー・予算の確保計画、タイムスケジュールの作成

基本的事項

○ マンパワーの確保

計画に基づく効果的な事業を実施するためには重要であり、スタッフの稼働量の積算が必要である。積算をする場合は、先駆的に取り組んでいる市町村の情報を収集し、取り組もうとしている事業内容にあわせて積算することが最も早い方法である。

○ 予算の確保

介護予防事業関連予算が元になる財源であるが、その他にも痴呆予防対策を支える財源を考え、確保する努力が必要である。介護予防予算以外で確保可能な財源として、健康増進関係予算、国保健康づくり関係予算、介護保険関係予算、社会教育関係予算、民間の福祉事業財団募集による補助金や研究費、研究所・大学等への研究フィールド提供による財源等広範囲に考えれば、財源確保は可能になる。

また、食費や材料費等個人の消費にかかる経費は原則住民負担であろう。事業会場として使用する公的施設の改造等は地域負担と考える。

○ タイムスケジュール

高齢者保健福祉計画の最終年度にあわせた数年間のタイムスケジュール、年次計画にあわせた年間タイムスケジュール、事業ごとのタイムスケジュールが必要である。

タイムスケジュール作成時、「誰が」「いつまでに」「何をする」を必ず書き込み、関係者の合意を得ることが大切である。

モデル取り組み例

○ マンパワー確保

A市では、痴呆予防事業に関わるスタッフを考えた場合、地域型在宅介護支援センターが24カ所あり、地区住民の介護問題に関する最も身近な存在であると思われた。そのため、各行政区の保健師と連携し、痴呆予防事業におけるスタッフの一員と捉え、共に取り組みを始めた。

また、**D町では**専門職以外に住民ボランティアを育成しながら、スタッフ確保に努めてきた。ここでは、閉じこもり予防のミニサークルのボランティアスタッフ育成を例に挙げる。

第一段階

既存の地区組織である健康推進員連絡協議会役員会で、町の痴呆と寝たきりの現状を説明し、その原因のひとつに閉じこもりがあることを気づくようなグループディスカッションを繰り返し行った。

第二段階

健康推進員としてできることを考えてもらった結果、地域の公民館を利用して実施する閉じこもり予防のミニサークルという発想になった。

第三段階

健康推進員だけでは、スタッフとしての人員が確保できないため、ボランティアで参加してくれる人の発掘を健康推進員が行った。

第四段階

発掘した人は、素人なので、ミニサークルのボランティアとなってもらう前に、高齢者についての理解や知識を得てもらうため、保健師にボランティア講座の要請があった。

第五段階

養成を受けた保健師は、➡ 第4章 144 ページ「平成14年度ミニサークルボランティア講座日程表」に記載した内容で講座を開催した。

○ 予算の確保

A市では、時代の流れとして、在宅介護支援センターでも、介護予防事業に取り組む時であったため、双方（保健と福祉）の連携は、実にタイミングが良かった。

予算的には、福祉から介護予防事業としての補助金が、各在宅介護支援センターへ配当になるため、その枠内での実施となる。

D町では、昭和62年から現在に至るまで、痴呆対策の財源として、➡ 第4章 159 ページ「事業別財源確保の年次推移」として一覧にしているので参考としたい。

○ タイムスケジュール

D町の場合、➡ 第4章 140 ページ「平成15年度脳の老化度判定相談実施要領」のような要領を関係者で合議し、タイムスケジュール表を作成した。

脳の老化度判定相談の例を記載する。

第一段階

事業開始約3ヶ月前に、この相談にかかわる医師（専門相談担当）・保健師（一次スクリーニング・二次スクリーニング・専門相談勧奨・事後指導・データ収集と分析担当）・国民健康保険係（実施通知・結果通知・財源確保担当）が一同に集まり協議した。

第二段階

決まった内容、時期、担当について保健師が起案するとともに、協議した日程に沿って、各々の役割分担により事業を実施した。

第三段階

事業終了後、2か月以内に保健師がデータ収集、統計処理、分析を行い報告した。

以上の一連のプロセスを経ることで、前年度の反省点を改善しながら、新年度が充実した事業になるように努力している。

留意点

○ マンパワーの確保

促進要因

- ・スタッフ数の計算時、事業実施のためのマンパワーは最優先で計算している。しかし、計画と評価に係る事務量と報告にかかる事務量を見落としやすいので注意が必要である。計画に際しては、文献検索や研修会受講のための時間、評価については評価方法決定までの研究者との打ち合わせ時間等の積算も忘れないようにしたい。また、報告に際しては、行政的な報告だけでなく学会や研究会への報告時間も考慮に入れる必要がある。
- ・地区担当保健師全員が、教室の講話を担当できるように、打ち合わせと講話に用いる媒体を共有するとよい。このことで、多くの人材が、痴呆予防事業に関われる体制を作り上げた。

留意点

- ・住民、生涯教育、公民館を含めた組織のネットワークの構築が課題である。

○ 財源の確保

促進要因

- ・モデル事業等では、住民負担がゼロになることが多いが、住民主体の活動にするためには事業開始当初から、住民の負担する経費を明らかにする必要がある。

4 年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画の作成

4-3 基盤整備計画

基本的事項

高齢者保健福祉計画に基盤整備目標値が盛り込まれているだろうか。基盤整備の目標値は計画策定時の基準値を基に積算されているので、計画期間中毎年基準値の検証、見直しが必要であり、痴呆対策を推進するために次のような基盤整備が必要と考える。

人的基盤として、医師、保健師、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、社会福祉士、ホームヘルパー、介護福祉士、介護支援専門員、在宅介護支援センター職員などが上げられる。

施設基盤として、在宅介護支援センター、デイサービス・デイケアセンター、公民館、老人福祉センター、ボランティアセンター、保健センター、専門病院、介護老人保健施設、介護療養型施設、介護老人福祉施設、養護老人ホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、グループホーム、その他の介護保険居宅サービス事業所が考えられる。

モデル取り組み例

○ 人的基盤整備について

D町では、第三次高齢者保健福祉計画の中に、痴呆対策関係の人的基盤整備として表1のマンパワー確保を明記している。

表1 D町における痴呆予防関係のマンパワー計画

事業名	区 分 業 務 内 容	平成 15 年度 (2003 年)				平成 19 年度 (2007 年)			
		回数・日数・ 延べ人数 (A)	所要時間/ 日 (B)	必要人員 (C)	必要日数 A×B×C	回数・日数・ 延べ人数 (A)	所要時間/ 日 (B)	必要人員 (C)	必要日数 A×B×C
軽度 痴呆 ケア 老人	準 備	3	1	1	3	6	1	1	6
	開 催	48	1	2	96	48	1	2	96
	訪 問	40	0.5	4	80	80	0.5	4	160
	研 修 会	3	0.5	4	6	3	1	4	12
	カンファレンス	4	0.5	4	8	4	1	4	16
	ま と め ・ 統 計	15	1	1	15	15	1	1	15
脳 の 老 化 度 判 定 相 談	準 備	5	1	2	10	5	1	2	10
	調 整	3	1	1	3	3	1	1	3
	問 診	7	1	2	14	10	1	2	20
	判 定 結 果 通 知	10	1	1	10	10	1	1	10
	聞 取 り 者 訪 問	60	0.5	1	30	80	0.5	1	40
	痴 呆 相 談	24	1	2	48	36	1	2	72
	痴 呆 に つ い て 相 談	15	0.25	12	45	15	0.25	12	45
	相 談 者 訪 問	50	1	1	50	70	1	1	70
ま と め ・ 統 計	15	1	1	15	15	1	1	15	

ミニサークル	ボランティア研修会	5	1	2	10	5	1	2	10
	ボランティア役員会	10	0.5	1	5	10	0.5	1	5
	開 催 準 備	6	0.5	10	30	6	0.5	10	30
	ミニサークル参加	25	1	1	25	140	1	1	140
	開 催 準 備	3	1	1	3	3	1	1	3
	ま と め・ 統 計	10	1	1	10	10	1	1	10
転倒教室 予防	開 催 通 知	3	1	1	3	3	1	1	3
	調 整 準 備	5	1	1	5	5	1	1	5
	予 防 教 室	40	0.5	1	20	60	0.5	1	30
	ま と め・ 統 計	10	1	1	10	10	1	1	10
介護家族 支援	通 知 準 備	10	1	2	20	10	1	2	20
	開 催	4	1	2	8	4	1	2	8
	役 員 会	10	0.5	2	10	10	0.5	2	10
	会 報 誌 作 成	4	2	1	8	4	2	1	8
	ま と め・ 統 計	10	1	1	10	10	1	1	10
介護予防 シンポジウム	準 備	10	0.5	2	10	10	0.5	2	10
	開 催	1	1	4	4	1	1	4	4
	ま と め・ 統 計	1	1	1	4	1	1	1	1
介護予防 全体まとめ	ま と め・ 統 計	20	1	2	40	30	1	2	60
計					665				967

○ 施設整備について

D町では、第三次高齢者保健福祉計画の中に、痴呆対策関係の施設整備目標として表2を明記している。

保健・医療・福祉施設の設備については、広域的に調整しながら進めていく施設とD町として整備しなければならない施設、民間事業者の参入を促して確保する施設がある。

今後、関係機関と調整しながら平成19年度までに目標数が確保できるよう努める。

表2 D町における施設整備目標

(1) 保健・医療関係施設

(単位：箇所)

区 分	平成15年度	平成19年度(民間による整備分を再掲)
保 健 セ ン タ ー	1	1
訪問看護ステーション	1	2 (1)
介護老人保健施設	1	1 (1)
介護療養型医療施設	3	3 (1)

(2) 福祉関係施設

(単位：箇所)

区 分	平成15年度	平成19年度(民間による整備分を再掲)
老人福祉センター	1	1 (0)
在宅介護支援センター	3	3 (0)
高齢者向き住宅	0	2 (2)
軽費老人ホーム、ケアハウス	0	0 (-)
生活支援ハウス	0	1 (1)
ボランティアセンター	1	2 (1)
養護老人ホーム	0	0 (-)
居宅介護支援事業所	6	7 (4)
ヘルパーステーション	2	3 (3)
介護老人福祉施設	1	1 (1)

留意点

- ・整備目標値と整備の基準値、計画実施率を毎年検証し、公表することが重要である。情報開示により、住民の監視が機能する。また、計画実現率の低い市町村では、特に公表という働きかけに留意する必要がある。
- ・施設整備の中でも、在宅介護支援センターは痴呆予防対策の中核機能になる施設であるので、前倒しで整備を図る必要がある。
- ・基幹型在宅介護支援センターは行政設置とし、地域型在宅介護支援センターとのネットワーク構築を進めることが重要である。

5 一次予防対策の実施（まずは予防から）

健康増進と特異的予防：

痴呆発症の危険因子の除去や低減等に関する知識の普及

基本的事項

一次予防とは、痴呆を発症しないための働きかけを展開することである。最近、痴呆症の発症に生活習慣が大きく関係していることが判明してきた。詳細は、第2章 一次予防対策の進め方（28 ページ～）で前述している。

本稿では、全住民を対象にした、痴呆の正しい知識普及・啓発活動。元気高齢者を痴呆予備群にしない活動。痴呆予備群を軽度痴呆にしない活動の進め方と基本的考え方について述べる。

モデル取り組み例

○ 普及、啓発に関する活動例

A 市では、民生児童委員、健康づくり推進員、地域住民へ「痴呆を正しく理解しよう」をテーマに働きかけている。講話だけでなく、音楽や体操、寸劇等を活用して、住民が痴呆を理解できるようにわかりやすく工夫している。

B 町でも、特集ページとしての町だよりを年間2回発表したり、高齢者受給者証交付時に、「げんき健康」を開設したり、老人クラブ対象に住民学習会や地区リーダー対象の痴呆予防講演会を開催するなど、地域にあった方法で、普及啓発に取り組んでいる。

ここでは、**C 町**で取り組んでいる内容について記載する。

地区での講演会等

痴呆予防対策では、知識の普及啓発が第1であるとの考えから、住民を対象とした健康教育、講演会を開催している。

目的：痴呆についての正しい知識の普及を図る。

- ① 痴呆の原因がわかる。
- ② 痴呆は予防できる事がわかる。
- ③ 痴呆の対応についてわかる。

平成 14 年度

対 象	参加人数	内 容	講師等
健康推進員	10 名	痴呆の原因と予防	保健師

平成 15 年度

実施場所、 対象等	参加者人数	内 容	講師等
A 地区 老人クラブ	30 名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 高齢者学級	60 名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 全町民	162 名	高齢者社会と痴呆予防	医師

B地区 老人クラブ	55名	痴呆の原因と予防	保健師
ミニデイサービス 3回	54名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 全町民	123名	痴呆の予防と対応	医師

〈予算〉

医師講演会報償費については、財団法人福島県医学振興会、国保連合会より支出パンフレット等についても国保連合会より支出

〈評価〉

アンケートにより痴呆の原因及び予防について理解できたとした参加者数の増加

〈事業実施上の課題と今後の計画〉

1回の講演会でなく系統だてて実施する。

地区における講演会、健康教育の充実により痴呆が予防できると思う人の増加を図る。

〈チラシ〉

町民健康講演会
「高齢社会と痴呆」
—痴呆の原因と予防の工夫—
福島県立医大医学部教授 ○○先生
記
と き 平成15年6月17日
と ころ ○○町保健センター

町広報に掲載
新聞に掲載
老人クラブ、高齢者学級、
各種ボランティア団体に
チラシ配布

○ 元気な高齢者を痴呆予備群にしない対策（集団アプローチ）例

B町では、一人、一人が痴呆予防の行動ができるとともに、地域で介護予防を目的とした自主的な集まりが増えることを目標にして活動を展開している。

集団的アプローチは、地区を対象にしているため、元気な高齢者から予備群、痴呆症の方まで参加しているのが現状である。「住み慣れた地域で自分らしく過ごす」ためには、地域のつながりが重要であり、さらに介護予防が広がっていくためには、住民の自主的活動は欠かせない。地区の集会所単位に限定することにより、自分たちの地区という意識が強く、それが自主的活動に広がり、現在、11カ所の「ふれあいサロン」がある。また、自主的活動の支援ということで、定期的に保健師がサロンに出向いたり、「サロンだより」を出しているところの原稿依頼に応じている。

このような活動を展開している **B 町**では、痴呆の予防・早期発見・早期対応のためには、「住民への普及啓発」が一番重要であると考え、次のような痴呆予防教室（別紙1）を開催している。

住民が痴呆に関心を持ち、予防できると思う住民が増えることを目標にしている。平成13年度に実施した介護保険事業計画アンケートでは、予防できると思う人が67%だった。数値目標90%を目指して啓発を行っている。また啓発を始めたことで、痴呆の相談が急激に増えている。しかし、進行してからの相談が多く目標にしている早期相談が相談件数の50%には達していないので、意識啓発活動を推進して目標を達成しようと努力している。

別紙1

・痴呆予防教室（あたま・体・げんき教室）※普及啓発としての教室

閉じこもり予防という視点で、平成8年度より、機能訓練教室B型（いきいき教室を地区単位で実施していた。しかし、痴呆予防には、本人が痴呆予防を意識し一人、一人が行動できるということが重要であり、これを目的に実施した。

〈目 標〉（➡ 第4章 P 122 図1、P 124 表5）

痴呆予防のポイント（計画をたてる）を理解することができる。

痴呆予防を意識して生活できる。教室修了後、定期的に集まれる会ができる。

〈内 容〉

料理の献立を考えて作る。（初めて作るメニューを考える）

プログラム（➡ 第4章 P 124 表3）

評 価

事前・事後アンケートを実施（➡ 第4章 P 124 表4）

評価シート（➡ 第4章 P 124 表5）

〈課 題〉

テーマを料理としたため女性中心になってしまう。男性が参加できる内容の検討が必要である。

・いきいき教室（機能訓練教室B型）閉じこもり予防

・ふれあいサロン支援

住民の自主的活動である高齢者の閉じこもり予防の活動を支援する。

・その他の介護予防

筋力アップ教室を実施し、転倒、寝たきり予防を行っている。

留意点

○ 普及、啓発に関する活動例

促進要因

- ・一般住民の啓発普及の実際では、地域別、年代別、組織別等考えながら住民の何パーセントに啓発普及するか目標を設定して、毎年計画的に啓発すると効果が出やすい。
- ・普及啓発の方法は、講演会や教室にとらわれなくて、一般メディア（新聞やテレビ等）の活

用も考える。

- ・痴呆を理解しやすいよう工夫するとき、最初の段階は行政や在宅介護支援センタースタッフが担当しても良いが、学習会等が地域全体に広がれば、それまでの教室参加者や地区組織のメンバーが担当する方向で事業展開する。
- ・C町では、一般住民対象の講演会等のテーマは痴呆予防だけでなく、痴呆ケアについてのテーマを取り入れることで、幅広い対象者に、働きかけることができると考えている。

○ 元気な高齢者を痴呆予備群にしない対策（集団アプローチ）

促進要因

- ・元気高齢者は、さまざまな能力を秘めている。事業のための財源確保と最初の呼びかけは行政責任であるが、グループができれば、その後の教室運営に関わる内容はグループ員にできるだけ任せてしまうほうが良いと考えられる。例えば、グループ名のネーミングや開催日時、会場、内容等である。
- ・グループ内でリーダーを決定する。リーダー決定後は、連絡網を作成しお互いに連絡が取れるようにする。行政からの連絡もグループリーダーを通して行い、グループからの連絡もリーダーを通して行うようにする。
- ・テーマ等の決定時は、担当スタッフがファシリテーターをする必要性がある場合が多い。

6 二次予防対策（早期発見・早期対応）の実施

痴呆予備群・軽度痴呆の早期発見・早期対応

基本的事項

二次予防とは、痴呆予備群や軽度痴呆を早期に発見し、痴呆の重症化を予防する働きかけである。ここでは、早期発見、早期対応の仕組みづくりの視点が重要であり、そのためには、早期痴呆相談・軽度痴呆に対するデイケア等の事業を組み立てていくことが考えられる。詳細は、第2章 第4節 二次予防対策の進め方（39 ページ～）で前述している。

モデル取り組み例

○ 早期発見の仕組みづくりの例

D 町では、昭和 62 年から重度痴呆予防に取り組んできた。その結果、住民の軽度痴呆を発見してほしいという要望を実現するために、医科大学精神医学教室と保健所の協力により、軽度痴呆スクリーニング用紙を開発し、軽度痴呆発見システムを構築した。

これらの方式について簡単に説明すると、軽度痴呆について正しい知識を持った高齢者とその家族が、日常生活の中で微妙に変化する生活障害に気づき、相談窓口を訪れる方法と、65 歳から 79 歳高齢者全員に、毎年 1 回相談票を送付し、相談希望者とその家族が、軽度痴呆相談を申し込む方法の 2 種類の方法により軽度痴呆を発見し、次の項で説明する軽度痴呆デイケアと合わせて、重度痴呆の発生を抑制するという成果を得ている。痴呆対策図は、➡ 第 4 章 P139 に示した。

最近では軽度痴呆を発見する方法が開発されつつあり、特定の方法にこだわることなく、地域にあった方法で、精度の高いスクリーニング方式を使って軽度痴呆の早期発見に取り組む努力が必要であろう。

なお、D 町で実施しているスクリーニング方式については、➡ 第 4 章 P145 ～を参照されたい。

○ 早期対応の仕組みづくりの例

前述の **D 町**では、平成 6 年から軽度痴呆のデイケアに取り組んでいる。軽度痴呆のデイケアは、重度痴呆と違い、そのリハビリ方法の開発がまだ満足できる域には達していない。しかし、全国各地で日々その方法が開発され、文献発表されているので最新の情報を入手して、事業展開すれば、痴呆の重症化予防は困難なことではない。

ここでは、全国でも先駆的な取り組みがなかった状況の中で、開発した方法や取り組みの留意点について述べる。

第一段階

軽度痴呆デイケア参加者は、必ず専門医により軽度痴呆と診断されている。（現状では、専門医の確保が困難な地域が多いと思われるので、保健師等により、信頼できるスクリーニングテスト使用して、対象者を多く把握した状態でもやむを得ない。）

第二段階

参加者にデイケアの意義を説明し、本人と家族の同意を得て参加に結びつける（参加者の

合意がないとプログラム参加が不十分になったり、期待どおりの目標達成に至らない。）

○ 痴呆予備群を軽度痴呆にしない対策（高リスクアプローチ）例

D町では、平成9年度に健康推進員と話し合いを持ち、地域の寝たきり高齢者や痴呆高齢者は、突然寝たきりや痴呆になるのではなく、その前段階として閉じこもりがちな生活があることに健康推進員が気づくように働きかけた。

気づいた地域の健康推進員は、顔見知りの多い身近な公民館へ1ヶ月に1から2回集まれるような場を開設した。これが、住民主体の「ミニサークル」の始まりだった。その後、次々とミニサークルを立ち上げる推進員が増え、現在29箇所で開催されている。

ミニサークル立ち上げまでの経緯をまとめると次のようになる。

- ① 地区担当保健師が健康推進員に地域の実態を提示し、健康推進員とともにその原因を探る話し合いを繰り返す。（地区の問題把握）
- ② 健康推進員でできる解決策を話し合う。（ニーズの抽出）
- ③ 地域の公民館等を使用するために関係者（自治会長、民生委員、老人クラブ会長等）と話し合いを持ち、それぞれの役割分担を決める。
自治会長：施設使用や運営費の援助
民生委員：対象者の掘り起こし
老人クラブ：情報伝達と情報収集 等
- ④ 対象者やその家族へミニサークルの必要性を説明し、参加への合意を取る。
- ⑤ 初回開設までに、健康推進員と保健師間で準備会を数回開催する。
- ⑥ 初回開設と終了後ミーティングを行う。
- ⑦ ボランティアスタッフが不足しそうな地区は、健康推進員以外のボランティア発掘と養成を行う。
- ⑧ ボランティア協議会を設立する。

留意点

促進要因

早期発見・早期対応を地域全体の取り組みにするには、「検討委員会」を設置する。この検討委員会の構成員は、ネットワーク作りの基礎組織として位置づけ、本事業に関わる関係施設と関係者全員で構成する。

途中参加施設はその時点で検討委員になれるような柔軟性を持つ。

○ 早期発見の仕組みづくりのポイント

- ・住民への啓発を徹底する。啓発が終了した地域から次の段階に入る。
- ・専門スタッフ（医師・保健師等）を確保する。
- ・痴呆相談担当者の研修をする。
- ・痴呆相談窓口を開設し、住民に広報する。

- ・標準化されたスケールを使用しスクリーニングする。
- ・家庭訪問や面接により実態を把握する。
- ・専門家により相談者を「異常なし」「要観察」「軽度痴呆」「中等度痴呆」「重度痴呆」の判断を受ける。このとき生活実態の情報も提供して関係者合議により判断する。
- ・関係者の合議で対応策を話し合う。このとき相談者・家族も交えて合議することを原則にする。

○ 早期対応の仕組みづくり

- ・関係職員研修を徹底する。
- ・軽度痴呆に対応するサービスは少ないため、最初は行政や在宅介護支援センター職員が立ち上げて、そのノウハウを徐々に民間事業者に移行する。
- ・民間事業者に移行しても、参加者の評価は必ず行政か在宅介護支援センターが実施する。
- ・評価を統一するため、共通記録用紙を使用する。

○ 痴呆予備群を軽度痴呆にしない対策（高リスクアプローチ）

- ・軽度痴呆と診断されていないが、閉じこもり高齢者はリスクが高いため、このような高齢者の集う場の開設が必要である。
- ・高齢者が集う場はできるだけ、地域の公民館や集会所にすることで、顔なじみや知り合いが来ることになり、安心して参加するようになる。
- ・元気高齢者と違うので、残された能力を見極めたうえで教室内での役割を持ってもらう。
- ・このグループに、元気高齢者が多数入るとハイリスクグループとしてのグループダイナミックスが働かなくなるので、元気高齢者の入所制限が必要である。
- ・ハイリスクグループの対象者かどうかの判断は、医師や保健師等の専門職の介入が必要である。
- ・閉じこもり高齢者の情報を早くキャッチできるネットワークが必要である。
- ・教室参加前後の生活習慣・行動を把握する。

7 三次予防対策（痴呆の進行をできるだけ遅らせる）の実施

基本的事項

三次予防対策には、安心して暮らせる町づくりの視点や地域リハビリテーションの考え方に基づく視点などが重要であり、そのためには介護保険サービスだけでなく、地域内のネットワーク事業や住民のボランティア活動を活性化していくことが必要である。詳細は第2章 第5節 三次予防の進め方（P 69 ページ～）で前述している。

モデル取り組み例では

- ・安心して暮らせる町づくりの例
- ・ボランティアの育成例
- ・住民の自主活動事例等
- ・B町における「ケアマネージャー・サービス事業者への研修会」、「ケース検討会」

痴呆の重症化予防の視点でケアマネージャー、サービス事業者が本人・家族に関わるのが効果的である。半年後、痴呆予防の視点が入り入れられているかアンケートを実施している。

- ・家族介護教室 など

留意点

促進要因

【B町の取り組みから】

ケアマネージャー連絡会、ケアマネージメントリーダー研修会等でも痴呆予防、重症化予防に視点をおいたケース検討会を行っている。

痴呆による入院者の1年間にかかる医療費は、400万である。家族が痴呆を理解、介護サービスを上手に利用することにより社会的入院、入所が一人でも減らせれば効果はある。

8 実施後のモニタリング・評価と改善案の整理、新たな計画の組み立て

基本的事項

【事業モニタリング】

事業モニタリングは、チームリーダーではなく事業の担当者が、事業開始後は毎回行い、必要時にはカンファレンスやグループミーティングを開催して、事業の進捗状況や利用者・参加者への影響を監視する必要がある。また、3ヶ月に1回程度定期的に事業の進捗状況のモニタリングが必要である。

モニタリングと同時に事業評価を実施すると、実施方法や対象者等についての変更も可能となる。事業評価で最も大事なことは、期待する成果の何パーセントが達成できているか、できるだけ質的なものも数値で評価することである。評価指標は、4年次計画・事業計画・予算計画・評価計画・基盤整備計画の作成の項で前述した評価計画に基づき、総合的に判断する。

モデル取り組み例

○ モニタリング・評価への取り組み

B町は、企画当初から事業評価を想定し評価基準が定められている。事業ごとに地域ケア会議の中で、事業評価を実施している。具体的には事業実施前に企画書（⇒第4章 P124 表2）を検討し、事業実施に当たっては事前アンケート（⇒第4章 P124 表4）と事後アンケートを実施する。さらに、事業終了後は、事業評価シート（⇒第4章 P124 表5）で評価し、事業の見直し・改善を行っている。

また、**C町では**、事業計画の中に目標値を明示して事業評価を容易にしている。

○ 評価結果を活かし、改善した新たな事業の組み立てにつなげる

B町では、今まで実施してきた保健事業の中では、なかなか取り組めなかった。痴呆予防対策の計画は、最初から評価計画（いつの時期にどのような指標を使って、どのような測定方法で目標値を達成していくのかの計画）を作成することで、目標に沿って次年度の事業も見直しができるようになった。

ケアマネージャー・サービス事業所への研修会においては、研修会後のアンケートだけでなく、半年後のアンケートも実施し、支援の中に痴呆重症化予防の視点が入っているかどうか評価している。

事業のアンケートは、数値で前後の比較ができるものもあるが、個々人の気持ちや行動の変化など質的な評価も取り入れている。

留意点

- ・各年度末の事業評価と目標達成度の測定が重要である。

促進要因

- ・事業が終了すれば、事業評価をすることは当然とされている。しかし、現実には、目標に対する達成度を数値で表しているところは少ない。はっきりと数値表現するためには、目標の

設定が数値表現に耐えられる内容でなければならない。

たいていの場合、目標が漠然とし、抽象的であいまいであることが多いので、数値評価に耐える目標が設定できるような訓練が必要である。

- ・痴呆対策の実施は、当初から保健・福祉の連携のもとで開始した。ところが痴呆予防だけでなく、介護予防対策という大きな考えの基で実施したことにより、保健福祉双方が互いに相手の分野の役割を明確にする契機となる。痴呆予防の取り組みが契機になり、市としての介護予防体系図の作成に着手できた。
- ・人的配置、予算計上など今まで連携が困難だった部分が、連携することで互いの予算の活用やマンパワーの確保・協力が得られるなどの良い影響が出ている。
- ・まずは関係者でできることから実施することが、解決の糸口をつかむことにつながる。

モニタリング全体に対する促進要因

全てのプロセスを終了すると、当該年度の事業について総合的に評価でき、次年度に向けての貴重なデータとなる。これらのデータから当初作成した年次計画の見直しの有無が判断できることになる。大幅な見直しの場合は、担当者や担当課だけで処理できなくなるので、この作業は事業終了後、早期に実施することが望ましい。

9 事業実施に必要なリスクマネジメントの考え方

基本的事項

痴呆予防事業に初めて取り組み、何から手をつけてよいかわからない状態で事業実施したとき、未然に大きな事故を防ぐ仕組みが必要である。

留意点

促進要因

D 町では、事業実施に当たって、次のようなステップを経ると失敗が少なかった。

(1) 関係スタッフの教育

未経験者だけで事業を開始しようとするときは、事前教育を必ず実施するが、経験者が少しでもいれば、何とかなるという思いから、スタッフ教育の重要性を見落とすことが多い。しかし、経験に頼っていると目標とかけ離れた方向に進むことが考えられるため、スタッフの経験の有無に関係なく教育は重要である。

(2) チームの組み方(リーダーの決定)

事業推進に当たっては、チームで推進することになるが、チームリーダーの決定は、メンバー間の話し合いにより、合意できる人がリーダーになることが望ましい。行政が直接実施する場合は、行政の担当職員がリーダーとしての役割を持つことが多いが、メンバー間の合意が得られていないと事業の円滑な実施につながらない。

(3) 事前ミーティング

長時間でなくても良いので、全メンバーが一堂に会して事業の目的や手順について再確認してから事業開始することが、トラブルを少なくする方法である。

(4) 予測できるリスクに対する対応策の周知

新規事業に対しては、予測できる限りのトラブルを想定し、そのことが起きたときのリスクマネジメントを全メンバーに周知しておくことが大切である。特に事業実施現場には、常時手順書を備えておくべきである。

(5) 予測不可能なリスクに対する対応体制の確認

綿密な打ち合わせを行っていても、予測不可能なトラブルが発生することは避けられない。そのとき慌てずに対処できるように手順書を作成し、事前ミーティングで全メンバーに周知しておかなければならない。トラブル発生時の初期対応に手間取ると、予想以上に大きなトラブルにしてしまうことがあるので、初期対応と報告体制の周知が大切である。

10 市町村における痴呆予防対策への具体的取り組み

基本的事項

痴呆予防対策の取り組みにおいて、組織内で合意し、関係部署・関係者が共通理解したうえで取り組みを始める必要がある。本稿では、市町村で初めて痴呆対策に取り組むとき、事業が失敗しないように、市町村の痴呆担当職員の基本的働きかけを「痴呆対策における関係者の重要性の理解」「組織内で担当部門・者の決定」「地域における軽度痴呆対策の課題把握」「課題ごとの具体的解決策の検討」「課題ごとの具体的解決策の検討」に分類し、各々について述べる。

モデル取り組み例

昭和62年からのD町の取り組みから、留意点、促進要因、阻害要因について記載する。

留意点

○ 痴呆対策における関係者の重要性の理解

- ・行政組織内の関係者や痴呆対策担当管理職に痴呆対策の重要性が理解できるように、文章やパンフレットの回覧を行う。また、機会を作って痴呆対策についての話し合いの場を設ける。その後、首長をはじめとする理事者へ部課長から会議の議題として提案するなどの働きかけを行う。
- ・市町村議会議員に、特に保健福祉関係常任委員等へ痴呆対策の重要性を学習する場を持ってもらう。(決算報告や予算決議の特別委員会等で痴呆対策の問題点を提示する。)
- ・地域住民や自治会長や健康推進員・民生委員等の地域の組織代表と話し合いや学習会を持つ。

○ 組織内で担当部門・者の決定

- ・福祉部門で担当した場合は、財源確保が容易になる。保健部門で担当した場合は、地区組織との協力や専門医療機関等とのネットワーク構築が可能になる。また、痴呆に対する知識やケアのノウハウを知っているというメリットがある。組織内の担当部門決定には前述のメリットを考えた上で決定する必要がある。担当が曖昧な状態での対策実施は、対策が進展すればするほど、連携ミスなどのトラブルが起こる頻度が多くなるので絶対に避けなければならない。

○ 地域における軽度痴呆対策の課題把握

促進要因

- ・前述の実態把握の手法を参考に、地域住民や老人クラブ等の団体を対象に実態調査の実施も一方法である。
- ・健診や家庭訪問で住民に直接関わる職種は、痴呆に関する問題を意識的に聞き取ることで地域の実態を把握することが可能になる。

- ・初回発見される痴呆性高齢者の状態は、その地域の痴呆に対する意識測定指標になるのでその情報は重要である。
- ・地域に存在するサービスの種類と利用者の満足度を把握すると、高齢者保健福祉計画の基盤整備に反映できる。

○ 課題ごとの具体的解決策の検討

促進要因

- ・取り組む中で出てきた問題の原因を地域関係者の意識に関するもの、地域のサービスメニュー不足によるもの、サービス提供者（ケアマネージャーやヘルパー等）の力量不足によるものに分類して、具体的な解決策を立てる。

○ 解決策の実施

促進要因

- ・把握した課題に対して、解決策を考え政策にまで持ち上げなければいけない課題については、基礎資料を作成し組織内の関係会議に提出し合議を得る手順をとる必要がある。

第4章

Chapter-4

痴呆予防に関わる関係機関の事例等

- 市町村の取り組み事例
- 在宅介護支援センターの取り組み事例
- 痴呆性高齢者の家族を支える組織の取り組み事例
- 医療分野における取り組み事例
- 介護保険施設等における取り組み事例

第4章 痴呆予防に関わる関係機関の事例等

市町村の取り組み事例 1

記載課：飯野町保健福祉課

1(1) 市町村の沿革・概要（地域特性）

福島市に隣接し、通勤圏内であることから昼間人口は高齢者が多い。専業農家は少なく、高齢者ができる範囲で野菜等作っている。女性の一人暮らしが多い。

(2) 人口等の概況について（平成 15 年 4 月現在）

全人口(A)	高齢者人口(B)	うち後期高齢者人口(C)	高齢化率(B/A)	痴呆性高齢者数(人)(%)	寝たきり老人数(人)(%)
6,798人	1,828人	844人	26.9%	128人(55人)(7.0%)	98人(5.4%)

↓

痴呆自立度Ⅱ以上
()寝たきりを除く
B・Cランク

(うち在宅高齢者の状況)

一人暮らし(人)	高齢者のみの世帯
134人	世帯 168人

高齢者のみの世帯には、一人暮らしの高齢者は含まない。

要介護認定者数(申請)者数(人)

申請中	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3
—	—	26	59	36	29

要介護 4	要介護 5	計
27	33	210

(3) 社会資源の状況

痴呆の予防、相談や支援を行っている機関の状況

- 在宅介護支援センター等の相談機関数 1カ所
- 医療機関等の状況 もの忘れ外来 箇所、痴呆疑いの際の受診医療機関 管内 箇所、管外 箇所
- 介護保健施設等連携機関の状況 介護老人保健施設 箇所等
- 痴呆予防対策事業の協力機関となりうる組織、団体（組織、団体数、人員数等）

在宅介護支援センター 1ヶ所 民生委員、保健協力員、老人クラブ、ボランティア団体等

2 痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業計画書

事業計画書及び評価の体系（図1）
飯野町介護予防ネットワーク図（図2）

3 痴呆予防事業の実施状況

(1) 痴呆予防事業の実施経緯

介護保険法が施行されるにあたり、介護を受けている人も予防の視点でかかわることが必要だと感じ、認定調査に町の保健師が関わることになった。実際、認定調査を行うことにより、把握していた数より痴呆の方が多く、また、家族に痴呆の認識が少ないことに驚く結果になった。そこで認定調査に基づいて、痴呆症状により介護を受けている人がどれくらいいるか統計をとった。（グラフ1）その結果、痴呆老人の日常生活自立度がⅡ以上で身体自立度がJ・Aランクつまり寝たきりでない痴呆の方が多く、非常に介護の困難さを感じる結果となった。そこで痴呆予防の対策が重要であるということで平成12年11月より地域ケア会議の中で計画を策定することになった。平成14年度(3ヵ年計画)からの実施にあたっては、啓発・普及を介護保険係で、1次予防を保健センターで、2次予防以降を在宅介護支援センターを中心に連携しながら行っている。

平成12年度より実施している飯野町元気づくり推進運動（介護予防）は、「住み慣れた地域で元気に自分らしく過ごすために」を目標に掲げ進められている。その活動を推進するためには、住民の自主的活動を支援する地域づくりが重要である。現在は、地区10ヶ所での閉じこもり予防の自主的活動が実施されている。痴呆予防事業はその元気づくりの一環として位置付けられている。（図3）

(2) 痴呆予防事業の実施状況

事業名	対象者の把握（実態把握の方法）	事業の周知方法	サービスの提供状況、実施回数等実績
痴呆予防講演会	地区のリーダー（民生委員・保健協力員・ボランティア団体等）	個人通知	年1回
住民学習会	老人クラブ	チラシ	年4回
痴呆予防教室 (あたま・体・げんき教室)	地区単位	保健協力員による チラシの配布	6回コース（1ヶ所）
痴呆予防研修会	住民に関わるケアマネジャー・サービス事業者	事業所への通知	年1回
痴呆重症化予防研修会	〃	〃	〃

4 痴呆予防に係る事業の実践事例

痴呆予防教室（あたま・体・げんき教室）（表2）

閉じこもり予防という視点で平成8年度より、機能訓練教室B型（いきいき教室）を地区単位で実施していた。しかし、痴呆予防には、閉じこもり予防だけでなく、本人が痴呆予防を意識し、一人一人が行動ができるようになることが重要と考え、いきいき教室とは別に教室を実施することになった。あくまでも、地区を単位としているために、早期対応というより、1次予防の教室になっている。

1 対象者

地区を限定（1ヶ所）し、60歳以上の方とする。
保健協力員によりチラシの配布、声かけを行い参加を呼びかける。

2 教室の開催回数と時間

月1回 6回コース 時間は1回につき1時間30分～2時間程度

3 教室の進行

- 1) 血圧測定・健康相談
- 2) 体操（体育指導員）
- 3) グループワーク（1回目料理の材料を決める 2回目メニューを決める 3回目調理実習、試食）

2クール行うで6回コース（表3）

進行の留意点

体操は簡単にできて楽しくリラックスできる内容とする。そのあとの話し合いがスムーズにいく導入にする。

料理の材料が決まったら、2回目までメニューを考えてくる。テレビ、雑誌などに参考にしてもいいが、なるべくいままで作ったことのないメニューにする。

話し合いの過程を重視するには、参加者は、少ない人数10～15人にする。

4 評価

教室の1回目にアンケートを実施し、6回目にも実施して変化をみる。（表4）

評価シート（表5 評価のみ平成14年度）

5 課題

料理となると、女性中心になってしまうので、男性も参加できる内容の検討が必要である。

地区を単位としているために、今後は、痴呆予防の視点を入れた地域での自主的な継続した活動となるように支援していきたい。

普及・啓発事業

痴呆の予防・早期発見・早期対応のためには、住民への啓発が重要である。さらに住民の閉じこもり予防等の自主的活動のリーダーの育成のため実施している。講演会、学習会の他に町だより、健康相談等で啓発を行った結果、痴呆の相談が増えている。

痴呆予防講演会 年1回

1 対象

民生委員、保健協力員、ボランティア団体等
個人通知、チラシの配付

2 内容

- 1) 飯野町痴呆予防対策についての説明・報告
- 2) 痴呆についての講演会（精神科医師）

住民学習会 年4回

1 対象

老人クラブ
老人クラブを通してチラシの配付

2 内容

- 1) 痴呆予防対策の説明
- 2) 自分でできる痴呆予防のポイント
- 3) 痴呆予防の食事のポイント・試食（栄養士）

3 評価

教室終了後のアンケート・評価シート（別紙）

重症化予防研修会

ケアマネージャーやサービス事業者の方が痴呆予防、痴呆重症化予防の視点で要介護状態の方、家族に関わることが非常に効果的である。

1 対象

ケアマネージャー・サービス事業者
事業者へ通知 申し込みをとる。

2 内容

回想法について 講義と実技（心理判定員）

3 評価

研修会后アンケート・半年後アンケート・評価シート

5 痴呆予防対策事業全体に係る今後の計画・予定

痴呆予防対策の計画・実施を通して、一番の成果は、住民を含めた組織のネットワークが広がっていったことである。今後は、生涯教育、公民館を含めたネットワークの構築が課題である。

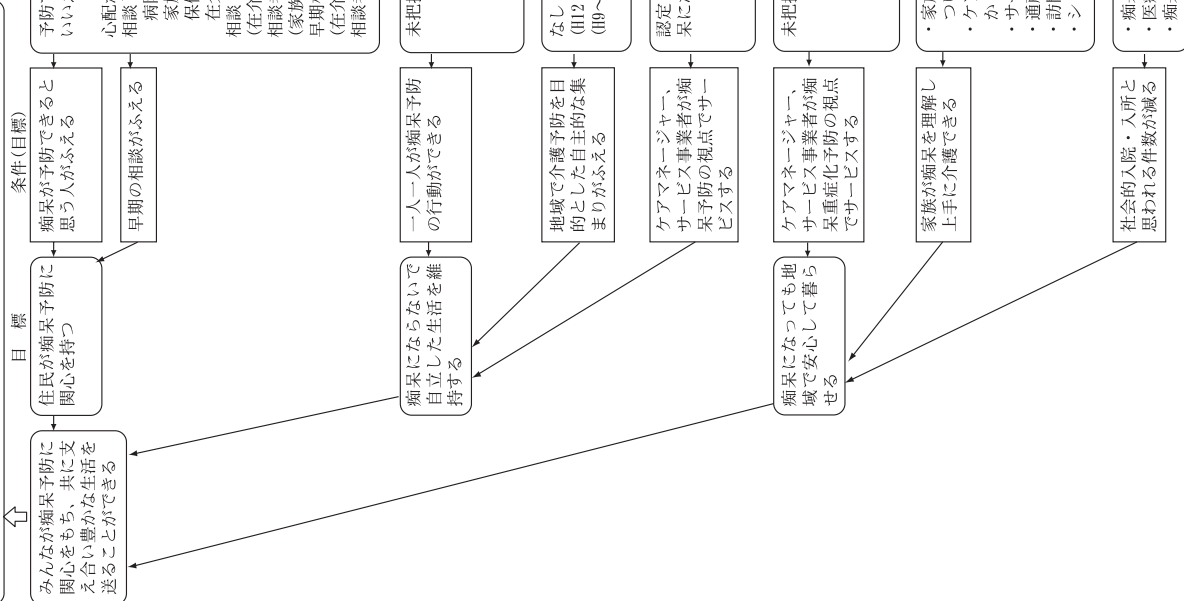
住民の自主的活動を支援し、さらに広げることが、痴呆予防のみならず介護予防、元気づくりの目標が達成できる一番の方法であると思う。



飯野町 痴呆予防対策評価の体系

図1

目的
健康でいきいき暮らせる町づくり(第3次町振興計画)
住みなれた地域で元気に自分らしく生活するために(町高齢者保健福祉対策)



現状(H13)	事業	具体的な条件(目標)	測定方法	目標値(H16)	測定方法
予防できると思う いいえ 67% 27.8% 心配があるときに 相談しますか 病院(医師) 47.9% 家族 21.9% 保健センター 3.4% 在介 3.4% 相談 69件 (在介56件 保健センター13件) 相談者 (家族31件・本人9件・地域6件) 早期相談 8件 (在介5件・保健センター3件) 相談者(家族3件・本人1件・地域1件)	・町だより特集 ・講演会 ・住民学習会 ・相談窓口の周知 ・健康相談	・痴呆の原因となる脳血管疾患・社会的要因について正しく理解し、痴呆予防の知識の普及・啓発ができる ・痴呆性高齢者について正しく理解する ・早期発見へつなげられるような地域づくりができる ・痴呆は予防できることを正しく理解できる ・日常生活の痴呆予防のポイントを正しく理解できる ・痴呆についての相談ができる	アンケート実施 評価シート 相談件数、内容	・予防できると思う 90% ・保健センター・在介が相談窓口だと思える人が増える 50% ・早期相談が増える ・相談件数の50% ・地域からの相談が増える	(介護保険事業計画アンケート) (保健センター・在介相談内容より) 早期相談件数

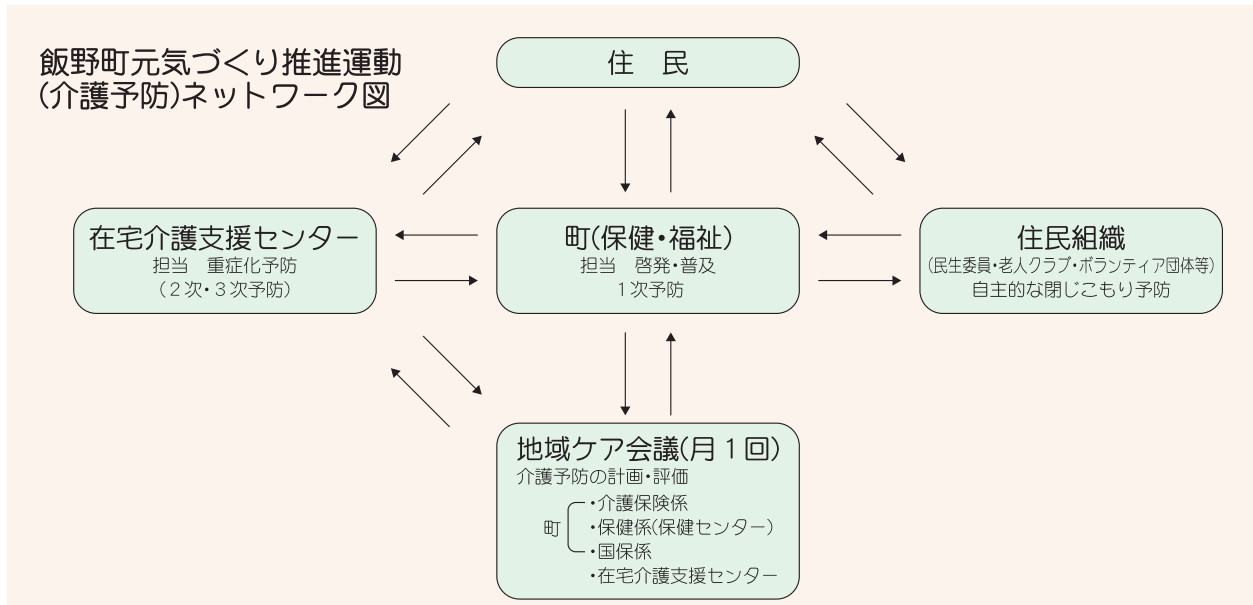
未把握	事業	具体的な条件(目標)	測定方法	目標値(H16)	測定方法
なし (012 3カ所×4回) (019~0111 1カ所×4回)	・痴呆予防教室 (あたま・体・けんき教室) ・機能訓練教室 B型 (いきいき教室) ・ふれあいサロン助成 (012 3カ所×4回) ・ふれあいサロン支援 (019~0111 1カ所×4回) ・地域リーダー育成	・痴呆予防のポイントが分かる ・痴呆予防を意識して生活ができる ・終了後定期的に集まれる会ができる ・ボケ・寝たきりの最初のきっかけになる家への閉じこもりを防ぎ、手工芸・手足の運動などを通して仲間づくりができる ・この教室を通して地区の方へ保健活動への理解を深めて、この活動が継続できるような地区組織の基盤を作る	アンケート実施 評価シート 実施回数 グループ数 参加人数	・月1回 ・6カ所 ・参加人数が増える	ふれあいサロン報告

未把握	事業	具体的な条件(目標)	測定方法	目標値(H16)	測定方法
認定を受けてから痴呆になった人 10人	・研修会の実施 ・ケアマネージャー活動状況連絡会	・痴呆の原因・起こりやすい生活パターンが共通理解できる ・ケース、家族との関わり方、関係機関との連携の必要性を理解できる	アンケート実施 (研修時・研修後) 評価シート 認定調査結果	・認定を受けてから痴呆になる人が少なくなる	認定調査結果

未把握	事業	具体的な条件(目標)	測定方法	目標値(H16)	測定方法
・家族からの介護についての相談 31件 ・ケアマネージャーからの相談 6件 ・サービス利用状況(Ⅱ以上延235件) ・通所サービス 61件 ・訪問サービス 72件 ・ショートステイ 25件	・研修会の実施 ・ケアマネージャー活動状況連絡会 ・訪問 ・電話相談 ・ケアマネージャー 家族への指導	・痴呆進行を防ぐための対応方法を業務に活かすことができる ・痴呆ケースのモニタリング評価の必要性を感じる	アンケート実施 (研修時・研修後) 評価シート 認定調査結果	・認定を受けた人の痴呆の状態が変化しない	認定調査結果

未把握	事業	具体的な条件(目標)	測定方法	目標値(H16)	測定方法
・痴呆による入院者 4名 ・医療費 400万 ・痴呆による入所者 9名 (特養3、老健6)	・ケアマネージャー 活動状況連絡会 ・ケアマネージャー 家族への指導	・痴呆による入院・入所と 思われる件数が減る	ケアマネージャーへのアンケート実施	・サービスの利用が増え、在宅で介護する人が増える	介護保険 入院件数 入院期間 医療費 施設入所が増えていない医療費 国保医療費動向 介護保険

図 2



グラフ 1

飯野町介護保険認定調査結果

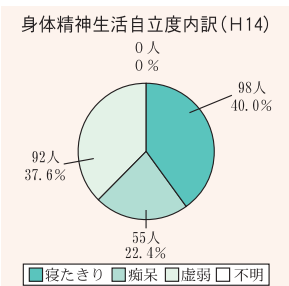
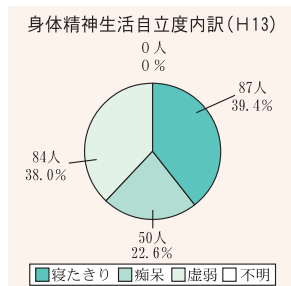
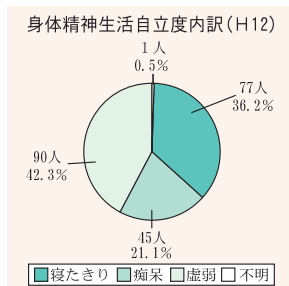
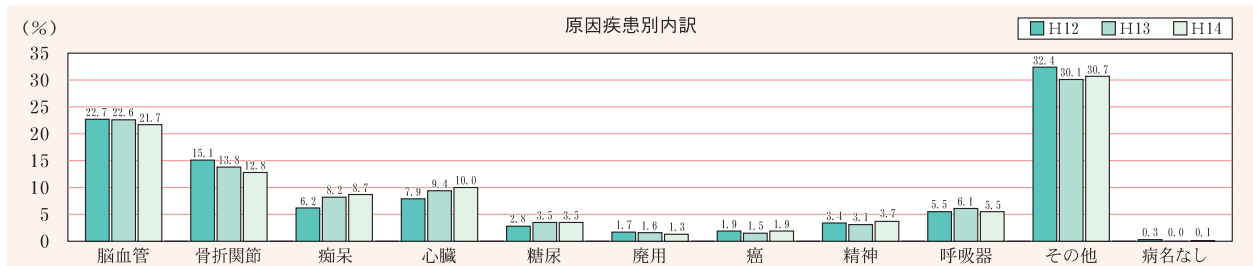


表 1

痴呆度	痴呆度	ADL
虚弱	正常・I	正常・J・A
寝たきりでない痴呆	II以上	正常・J・A
寝たきり	全ランク	B・C

図 3

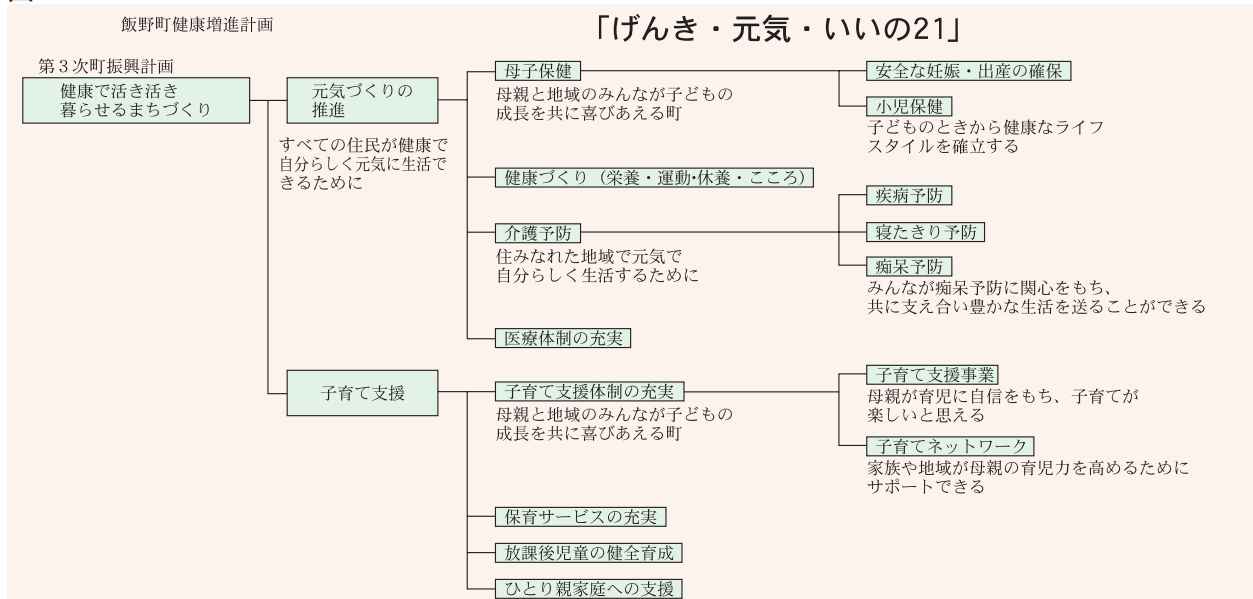


表 2

痴呆予防教室企画書

平成 15 年 8 月 18 日

1 テーマ・目的 テーマ：個人への痴呆予防の充実「痴呆にならないで自立した生活を維持する」 目 的：60 歳～75 歳の住民が早期の痴呆予防の具体的な方法を理解し、痴呆にならないで自立した生活を維持することができる。
2 目標・成果指標 1 痴呆予防教室の参加者が痴呆予防のポイント（計画をたてる、人と会う）を理解することができる。 →教室参加者への事前・事後アンケートを実施 2 痴呆予防教室の参加者が痴呆予防を意識して生活できる。 →教室参加者への事前・事後アンケートを実施 3 教室終了後に定期的に集まれる会ができる
3 対象者 大久保 2 区在住の女性（60～70 代） 計画をたてるのが料理となるため、女性のみ参加とする。また、十分に話し合いができるように参加人数を 15 人程度にしぼる。
4 企画案 「あたま・体・げんき教室」 気軽に集まれる集会所を利用する。毎回運動を取り入れリラックスした楽しい雰囲気にする。料理のテーマ、献立を決め、調理を参加者が実施する。 日程・内容 別紙 9 月～2 月 6 回コース 場所 生涯学習センター 講師 体育指導員 廣瀬 仁美 スタッフ 保健師 2 名

表 4

あたま・体・げんき教室 事前アンケート

氏名 _____

1 普段、買い物、散歩、通院など外出する頻度はどれですか。

- 1 毎日
- 2 2～3日に1回
- 3 1週間に1回
- 4 ほとんど外出しない

2 普段、家族以外（友達、近所の人、別居家族、親戚など）の人とおしゃべりしますか。

- 1 毎日
- 2 2～3日に1回程度
- 3 1週間に1回程度
- 4 1ヶ月に1回程度
- 5 ほとんどない

3 痴呆予防には、日常生活のなかでなにが効果的だと思いますか。

4 治療中の病気を○で囲んでください。

- 血圧 糖尿病 コレステロール
- 心臓病 膝 腰
- その他 ()

ご協力ありがとうございました。

表 3

平成 15 年度「あたま・体・げんき教室」日程表

月 日	時 間	内 容
9 月 26 日 (金)	午後 1 時 30 分 ～ 3 時	血圧測定・軽い運動 話し合い「料理のテーマを決めよう」
10 月 24 日 (金)	"	血圧測定・軽い運動 話し合い「献立を決めよう」
11 月 28 日 (金)	午前 10 時 ～ 12 時	血圧測定・軽い運動 調理実習・試食
12 月 26 日 (金)	午後 1 時 30 分 ～ 3 時	血圧測定・軽い運動 話し合い「料理のテーマを決めよう」
平成 16 年 1 月 30 日 (金)	"	血圧測定・軽い運動 話し合い「献立を決めよう」
2 月 27 日 (金)	午前 10 時 ～ 12 時	血圧測定・軽い運動 調理実習・試食

場 所 生涯学習センター

※ 健康手帳をご持参ください。

飯野町保健センター 5 6 2 - 4 3 0 7

表 5

事業改善のための評価シート

(年 月作成)

事業名 痴呆予防教室（あたま・体・げんき教室）					
目 的	大 目 標：痴呆にならないで自立した生活を維持する その条件：1 人 1 人が痴呆予防の行動ができる (目標) ①痴呆予防のポイントが分かる ②痴呆予防を意識して生活ができる ③教室終了後、定期的集まれる会ができる				
達成状況(現状)及び目標値	評価指標名	平成 14 年度	平成 15 年度	目標値	測定方法
○ 継続して参加できる ○ 直接事業に関する指標 ▲ 地域全体から本事業を捉えた指標	継続して参加できる	6 回実施 参加者 31 名 1 回平均 22 名 1 人平均 4.3 回		毎回参加	
	教室終了時に参加者が元気になったと感じることができる	元気になった 85% 少し元気になった 10% 95%		100%	教室終了時アンケート 本人・スタッフの感想
	教室に参加して地域の人のふれあいが増える	とても増えた 66% 少し増えた 34% 100%		とても増えた 100%	
	痴呆予防のポイント（計画を立てる人と会う等）が分かる(教室前計画を立てる 0%) (友人・家族との会話、交流 30%)	人と会う・交流の記述 4 名			事前・事後アンケート
	痴呆予防を意識して生活できる 痴呆予防のポイントを実際に行っている	アンケートとらず			"
▲ 地域で介護予防を目的とした自主的な集まりが増える	5 ヶ所		全部で 6 ヶ所	ふれあいサロン報告	
評価結果と課題	参加者のアンケート (終了後)	教室に参加して・・・元気になった 85% 少し元気になった 10% 教室に参加して地域の人のふれあいは・・・ とても増えた 66% 少し増えた 34%			
	"	痴呆予防のポイントは「人と会う」・「交流」と記述した人が 4 名だった。 「計画を立てる」・「料理を考える」との記述はなかった。			
	自主化	教室終了後も定期的に集まる予定			
今後の事業のあり方	継続-このまま 改善して 廃止-他事業で対応 (中止) 他機関で対応 他関連事業で対応 新規事業にシフト 目標達成のため	(14 年度) 教室に参加して元気になった・交流が増える効果が見られたが、痴呆予防のポイントがきちんと意識づけできるところまで至らなかった。 参加人数が多かった。教室前・後で比較できるアンケートでなかった。教室終了後も定期的に集まる地域づくりには成果があった。 (15 年度)			
	《今後の改善点》	・対象・人数をしぼる。 ・痴呆予防のポイントが意識づけできるように話し合いに重点をおく。 事前・終了後のアンケートの検討（比較できるように・・・記述式でなく）			

市町村の取り組み事例2

記載課：郡山市保健所 地域保健課

1(1) 市町村の沿革・概要（地域特性）

郡山市は、福島県の中心に位置し南東北の交通の要衝になっています。市域面積は、757.06 km²で、全国の市で第9位です。さらに、全国第4位の大きさを誇る猪苗代湖や阿武隈川の豊かな潤いの満たされた、水と緑が豊かな美しい景観がみれます。
 さらに、郡山市は安積開拓により肥沃な農地が確保されたことと、地理的条件の豊かさから、全国にも例を見ないほど高速交通網が発展し、交流の拠点になっています。「農業・工業・商業」がバランスよく発展しているまちです。
 本市は、人口33万人の中核市で、平成15年1月の平均年齢39.7歳（県 42.5歳）、老年化指数102.7%（県 139.6%）であり若い世代の割合が多いまちとなっています。

(2) 人口等の概況について（平成15年1月現在）

全人口(A)	高齢者人口(B)	うち後期高齢者人口(C)	高齢化率(B/A)	痴呆性高齢者数(人)(%)	寝たきり老人数(人)(%)
333,202人	55,554人	23,314人	16.7%	5,326人(9.6%)	1,847人(3.3%)
				H14.11	H14.11

（うち在宅高齢者の状況）

一人暮らし(人)	高齢者のみの世帯
5,122人	7,549世帯 15,109人
H12.国勢調査	H12.国勢調査

高齢者のみの世帯には、一人暮らしの高齢者は含まない。ただし、このなかに、住み込み者等の数も含まれる。

要介護認定者数(申請)者数(人)H15.10

申請中	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3
13,146	4,533	1,176	2,719	1,336	982
要介護4	要介護5	計			
937	910	12,593			

(3) 社会資源の状況

痴呆の予防、相談や支援を行っている機関の状況

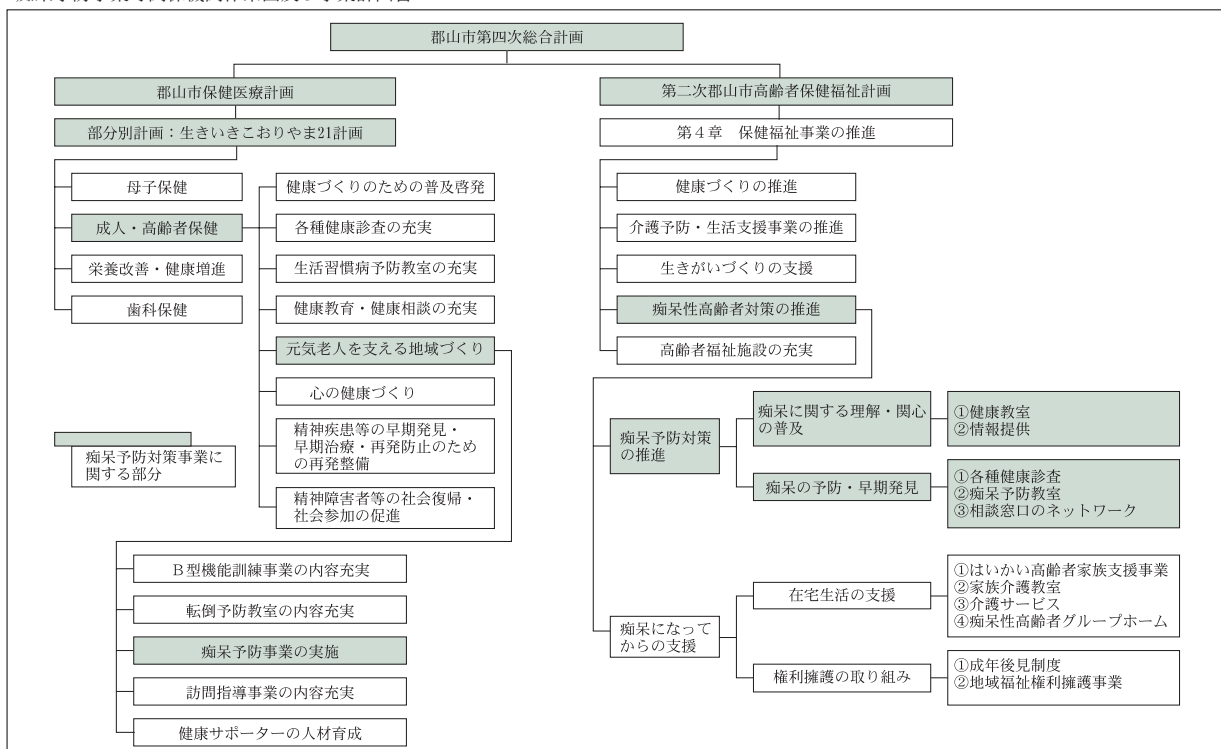
- 在宅介護支援センター等の相談機関数 25カ所
- 医療機関等の状況 もの忘れ外来 1箇所、痴呆疑いの際の受診医療機関 市内3箇所
- 介護保健施設等連携機関の状況 介護老人保健施設 7カ所 介護老人福祉施設 7カ所
- 痴呆予防対策事業の協力機関となりうる組織、団体（組織、団体数、人員数等）

- ①民生委員525人・主任児童委員69人 計594人
- ②保健委員会37地区（健康づくり推進員618人・食生活改善推進員245人 他補助員411人）
- ③登録ボランティア組織数 76カ所
- ④老人クラブ数 280カ所
- ⑤町内会組織数 667カ所
- ⑥社会福祉協議会 1カ所

○痴呆予防事業の拠点となりうる場所（カ所数）とその実施状況

- ①基幹型在宅介護支援センター 1カ所
- ②地域型在宅介護支援センター 24カ所
- ③市役所（保健所1カ所 保健師所属行政センター12カ所・各地域公民館43カ所・地域交流センター6カ所）

2 痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業計画書



3 痴呆予防事業の実施状況

(1) 痴呆予防事業の実施経緯

①実施するまでの背景

- 本市の高齢化率の推移 平成2年 10.6% 平成7年 13.1% 平成12年 15.6% 平成15年 16.7% と増加している。
- 痴呆の発症率を全国平均の7%で、本市に当てはめると 約3,800人となるが、介護保険認定者から痴呆の症状が認められるものは、約5,000人である。
- 行政関係機関において、痴呆の相談・教育等の対応している部署が、保健部門で1か所、介護保険関係部門で1か所であった。これらを踏まえ、予防から発見・対応まで関係機関と連携した、痴呆予防対策を講じる必要性があった。

②企画・立案の過程

長寿福祉課と保健所とは、介護予防事業の大きな柱のなかで、役割を分担しつつ連携をしながら事業展開してきた。平成15年度から基幹型在宅介護支援センターが、市の直営となり、長寿福祉課内に設置された。そこで、介護予防事業の中心となりうる基幹型、地域型在宅介護支援センターとの連携が、より身近のものとなり、介護予防事業対策の話し合いを保健所と長寿福祉課（基幹型在宅介護支援センター）の両者間で行った。その結果、介護予防事業を各種実施している在宅介護支援センターにおいて、痴呆予防教室を実施することとなった。事業の企画・立案についても、保健所と在宅介護支援センターの両部署間ですすめてきた。

【実施計画までの経緯】

①保健所と長寿福祉課（基幹型在宅介護支援センター）との話し合い

- 在宅介護支援センタースタッフへの研修会の実施について
- 【内容】痴呆の理解・予防・早期発見・早期対応について
 - 痴呆予防教室（モデル）の考え方と実施に向けて
 - 実施にむけてのグループワーク（在宅介護支援センター 24か所を4ブロックに分けて）
- 痴呆予防事業計画（モデル）の提示について
- 保健所は在宅介護支援センターが事業実施できるようサポートすること、痴呆予防対策の情報提供、情報交換を行う。

【痴呆予防教室の開催】

①在宅介護支援センターが地域住民に対し開催する。

チラシ作成⇒在宅介護支援センター
市民への周知⇒長寿福祉課（基幹型在宅介護支援センター）

②保健所が行う痴呆予防教室

- 地域の組織への痴呆の理解について…対象となる組織 ・民生委員会・老人会・保健委員会・健康づくり推進員など
- 痴呆予防対策に係るスタッフ（市保健師 30名）の共通理解…教材を用いた研修会の開催

(2) 痴呆予防事業の実施状況

事業名	対象者の把握 (実施把握の方法)	事業の周知方法	サービスの提供状況、 実施回数等実績	保健事業との関連	関係機関との連携状況
痴呆予防講演会	地区組織の会員	・会員へのチラシ配布 ・地域公民館との連携によるチラシ配布	1コース 1回		・保健委員会・民生委員・老人クラブ
痴呆予防教室	参加対象者の制限はなし	・広報誌により周知 ・教室チラシの配布 ・イベント会場でのチラシ配布	1コース 1回	・痴呆に関する相談がある方への参加勧奨 ・健康教室における痴呆予防教室のPR	地域在宅介護支援センターとの連携により、実施部署は、在宅介護支援センター
痴呆予防関係職種との学習会	痴呆予防事業を実施する関係者	関係職種へ通知	1組織 1回	保健事業との関連を含めた内容	・各行政センター保健師 ・在宅介護支援センター職員

4 痴呆予防に係る事業の実践事例

【普及・啓発活動の事例】 I 地区組織へのアプローチ

①民生委員・児童委員研修会

研修のテーマ	「身近な人が痴呆と気づく時 ～痴呆を正しく理解しよう～」		
講師	保健所地域保健課 保健師		
参加者数	120名（34地区 594名の中から、地区代表で参加している）		
研修の効果	①参加した民生委員は自分の地区で研修内容を報告するため、民生委員全員に周知されることとなる ②地域住民との関わりが深い民生委員が、痴呆の早期発見の役割を担う人材となる		
タイムスケジュール	①講話	1時間	教材と冊子を用いて実施
	②ストレッチと体操	30分間	音楽（曲）に合わせ実施

②健康づくり推進員（専門員）研修会

研修のテーマ	「身近な人が痴呆と気づく時 ～痴呆を正しく理解しよう～」		
講師	保健所地域保健課 保健師		
参加者数	37名（37地区 618名の中から、地区代表で参加している）		
研修の効果	①参加した健康づくり専門員は自分の地区で研修内容を報告するため、健康づくり推進員全員に周知されることとなる ②地域住民との関わりが深い健康づくり推進員が、痴呆の早期発見の役割を担う人材となる		
タイムスケジュール	①講話	1時間	教材と冊子を用いて実施
	②音楽療法	1時間	音楽（曲）に合わせ実施

【普及・啓発活動の事例】 II 在宅介護支援センターとの連携

痴呆予防教室開催

域型在宅介護支援センター（24か所）を4ブロックに分けて、そのブロックごとに地域の状況を踏まえ教室内容を企画する。

今回は、その4ブロックのなかの1つのBブロック（6か所の在宅介護支援センターで構成）との連携を事例とする

痴呆予防教室は、介護予防事業のなかの1つとして位置付けられている。

Bブロックのなかの4か所の会場で実施

教室内容

目的	・市民が痴呆を正しく理解し痴呆発症のつながるような生活習慣を改善する。 ・市民が痴呆を正しく理解し、自分の生活習慣を振り返る。		
目標	・音楽や体操を通して、全身及び頭の血流を良くし、こころを癒す。		
対象者	地域の住民（痴呆の程度は関係ない）		
周知方法	広報紙に掲載・チラシを配布		
実施形態	1コース（1回）	2時間	
	①寸劇を通して痴呆の症状を説明	1時間	寸劇は、在宅介護支援センタースタッフが担当
	②体操または音楽療法（会場よりどちらか選択）	1時間	体操は、OT・PTへ、音楽療法は音楽療法士へ、講師依頼する
予算	1カ所の在宅介護支援センターへ、30,000円を配当（補助）する（長寿福祉課から）		
役割	在宅介護支援センター：教室の進行、講話担当、講師選択 保健所：教室開催における相談、痴呆に関する情報提供、教材提供など		

【普及・啓発活動の事例】 III 関係職種との学習会

目的	・痴呆予防事業に携わる職種間で、事業の目的等を共有したうえで、事業展開をする	
関係職種	在宅介護支援センタースタッフ	行政センター保健師
学習内容	①痴呆の理解 ②痴呆予防教室を実施するために必要なこと	①痴呆予防に必要な知識 ②行政としての役割
実施内容	①講話 ②グループワーク	①共通使用できる教材を用いて講話

5 痴呆予防対策事業全体に係る今後の計画・予定

【普及・啓発活動の事例】 I 地区組織へのアプローチ

①次年度は、新たな地区組織と連携し、痴呆予防の啓発を行う。

【普及・啓発活動の事例】 II 在宅介護支援センターとの連携

①次年度（H16）は、地区住民の要望等（アンケートによる）を踏まえ、内容充実を図る。

②一般住民対象だけでなく対象者に応じた（軽度痴呆の方むけ）教室開催を、保健所と長寿福祉課及び在宅介護支援センタースタッフと検討する。

（対象者の把握方法、スクリーニング方法、教室内容の検討など）

【普及・啓発活動の事例】 III 関係職種の人材育成

①痴呆予防事業に関わる関係職種及び関係者（同じ課の職員等）への、啓発を行う。

②市民から相談をうける窓口を担当する部署への、啓発を行う。

市町村の取り組み事例3

記載課：会津高田町健康福祉課

1(1) 市町村の沿革・概要（地域特性）

会津高田町は、会津地方のほぼ中央に位置しており冬は降雪量が多く、夏は蒸し暑い気候です。
水田地帯が広がり農作業に従事する高齢者が多い。
循環器疾患及び筋骨格系の疾患が多い。

(2) 人口等の概況について（平成15年4月現在）

全人口(A)	高齢者人口(B)	うち後期高齢者人口(C)	高齢化率(B/A)	痴呆性高齢者数(人)(%)	寝たきり老人数(人)(%)
15,403人	4,505人	2,198人	29.2%		

（うち在宅高齢者の状況）

一人暮らし(人)	高齢者のみの世帯 世帯 人

高齢者のみの世帯には、一人暮らしの高齢者は含まない。

要介護認定者数(申請)者数(人)

申請中	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3
—	—	52	192	125	84
要介護4	要介護5	計			
90	110	653			

(3) 社会資源の状況

痴呆の予防、相談や支援を行っている機関の状況

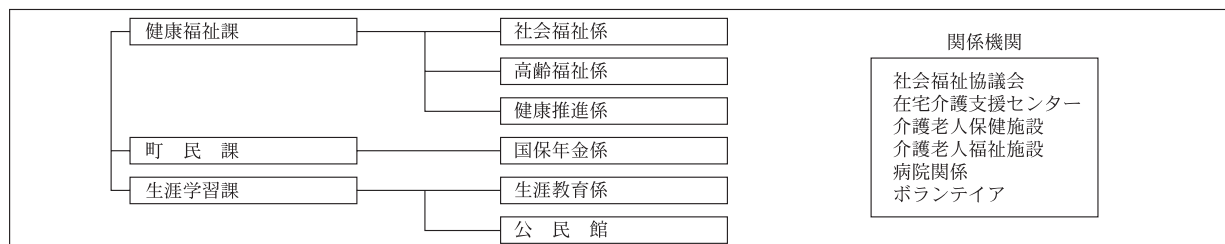
- 在宅介護支援センター等の相談機関数 2カ所
- 医療機関等の状況 もの忘れ外来 箇所、痴呆疑いの際の受診医療機関 管内 1箇所、管外 1カ所
- 介護保健施設等連携機関の状況 介護老人保健施設 1カ所、介護老人福祉施設 1カ所
- 痴呆予防対策事業の協力機関となりうる組織、団体（組織、団体数、人員数等）

民生委員 56人
健康推進員 83人
ボランティア 虹の会 ほっとの会 日赤奉仕団

○痴呆予防事業の拠点となりうる場所（カ所数）とその実施状況

保健センター 在宅介護支援センター 2カ所

2 痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業計画書



3 痴呆予防事業の実施状況

(1) 痴呆予防事業の実施経緯

背景：
痴呆の発生率は、年々増加しその原因については、いまだ不明の点も多く、その対応についても困難を極めている。
老人性痴呆に関する情報を収集しながら、住民や家族、関係者に対する正しい知識の普及啓発を図り、早期発見、予防に努めるため。
既存事業との関連：
老人クラブ、ミニデイサービス等において痴呆予防についての知識の普及啓発を強化し進める。
活用した検討の場：
既存の会津高田町地域ケア会議

(2) 痴呆予防事業の実施状況

事業名	対象者の把握 (実態把握の方法)	事業の周知方法	サービスの提供状況、 実施回数等実績	保健事業との関連	関係機関との 連携状況
いきいき教室	希望者	チラシ、はがき	月1回、半日コース	健康推進係事業	地区公民館
痴呆予防講演会	全町民	広報、チラシ	年2回	健康推進係事業	ボランティア
痴呆予防健康教育	全町民		6回	健康推進係事業	老人クラブ等
ミニデイサービス	65歳以上		週3回	健康教育3回	社会福祉

4 痴呆予防に係る事業の実践事例

別紙（P10～12）

- 普及、啓発活動（地区での講演会等）
- 地域における早期対応策
- 計画策定

5 痴呆予防対策事業全体に係る今後の計画・予定

表1～表6（P13～17）

会津高田町痴呆予防対策事業計画

別紙

4 痴呆予防に係る事業の実践事例

(1) 普及、啓発活動（地区での講演会等）

痴呆予防対策事業については、知識の普及啓発が第1次と思われるため、住民を対象とした健康教育、講演会を開催する事とした。

目的：痴呆についての正しい知識の普及を図る。

- ① 痴呆の原因がわかる。
- ② 痴呆は予防できる事がわかる。
- ③ 痴呆の対応についてわかる。

平成14年度

対 象	参加人数	内容	講師等
健康推進員	10名	痴呆の原因と予防	保健師

平成15年度

実施場所、対象等	参加者人数	内容	講師等
東尾岐地区 老人クラブ	30名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 高齢者学級	30名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 全町民	162名	高齢者社会と痴呆予防	医師
赤沢地区 老人クラブ	55名	痴呆の原因と予防	保健師
ミニデイサービス 3回	54名	痴呆の原因と予防	保健師
保健センター 全町民		痴呆の予防と対応	医師

〈予算〉

医師講演会報償費については、財団法人福島県医学振興会、国保連合会より支出
パンフレット等についても国保連合会より支出

〈評価〉

アンケートにより痴呆の原因及び予防について理解できたとした参加者数の増加

〈事業実施上の課題と今後の計画〉

1回の講演会でなく系統だてて実施する。

地区における講演会、健康教育の充実により痴呆が予防できると思う人の増加を図る。

〈チラシ〉

<p>町民健康講演会 「高齢社会と痴呆」 —痴呆の原因と予防の工夫— 福島県立医大医学部教授丹羽真一先生 記 と き 平成15年6月17日 と ころ 高田町保健センター</p>
--

<p>町広報に掲載 新聞に掲載 老人クラブ、高齢者学級、 各種ボランティア団体に チラシ配布</p>
--

4 (2) 地域における早期対応策（痴呆予防事業）

〈いきいき教室〉

目的：住民が痴呆についての正しい知識を持ち痴呆予防が実行できる。

目標：痴呆予防についての正しい知識が持てる（食生活、運動、知的行動習慣）

運動習慣が身につく。

対象者：町内に住所を有する高齢者等。

実施場所：町保健センター、地区公民館等。

事業内容：保健師、運動指導士、管理栄養士、ボランティア等により実施

注意分割機能を高めるための、料理実習や、音楽療法、作業療法、運動習慣を持つために、毎日できる、道具が要らない、冬期間でもできる筋肉トレーニングを実施する。

平成 15 年度教室

開催月	参加人数	内 容	開催月	参加人数	内 容
4 月	10 人	運動、痴呆について	10 月	6 人	運動、ゲーム
5 月	3 人	運動、割り箸作業療法	11 月	8 人	運動、花作業療法
6 月	9 人	体力測定、痴呆予防料理	12 月		運動、痴呆予防料理
7 月	16 人	運動、音楽療法	1 月		運動、音楽療法
8 月	11 人	運動、絵手紙	2 月		運動、作業療法
9 月	17 人	運動、痴呆予防料理	3 月		運動、反省会

募集方法：高齢者アンケート調査 2 次調査該当者 105 人について案内をだしたが、参加者少ないため、高齢者学級参加者等にも案内を出した。

〈チラシ〉

健康いきいき教室の開催について

いつまでも元気で、若々しく生活する為に足腰元気に、あたま元気に暮らしませんか。
「あたま」と「からだ」を鍛えて元気に暮らしましょう。
下記の通り開催しますのでお友達おさそいあわせの上ぜひおいでください。

記

〈はがき〉

各位
保健センター

健康いきいき教室のお知らせ

いつまでもげんきで若々しく、足腰元気にあたま元気に過すために下記の通り、いきいき教室を開催いたします。今回は、筋肉運動と痴呆予防に効果があると言われていたさんまを使った料理実習を行います。ぜひおいでください。

〈予算〉 運動指導士等報償費 町より 4 回分
国保連合会より 8 回分
消耗品国保連合会より支出

〈事業実施上の課題〉

参加者の確保、継続の難しさ

事業評価

1. 運動能力評価表により評価する。
2. 生活習慣のアンケートより評価する。
3. IADL により評価する。



いきいき教室事業評価基準（生活習慣アンケート）

1. 教室の参加目的について、○で囲んでください。
A, 痴呆予防 B, 膝腰痛予防
目標値：痴呆に対しての意識が向上し、痴呆は予防できるという目的から参加する者の増加
2. 痴呆予防に有効とされている項目について知っていましたか？以前から知っていた項目に○をつけてください。
目標値：痴呆予防についての正しい知識が持てるという事で、痴呆予防の為に有効と言われる事項について、知っている項目の増加

〈運動に関する質問〉

3. 何か運動していますか？
目標：運動は、前頭葉の血流を良くし、脳の活性化に有効である。平成12年に実施した生活習慣病についてのアンケートにより、町で運動習慣のある人は、8%である。
運動習慣者1回30分以上の運動を週2回以上実施し1年以上持続している人
目標値：運動習慣を持つ者の増加（男性36.2% 女性24.9%）
4. 外出する頻度はどの位ですか？
目標：身体機能の低下を防ぎ閉じこもりを予防するために、外出について積極的な態度を持つ者の増加
目標値：外出する頻度の増加（男性70% 女性70%）

〈食生活に関する質問〉

5. 次の魚をどれくらい食べますか？
目標：脳の炎症や、動脈硬化を防ぐDHAや、EPAを多く含む魚を多く取り脳の老化や痴呆の予防に努める。
目標値：週3回食べる。青魚を多く食べる。
6. 野菜をどれくらい食べますか？
目標：平成12年に調査した生活習慣病のアンケートから野菜を摂取する量が少ないことが判っておりβカロチンや、ビタミンC、Eが脳の老化を防ぐと言われており、摂取量を増やす。
目標値：緑黄色野菜を多く摂取するようになる者の増加（1日120g）
7. 昼寝の習慣はありますか？
目標：睡眠は、脳に適度な休養を与え、脳の働きをより活発にする為、1日30分程度の昼寝の習慣ある人の増加。
目標値：教室参加により昼寝の習慣のある人の増加

〈知的行動習慣〉

8. 本、雑誌、新聞を読みますか？
目標：本、雑誌、新聞を読むという知的な活動は、脳の情報処理機能を高めるため痴呆になりにくいと言われている。本、雑誌、新聞を読んでいる人の増加と回数の増加。
目標値：教室参加により本、雑誌、新聞を読む人の増加と回数の増加。
9. 人との付き合いはありますか？
目標：人との付き合いは、エピソード記憶、注意分割機能等が使われ、脳の活性化に有効である。
目標値：教室参加により人との付き合いの回数が増え脳の活性化が図られる者の増加。
10. 痴呆予防のために心がけている事はありますか？
目標：痴呆予防を目標とし、そのために心がけている項目の増加
11. IADLによる評価
目標値：IADLによる点数の比較、点数の増加

4（3） 計画策定（表1～表6）

計画策定については、会津保健福祉事務所の指導のもと、※PCM手法で実施

構成員：地域ケア会議出席者
（医療関係者、介護保健施設、福祉団体関係者、在宅介護支援センター、町高齢福祉係、国保年金係）
会議開催回数：4回

別紙

※PCM手法とは、プロジェクト・サイクル・マネジメント手法のことで、開発援助プロジェクトの計画立案・実施・評価という一連のサイクルを、右図のような「プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）」と呼ばれるプロジェクト概要表を用いて運営管理する手法である。

プロジェクトの選別	指標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクト目標			
成果			
活動	投入		前提条件

表 1

会津高田町痴呆予防対策事業計画

期 間：平成 15 年度～平成 17 年度

対象地域：会津高田町全域

対象者：全町民

ビジョン	具体的目標	指標
会津高田町高齢者保健福祉計画 痴呆予防計画の目標		
住民が健康でいきいき暮らせる町づくり 実現目標（プロジェクト目標）		
I. 痴呆になる人を少なくする	1. (痴呆) 予防方法を実践する人が増える 2. 痴呆予防の正しい知識を持つ人が増える 3. 脳血管疾患の減少 4. 地域での交流の機会がある	1-1. 閉じこもりの人が減る 1-2. 運動をする人が増える 1-3. 食生活に注意する人が増える 1-4. 趣味を持つ人が増える 1-5. 家庭内で役割を持つ人が増える 2. 痴呆予防の正しい知識を持つ人が増える 3-1. 脳血管疾患罹患率の減少 3-2. 高脂血症罹患率の減少 3-3. 高血圧罹患率の減少 4-1. 老人クラブの参加者が増える 4-2. ミニデイサービスの参加者が増える 4-3. 公民館活動の参加者が増える
II. 痴呆の早期発見	1. 早期に相談できる 2. 早期に受診できる 3. 痴呆に対し、地域住民が正しい知識を持つ 1. 自分にあつたサービスが受けられる 2. 家族の介護負担が少ない 3. 社会参加の場がある 4. 家族が適切な対応ができる 5. 地域住民の痴呆に対する理解がある	1. 2. 家族が症状に気づいてから相談・受診するまでの期間が短くなる 3. 痴呆の初期症状を知っている人が増える 1. サービスに満足する人が増える 2. 介護を負担と感じる家族が少なくなる 3. 痴呆の人の社会参加する割合が増える
III. 痴呆になっても暮らしやすい		

表2 会津高田町痴呆予防対策事業計画 ～痴呆になる人を少なくする～
 期 間：平成15年度～平成17年度
 対象者：全町民

プロジェクト目標	指標	現状値	目標値	実績	実施時期	対象者	スタッフ	内容	備考
1. 痴呆になる人を少なくする	1. 痴呆になる人を少なくする	痴呆高齢者把握数 H7年 12人 H13年 47人	※1 増加しない	※1	5～2月 (10回)	希望者	保健師、健康運動指導士	筋肉トレーニング、作業療法等	
成果	閉じこもりが増える	閉じこもり高齢者割合(藤川地区) 21%(H14年10月)	※2 閉じこもり高齢者割合(藤川地区) 21%以下にする	※2	11～12月 (3回)	ミニデイサービス参加者	保健師	痴呆予防についての健康教育	痴呆についての講話の依頼があれば応じる
	運動をする人が増える	仕事以外に汗をかき運動をする人 22.6%(H14年)	※3 仕事以外に汗をかき運動をする人 22.6%以上にする	※3					
	食生活に注意する人が増える	食生活に注意している人 %(H15年)	※3 増加	※3	4～3月	各老人クラブ	保健師、講師	痴呆予防についての健康教育 ウォーキング教室	
	趣味を持つ人が増える	趣味を持っている人 %(H15年)	※3 増加	※3	10月 (2回)	希望者	保健師、講師		
	家庭内で役割を持つ人が増える	家庭内で役割を持っている人 %(H15年)	※3 増加	※3	1～3月	希望者	保健師、講師	3B体操	
	痴呆予防の正しい知識を持つ人が増える	(一)	増加		11月 (2回)	老人クラブ等	保健師、管理栄養士	痴呆予防のための料理教室	
2. 痴呆予防の正しい知識を持つ人が増える	痴呆予防の正しい知識を持つ人が増える				6、12月	全町民	講師、保健師	痴呆の原因と予防・早期発見、介護について	アンケート
3. 脳血管疾患の減少	脳血管疾患罹患率の減少	H13年 3%	減少する	※1	4、8、12月	全町民	保健師、広報委員会	痴呆の原因と予防、介護について	
	高脂血症罹患率の減少	H13年 0.01%	減少する	※1					
	高血圧罹患率の減少	H13年 16.5%	減少する	※1					
	老人クラブの参加者が増える	H14年 1,054人	参加人数が増える		4月	全町民	保健師、公民館担当者	公民館との情報交換(事業内容確認、痴呆予防活動について)	
4. 地域での交流の機会がある	老人クラブの参加者が増える	H14年 101人	参加人数が増える		9～3月	高脂血症、高血圧、高血糖	保健師、管理栄養士、医師	個別健康教室	
	公民館活動の参加者が増える	H14年	参加人数が増える		1～3月	全町民	保健師、管理栄養士	痴呆予防についての健康教育	
					1～3月	全町民	保健師、管理栄養士	痴呆予防について	
					4～3月	各老人クラブ	所長、係長	老人クラブへの働きかけ	各クラブの影絵等に痴呆予防の観点で働きかける
活動									
1-1 痴呆予防教室の開催	教育・講演会開催時の薄礼、開催の通知、スタッフ確保								
2-1									
1-2 運動教室の開催	開催の通知、スタッフの確保								
2-2									
1-3 正しい食生活に関する教室	開催の通知、講師依頼、ボランティアの協力								
1-4 講演会の開催	広報委員会と協議								
2-2									
1-5 広報(年3回掲載)	公民館と協議								
2-3									
1-6 公民館活動の充実	スタッフの確保								
2-4 (痴呆予防の観点を入れた事業の実施)									
4-2									
3-1 健康後の個別健康教育の充実									
3-2									
3-3 健康相談	社協との協議								
4-3 老人クラブの活動内容の充実									

現状地蔵の資料 ※1=国保レポート
 ※2=平成14年度高齢者健康アンケート
 ※3=平成14年度健康相談健康度評価票

表 3

会津高田町痴呆予防対策事業計画 ～痴呆の早期発見～

期 間：平成 15 年度～平成 17 年度
対象者：全町民

プロジェクト目標	指 標	現 状 値	出 典	目 標 値	出 典	入 手 段
Ⅱ. 痴呆の早期発見	初期痴呆の段階での把握が増える					
成 果	家族が症状に気づいてから相談・受診するまでの期間が短くなる					入手段
1. 早期に相談できる	家族が症状に気づいてから相談・受診するまでの期間が短くなる	(-)	出典	目標値	出典	在介から協力により把握
2. 早期に受診できる	初期の段階での相談ができる。	(-)				早期受診数が増加する
3. 痴呆に対し、把握住民が正しい知識を持つ	痴呆の初期症状を知っている人が増える	(-)				モデル地区（藤川地区）によるアンケートの実施
活 動						
1-1 今ある相談窓口を明確にする（在介・保健センター・役場・病院）	広報、講演会にて周知					投 入
1-2 情報により家庭訪問の実施（ハイリスラ等）	スタッフの確保（町または在介）					
3-1 小・中学校 痴呆老人とのふれあい体験学習の実施	社協との協議、学校との協議、施設との協議、ボランティア等の確保					
・痴呆老人について（講義）						
・実際の体験（5～6人単位）						
3-2 講演会の開催	人材確保、広報、実施にかかる予算の確保					
1-3 心の健康相談（専門医の相談）	専門医、相談会開催のための予算の確保					

表 4

会津高田町痴呆予防対策事業計画 ～痴呆になっても暮らしやすい～

期 間：平成 15 年度～平成 17 年度
対象者：全町民

プロジェクト目標	指 標	現 状 値	出 典	目 標 値	出 典	入 手 段
Ⅲ. 痴呆になっても暮らしやすい						
成 果	サービスを活用する人が増える					入手段
1. 自分にあつたサービスが受けられる	サービスを活用する人が増える	(-)	出典	目標値	出典	アンケート調査およびサービスの活用状況
2. 家族の介護負担が少ない	サービスに満足する人が増える	(-)				介護サービスを受けている人を対象に、調査にあわせて
3. 社会参加の場がある	介護を負担と感じる家族が少なくなる	(-)				アンケート調査
4. 家族が適切な対応ができる	痴呆の人の社会参加する割合が増える	(-)				アンケート調査
5. 地域住民の痴呆に対する理解がある	適切な対応ができる家族の増加	(-)				アンケート調査
活 動	地域の理解が増える	(-)				アンケート調査
	痴呆に対して理解ある人が増える	(-)				アンケート調査
1-1 相談する機関がある	保健センター、在介、病院、スタッフの確保					投 入
1-2 サービス利用に関する広報	広報委員会の協議					
2-1 痴呆介護教室の開催	在宅との協議					
2-2 家族介護リフレッシュ事業						
4-1 医療機関が痴呆についてわかりやすく説明する	医師との連絡					
4-2 心の健康相談（専門医の相談）	専門医、相談会開催のための予算の確保					
5-1 小・中学生を対象に痴呆老人とのふれあい体験学習を実施	社協との協議、学校との協議、施設との協議、実施協力してくれる人の確保					

活 動			投 入
〔普及啓発の推進〕			
1-1	I	1-4 講演会の開催 2-2	講師依頼
1-1	II	3-2 講演会の開催	講師依頼
1-2	I	1-5 広報 2-3	広報委員会と協議
1-3	II	3-1 小・中学校 痴呆老人とのふれあい体験学習の実施2コマ ・痴呆老人について（講義） ・実際の体験（5～6人単位）	学校との連携
1-3	III	5-1 小・中学生を対象に痴呆老人とのふれあい体験学習を実施	施設との協議
〔予防対策の推進〕			
2-1	I	1-1 痴呆予防教室の開催 2-1	教育・講演会開催時の謝礼
2-2	I	1-2 運動教室の開催	スタッフの確保
2-3	I	1-3 正しい食生活に関する教室	公民館との連携
2-4	I	3-1 健診後の個別健康教育の充実	スタッフの確保
2-5	I	4-1 老人クラブの活動内容の充実	
2-6	I	1-6 公民館活動の充実 2-4（痴呆予防の観点を入れた事業の計画実施） 4-2	公民館との連携
2-7	I	4-3 ミニデイサービスの充実（回数増）	社協との協議
〔早期発見・早期対応〕			
3-1	II	2-1 病院が痴呆について気軽に受診できる科を設ける	医師（専門医）
3-2	II	1-1 今ある相談窓口を明確にする（在介・保健センター・役場）	周知（広報、講演会等）
3-2	III	1-1 相談する機関がある	スタッフの確保
3-3	II	1-2 健康相談の実施（どんな風に？）	
3-4	II	1-3 情報により家庭訪問の実施	スタッフの確保
3-5	II	1-4 健診（脳ドック）の導入	国保との協議
3-6	III	心の健康相談（専門医の相談）	医師
〔痴呆老人に対する支援〕			
4-1	I	4-1 外出に関する支援事業の充実（軽度生活支援事業、移送サービス）	不可
4-2	III	2-1 痴呆介護教室の開催	在介との協議
4-3	III	2-2 家族介護リフレッシュ事業	
4-4	III	1-2 サービス利用に関する広報	広報委員会との協議
4-5	III	2-3 会津高田町介護保険サービス利用料助成金交付	
4-6	III	4-1 医療機関が痴呆について分かりやすく説明する	医師

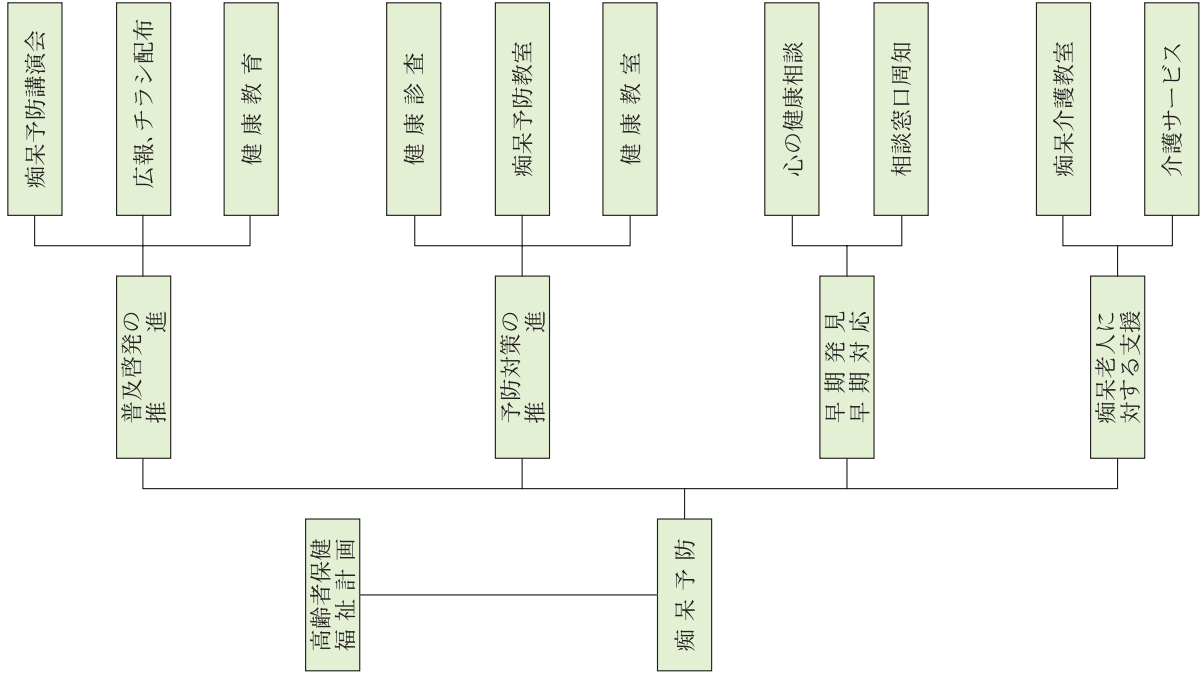
表 5

会津高田町痴呆予防対策事業年次計画

事業内容	H15			H16			H17					
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1. 講演会の開催 【普及啓発の推進】												
2. 広報												
3. 小・中学生を対象に痴呆老人とのふれあい体験学習 【予防対策の推進】												
1. 痴呆予防教室の開催												
2. 運動教室の開催												
3. 正しい食生活に関する教室												
4. 健診後の個別健康教育の充実												
5. 老人クラブの活動内容の充実												
6. 公民館活動の充実												
7. ミニデイサービスの充実 【早期発見・早期対応】												
1. 今ある相談窓口を明確にする												
2. 相談する機関がある												
3. 健康相談の実施												
4. 家庭訪問の充実												
5. 心の健康相談 【痴呆老人に対する支援】												
1. 痴呆介護教室の開催												
2. 家族介護リフレッシュ事業												
3. サービス利用に関する広報												
4. 医療機関が痴呆について分かりやすく説明する												

表 6

会津高田町痴呆予防計画体系図



市町村の取り組み事例4

記載課：滋賀県水口町

1(1) 市町村の沿革・概要（地域特性）

滋賀県甲賀郡水口町は、琵琶湖の南、滋賀県の東南部に位置し、東西 8.2 km、南北 9.5 km、面積 68.93 km²の町である。西端に比べて東端が 200m 高く、平野部となだらかな丘陵地からなっている。平野部には穀倉地帯が広がり、丘陵地には工業団地を造成し、企業誘致をしている。京都まで JR で約 1 時間で京阪地域のベッドタウンとしての一面を持ち合わせている。これらの条件が重なって、毎年 300 人から 500 人の人口増がある。1955 年に 4 か町村が合併し現在に至っているが、2004 年 10 月に郡内 7 町のうち水口町を含む 5 町が対等合併して 95,000 人の市として発足し、現在の水口町庁舎が新市庁舎となり、市の中心となることが決定している。

(2) 人口等の概況について（平成15年4月現在）

全人口(A)	高齢者人口(B)	うち後期高齢者人口(C)	高齢化率(B/A)	痴呆性高齢者数(人)(%)	寝たきり老人数(人)(%)
38,565	6,054		15.7	116人(1.9%)	176人(2.9%)

↓
（うち在宅高齢者の状況）

一人暮らし(人)	高齢者のみの世帯
655	617 世帯 1264人

高齢者のみの世帯には、一人暮らしの高齢者は含まない。

要介護認定者数（申請）者数（人）

申請中	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3
12	25	100	172	104	83

要介護4	要介護5	計
106	67	669

(3) 社会資源の状況

痴呆の予防、相談や支援を行っている機関の状況

- 在宅介護支援センター等の相談機関数 3カ所
- 医療機関等の状況 もの忘れ外来 4箇所、痴呆疑いの際の受診医療機関 管内 1箇所、管外 3カ所
- 介護保健施設等連携機関の状況 介護老人保健施設 1カ所等
- 痴呆予防対策事業の協力機関となりうる組織、団体（組織、団体数、人員数等）

水口町健康推進連絡協議会(健康推進員214人で構成) 在宅介護支援センター協力員(350人)
 水口町民生委員協議会(民生児童委員・主任児童委員 80人で構成)
 水口町区長会 (72区・自治会長で構成) 健康づくり推進協議会(各種団体代表者 14人)
 水口町老人クラブ連合会 (単位老人クラブ 52クラブで構成) 医療機関(3病院・18医科診療所)

○痴呆予防事業の拠点となりうる場所（カ所数）とその実施状況

水口町保健介護課(町立保健センター) 1カ所
 行政組織内の痴呆予防対策の企画・実施・評価をする部門としての位置づけ
 老人福祉計画への痴呆対策の位置づけと毎年実施する早期痴呆検診の実施、軽度痴呆デイケアの実施、統計処理と分析評価

○基幹型在宅介護支援センター 1カ所 ○地域型在宅介護支援センター 2カ所
 住民が訪れる最初の総合相談窓口

社団法人水口病院 痴呆疾患センター 1カ所

2 痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業計画書

- 痴呆予防事業等関係機関体系図
- 別紙 1 早期痴呆対策の概要
- 事業計画書
- 別紙 2 軽度痴呆高齢者対策の推進（老人保健福祉計画から抜粋）
- 別紙 3 早期痴呆健診事業実施要綱（脳の老化度判定相談実施要領）
- 別紙 4 軽度痴呆デイケア実施要綱
- 別紙 5 ミニサークル実施要領
- 別紙 6 ミニサークルボランティア講座日程表

3 痴呆予防事業の実施状況

(1) 痴呆予防事業の実施経緯

本町の痴呆対策は、昭和 62 年に重度痴呆高齢者を介護している介護者の負担軽減を図るために、1 ヶ月に 2 回の宅老事業(1 年後には、内容も目的も一新し、以後デイケアと呼ぶようになった。)を開始したことがはじまりであった。それ以後、水口保健所実施の老人生活実態調査や高齢者尿失禁調査等への協力を通して、痴呆性高齢者の実態が徐々に明らかになってきた。最初の課題は、住民の痴呆に対する間違った意識であった。2 点目は、痴呆性高齢者を抱える家族は適切なケア方法について学習する機会もなく、精神的にも身体的にも限界に達していた。そして 3 点目はこのような状況があるにも関わらず行政組織内で緊急の問題として取り上げていないことであった。幸い、重度痴呆老人のデイケア開始後 3 年目に町内で初めてのデイサービスセンターの開所があり、そのデイサービスの 1 日を中等度痴呆高齢者だけのデイケアグループとして運営できることになり、その後も、早期痴呆健診の実施に伴い軽度痴呆デイケアの開始へとつながった。昭和 62 年以後、痴呆対策は保健活動の重要な柱の一つとし位置づけ、施策を展開し現在に至っている。

(2) 痴呆予防事業の実施状況

事業名	対象者の把握 (実態把握の方法)	事業の周知方法	サービスの提供状況 実施回数等実績	保健事業との 関連	関係機関との 連携状況
意識啓発活動	健康推進員による調査	健康推進員による働きかけ		健康推進員の地区活動の一環として(健康づくり事業)	健康推進員と協議
軽度痴呆健診	住民基本台帳	・対象者(65歳～79歳)に全員個別通知 ・有線テレビ、有線放送の活用 ・町、社協広報誌への掲載	毎年 1 回	介護予防事業	・痴呆疾患センター ・主治医 ・精神科病院
軽度痴呆デイケア	痴呆健診本人、家族の相談 主治医から紹介	一般周知はなし ・医師会、ケアマネジャー、訪問看護師等関係者への説明	毎週月曜日	介護予防事業	主治医 ケアマネジャー等
痴呆予防としてのミニサークル	健康推進員在宅介護支援センター実態調査 保健師の訪問指導 老人クラブからの情報	・健康推進員による働きかけ ・保健師による事業紹介 ・広報や有線テレビ、有線放送の活用 ・区長会、民生委員への説明	月 1 ～ 2 回開催	介護予防事業 老人保健事業	健康推進員区長、担当民生委員、老人クラブ役員
ミニサークルボランティア講座	ミニサークルに関わっているボランティアで講座未受講者を把握	ミニサークルスタッフを通じる。	年 1 回実施 1 回 3 日間	介護予防事業	ミニサークルボランティア協議会
介護予防シンポジウム	一般住民で特定しない	・有線テレビ、有線放送の活用 ・町、社協広報誌への掲載	痴呆をテーマに取り上げるのは 2 ～ 3 年に 1 回	介護予防事業	町内関係団体へ呼びかけ

4 痴呆予防に係る事業の実践事例

1. 保健事業として展開してきた事業

(1) 痴呆に関する意識啓発事業

1) 対象:

A. 20 歳以上の全住民

B. 優先順位 ①60歳以上の男女 ②35歳以上の女性 ③35歳以上の男性 ④35歳未満の男女

優先順位の根拠 ①痴呆発症の該当年齢であることと実態調査の対象年齢

②痴呆性高齢者の介護者としての対象年齢

③直接介護しないが、痴呆制高齢者や介護者への影響力を持つ年代

④痴呆性高齢者へのかかわりがもっとも少ない年代

2) 啓発の方法: 基本原則は、3 年以内に全ての自治会で最低 1 回は健康推進員の地区活動として取り組む。その対象はできるだけ優先順位に基づくこと。しかし、健康推進員の活動が活発に

なるまでの間は、老人クラブや女性団体を通して区長・自治会長に働きかけた。並行して健康推進員養成を町保健事業として実施した。健康推進員活動による啓発活動が軌道に乗ったのは平成元年からである。現在も啓発活動の牽引役は健康推進員である。

3) 啓発内容に関する役割分担：

保健師医師（痴呆に関する正しい知識）、保健所・町保健師(痴呆性高齢者への正しい関わり方・介護者の精神的身体的状況)、町保健師(地域住民としての責任と役割)

4) 啓発事業後の住民の変化

- A. 世間体を気にしなくて良いので、部屋に閉じ込めておくことが少なくなった。
- B. 近隣の人が介護者に声かけをするようになった。
- C. 地域住民が痴呆性高齢者に接する機会が増え、正しい対応方法を知りたいと考えるようになって関心が出て、学習し正しいケアができるようになってきた。
- D. 痴呆を早期に発見してほしいと考えるようになった。
- E. 軽度痴呆の兆候を意識するようになってきた。

(2) 軽度痴呆健診

詳細については別紙7を参照

(3) 軽度痴呆デイケア事業

昭和62年から平成5年までは重度・中等度痴呆の高齢者を対象にデイケアを実施していたが、前述の軽度痴呆健診の受診者から軽度痴呆の高齢者を発見するようになり、その人たちのフォローアップの場として平成6年から軽度痴呆高齢者グループのデイケアを開始した。その後、平成12年の介護保険制度の開始により重度・中等度痴呆の高齢者は、介護保険サービスの利用により重症化予防を図ることに方向づけて、軽度痴呆対策に重点を移して現在に至っている。

参加者等詳細については、別紙8を参照

(4) その他の事業

痴呆予防対策として実施している、住民主導で閉じこもりを防ぐ地域活動としてのミニサークルやミニサークルボランティア支援と養成、そして全町民を対象にした介護予防シンポジウム等の概要については、別紙9を参照

2. 財源確保

(1) 財源確保の基本的考え方

前述の事業実施については、財源確保は重要な課題であった。痴呆対策に限らず、全ての事業実施時の基本方針として考えていたことは、先駆的に新しい課題に取り組むときは、研究機関と協力して研究費を獲得すること。2番目に国・県・民間のモデル事業費を獲得すること。3番目に国・県の事業で実施し、補助金がなくなっても実施できるように、行政が負担する経費と利用者が負担する経費を明らかにし、住民合意を取るよう努力してきた。

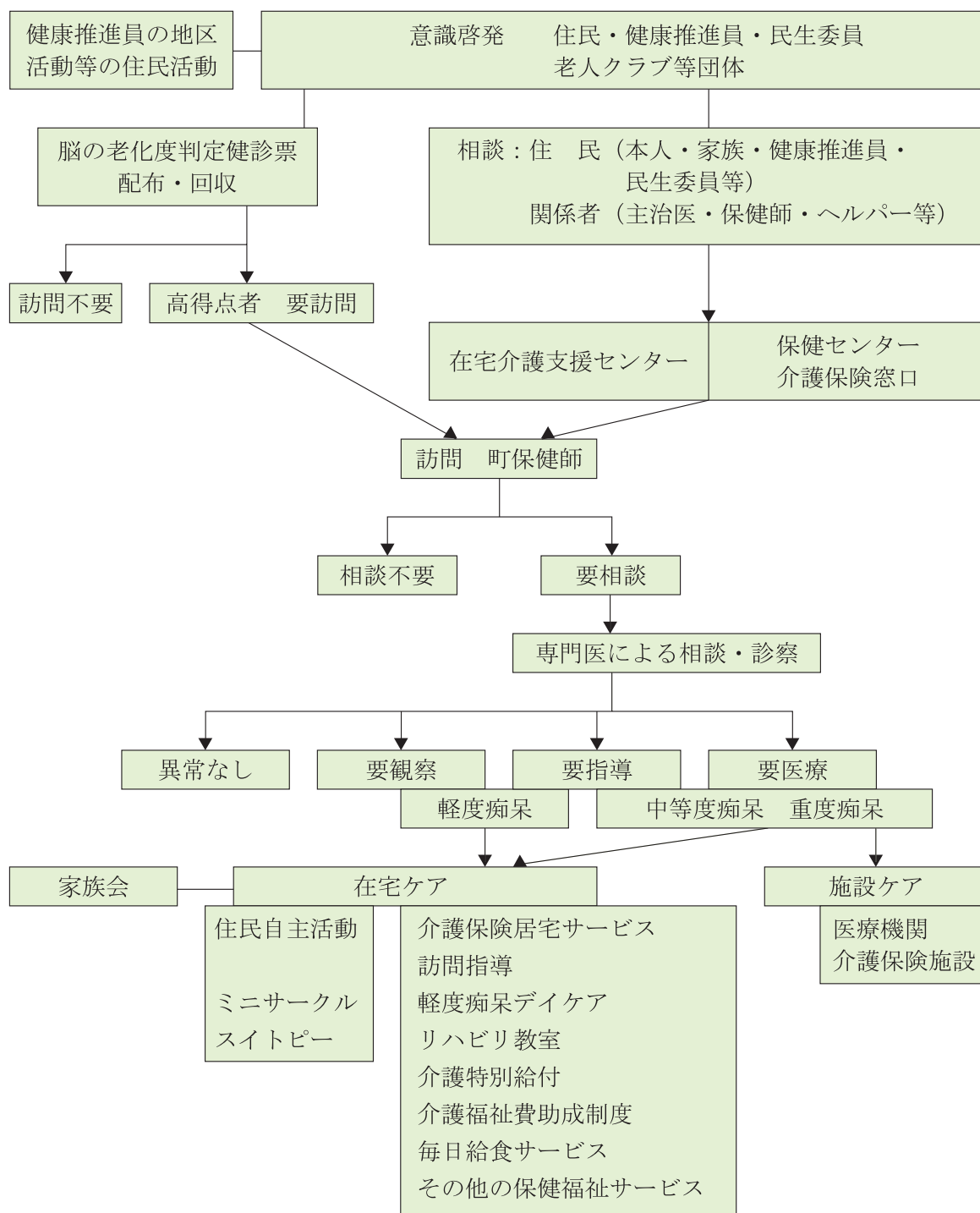
(2) 具体的確保方法

前述の事業実施について、具体的な財源措置は別紙10を参照

5 痴呆予防対策事業全体に係る今後の計画・予定

市町村概要の項で述べたが、平成16年10月に5町合併があり、平成17年度からは全市的に痴呆対策を水口と同様の方式で取り組むことを、合併協議会で決定している。しかし、水口町を除く他の4町は、本年度からようやく啓発活動に取り組み始めた状況なので、新市において痴呆予防の成果が出るまでには5年以上が必要である。また、全市的に進めるためには、専門職の確保と訓練が必要である。行政改革の中で行政職員としての専門職確保にはかなりの困難が予想される。今後の方向性として、全市いっせいに実施するのではなく、旧町単位で意識啓発の進んだところから健診を実施し、予防対策に取り組むことが必要と考えている。そして、専門職確保の困難性の解決のためにも、行政で直接実施するという発想を転換し、保健サービス部門のアウトソーシングも視野に入れる必要があると考えている。この場合、痴呆対策を担当する行政に所属している専門職は、企画だけではなく、委託先の専門職の教育訓練と質評価の責任を負わなければならないと考えている。

別紙 1 水口町早期痴呆対策の概要



別紙 2

：軽度痴呆高齢者対策の推進（老人保健福祉計画から抜粋）

水口町では、昭和62年から痴呆対策に取り組み始め、早期に痴呆を発見し、適切な対応をすることで重度痴呆の出現を予防する体制を構築してきました。

ア、軽度痴呆早期発見事業として、65歳以上の高齢者は軽度痴呆健診を1年に1回受診するように啓発し、保健師訪問や専門医の巡回相談により軽度痴呆を早期発見できるように健診体制を整備する。また、住民や民生児童委員・健康推進員等の軽度痴呆に関する相談を在宅介護支援センターで受け付けられるように、相談窓口を充実します。

イ、軽度痴呆の重症化予防事業として、住民への痴呆に関する意識啓発、痴呆相談窓口の充実、軽度痴呆健診、軽度痴呆と診断された人たちへの保健予防型デイケアや訪問指導体制を充実します。

別紙 3

平成 15 年度脳の老化度判定相談実施要領

1. 目的

痴呆を早期に発見し、適切な相談や医療に結びつけることにより痴呆の進行や生活障害の出現等、要介護状態になることを予防する。

2. 対象者：(平成 14. 6 月 10 日現在水口町に住所を有する) 65 歳～79 歳

T 12. 4. 2～S 13. 4. 1 生まれの方

3. 実施方法と日程

《 実 施 方 法 》

①脳の老化度判定相談申込書を対象者に送付する
(骨粗鬆症健診対象者〔65～79歳〕と重複するため骨粗鬆症健診問診票と合わせて郵送)



②脳の老化度判定相談 申込み受付の実施

③結果通知 (訪問不要・要訪問)



④要訪問者に対し、保健師の家庭訪問実施



⑤要相談者に対し、痴呆相談の実施



⑥痴呆相談の結果、適切なサービスや医療につなぐ。
その後ケアマネジャーを確認後、フォローする。



⑦結果集計・分析

《 日 程 》

発送 月 日頃
(発送業務保健センター)

月 日 () 日 ()
日 () 日 () 日 ()
9 : 00 ~ 17 : 00

月上旬頃

月下旬以降

月上旬以降
(月 2 回 1 回 4 人)

3) 日課：

9：00～9：30	ミーティングおよび送迎
9：30～10：00	バイタルサインチェック
10：00～12：00	課題、休憩
12：00～13：30	昼食、休憩
13：30～15：00	課題
15：00～15：30	休憩、おやつ
15：30～16：00	送迎
16：30～17：00	ミーティング

*課題には集団プログラム、個別プログラムがある

評価指標：個人評価

プロブレムリスト 問題点・残存能力・家族の関わり

日常生活障害については軽度痴呆マニュアルの利用

事業評価

個別の評価の蓄積により評価する。

通所の決定等：

1) 通所の申請

専門機関において診断を受けた者で通所を希望する者は、扶養義務者が別紙様式1により在宅介護支援センターに申請する。

2) 通所の診査および決定

通所の申請を受けた在宅介護支援センターは、ケースカンファレンスにて、通所の可否を決定し、別紙様式2により通知する。

痴呆マニュアルに沿って、日常生活にどのように支障がでているか、趣味や以前好んでしていたこと、送迎時家族の有無、本人・家族の病状についての理解はどうか等について、地区担当保健師が事前に把握しておく。

3) 処遇検討

必要と思われるときは、地域ケア会議によって検討する。

費用： 事業費は水口町の予算（介護予防事業費）をもってあてる。

食事代等個人にかかる費用については実費徴収（700円）とする。

事業の記録：

デイケア参加申請書（様式1）

デイケア参加決定通知（様式2）

デイケア参加者申請受理簿（様式3）

個別記録票（様式4）

ミーティング記録票（様式5）

その他必要な記録を整備する。

別紙 5

介護予防 ミニサークル 実施要領

1. 目的

- ①障害や閉じこもりによるADLや生活意欲の低下を予防し、ねたきりや痴呆症など介護が必要な状態になる事を防ぐ。
- ②既存地区組織の活動の活性化を図る。
- ③介護予防のシステムを住民と一体となって作り上げる。

2. 年間内容

- ①各地区のミニサークルの開催（1～2回/月）
- ②1日交流会
- ③ボランティア研修会

3. ミニサークル参加対象者

- ①日常生活は自立しているが、軽度の障害をもつ高齢者
- ②特に障害はないが、地域の活動（老人クラブの集まりや旅行、ゲートボールなど）に参加せず自宅に閉じこもりがちな高齢者。
寝たきり度J-1、J-2および痴呆性老人の日常生活自立度I
(介護保険で要支援以上に認定されている方や、軽度痴呆教室、軽度障害リハビリ教室などの保健サービスを利用し専門的な関わりを必要とされる方は該当しない)

4. 運営主体

地域の自主組織（健康推進員、事業に関心のある人）

5. 開催場所および回数

地域の公民館で月1～2回程度

6. 内容

ゲームや軽運動・散歩・季節の行事・昔の歌など参加者とボランティアが意見を出し合い、それぞれの地域に応じた内容のレクリエーションを実施している。

7. 担当者

地区担当保健師、栄養士

8. 費用

参加者・ボランティアともに食事代やおやつ代は自己負担とする。
教材費・傷害保険等について、1回あたり3,500円の補助あり。

別紙 6

平成14年度ミニサークルボランティア講座日程表

日	時間	場所	内容	担当者
10 / 4 (金)	10 : 30 ~ 11 : 15	保健センター	介護予防の活動とは？	保健師
	11 : 15 ~ 12 : 00		ボランティアとしての心構え	
	13 : 30 ~ 15 : 30		痴呆について	医師
10 / 19 (土)	10 : 00 ~ 11 : 00	保健センター	老人の特徴・心理について	保健師
	11 : 00 ~ 12 : 00		障害老人へのかかわり方	
	12 : 00 ~ 13 : 00		休憩	
	13 : 00 ~ 16 : 00	社会福祉センター	障害老人へのかかわり方〔実技〕 (高齢者の疑似体験をしてみよう) (福祉用具を使ってみよう)	
10 / 25 (金)	13 : 30 ~ 14 : 30	保健センター	老人の食生活について	栄養士
	14 : 30 ~ 16 : 00		痴呆性老人へのかかわり方	保健師

滋賀県水口町における軽度痴呆 早期発見への取組み

堀井とよみ

昭和 62 年から痴呆対策を進めるなかで、軽度痴呆の初期兆候は、社会機能の低下や生活障害であることに気づき、これらを視点にした問診票を開発し、軽度痴呆スクリーニングが可能になった。一次スクリーニングは高齢者本人が記入する 20 項目と家族が記入する 15 項目からなり、二次スクリーニングは保健師の家庭訪問による聞き取り調査とした。保健師の聞き取り項目では、本人の訴える精神症状と家族の訴える活動性の変化に注意が必要である。

Key words : 軽度痴呆健診、保健師問診表、生活障害、家族、活動性

はじめに

水口町は滋賀県の東南部に位置する、人口約 38,000 人、高齢化率 15.5% の町で、昭和 62 年から痴呆性高齢者対策に取り組んできた。昭和 58 年の老人保健法の施行により、保健師が在宅療養者の全数訪問を実施したところ、痴呆性高齢者の在宅ケアで疲れはてている介護者の現状が浮き彫りになった。訪問を担当した保健師は重度痴呆高齢者介護が大きな問題であることに気づき、痴呆性高齢者ケアへの取組みが急務と考え、水口保健所の協力を得て対策を開始し、現在に至っている。

その結果、在宅の要介護痴呆性高齢者が減少し、軽度痴呆の早期発見が可能になり、現在は軽度痴呆の悪化予防を目的にしたデイケアと閉じこもり予防のミニサークルを推進している。

今回は、水口町のいままでの取組み経過をまとめ、社会機能低下と生活障害を視点にした軽度痴呆の発見方法について報告する。

1 軽度痴呆対策構築の経過

水口町を管轄する水口保健所で昭和 62 年から 5 年間、滋賀県のモデル事業として在宅老人生活実態調査⁴⁾が実施された。この事業に水口町も参画し、調査で発見された重度痴呆、中等度痴呆高齢者のフォロー策の一方法として保健予防型デイケア²⁾を開設してきた。このデイケアは家族と連絡を取り合い、参加者の問題行動や精神症状が家庭内でも少なくなる働きかけをするデイケアとして運営し、医療機関で実施するデイケアと区別するため、保健予防型デイケアと名づけた。

調査やデイケア実施とあわせて、住民に痴呆に関する知識の普及啓発を積極的に実施してきたところ、住民から早期に軽度痴呆を発見してほしいという要望がだされ、軽度痴呆スクリーニング用問診票の開発へとつながった。

水口保健所の在宅老人生活実態調査で使用していた調査票を再検討して、脳の老化度判定相談（以下、軽度痴呆健診）用問診票（表 1）を一次スクリーニング用紙として使用し、保健師の訪問時使用する保健師

表1 脳の老化度判定相談申込書および問診票

住 所	世帯コード	個人コード
世帯主 氏 名	様	
該当者 氏 名	様 男・女	

下の太枠内をご記入のうえ以下の質問にお答えください。また該当するものに○をつけてください。

生年月日	大・昭 年 月 日生	歳	TEL
------	------------	---	-----

問1 この質問についてはご家族がご本人の様子についてお答えください。
(当てはまるほうに○印をつけてください)

1	何事にも関心を示さずぼんやりしていることが多くなった	→	1	いいえ	2	はい ₂
2	訳のわからない独り言をブツブツと言うようになった	→	1	いいえ	2	はい ₇
3	以前に比べ、身だしなみが無頓着になった	→	1	いいえ	2	はい ₂
4	以前に比べ、ひがみっぽくなった	→	1	いいえ	2	はい ₆
5	物事に集中力がなくなり飽きっぽくなった	→	1	いいえ	2	はい ₃
6	日付や曜日をまちがえることが目立ってきた	→	1	いいえ	2	はい ₁
7	以前に比べ、日常的なことでもすぐに決められなくなってきた	→	1	いいえ	2	はい ₅
8	暗く沈んだ表情をしていることが多い	→	1	いいえ	2	はい ₅
9	不安そうな表情をしている	→	1	いいえ	2	はい ₄
10	ちょっとしたことですぐに気分が変わることがある	→	1	いいえ	2	はい
11	物の置いた場所を忘れるようになった	→	1	いいえ	2	はい
12	ここ数日のことでも忘れるようになった	→	1	いいえ	2	はい
13	体の異常（頭痛、下痢、むかつき、動悸など）がある	→	1	いいえ	2	はい
14	「がん」等の重い病気にかかっていると心配するようになった	→	1	いいえ	2	はい
15	「お金がなくなって生きていけなくなった」と言い切るようになった	→	1	いいえ	2	はい

問1でご家族が記入できない場合どなたが記入されましたか

続柄 ()

問診票（表2）を二次スクリーニング用紙として使用した。これらの問診票は、水口保健所と京都府立医科大学の協力により、保健師が使用できるように開発された。

その後、表1の問診票を使用した軽度痴呆健診で発見された軽度痴呆高齢者のフォローの場としての軽度痴呆高齢者用デイケアや閉じこもり予防のミニサークルの開設へと結びついている。

これらの事業の実施経過を水口町痴呆対

策の年次推移（表3）に示す。

2 早期軽度痴呆対策の実際

1. 評価尺度

軽度痴呆健診では、次のような評価尺度を使用した。

- 1) 痴呆による生活障害の程度を表す評価尺度表軽度痴呆健診では、痴呆の重症度を社会機能と生活障害の視点から分類し、

表1 (つづき)

問2 この質問についてはご本人がお答えください
(当てはまるほうに○印をつけてください)

1	朝早く目がさめたり、なかなか寝つけないことが多くなった →	1	いいえ	2	はい
2	睡眠薬や精神安定剤などの薬を飲んでますか →	1	飲んでない	2	飲んでる
3	アルコール類を毎日飲みますか (ビール3本、日本酒3合、ウイスキーダブル3杯に相当) →	1	いいえ	2	はい
4	尿を漏らすことがありますか →	1	いいえ	2	はい

問3 この質問についてはご本人がお答えください
(当てはまるほうに○印をつけてください)

質 問		答 え	
1	このごろ自分の意思が通らないとすぐに腹が立ちます	1. はい	2. いいえ
2	どんなに悲しいことがあっても涙をこらえます	3. はい	4. いいえ
3	このごろ仕事に根気がなく、集中力に欠けています	5. はい	6. いいえ
4	大切なものは自分でかたづけ、必要なときにはいつでも使えます	7. はい	8. いいえ ₂
5	若いころから人に嘘をついたことはありません	9. はい	10. いいえ
6	このごろ買い物で勘定をまちがえることが多くなりました	11. はい	12. いいえ
7	人に近所の道を尋ねられたら正確に教えられます	13. はい	14. いいえ ₂
8	このごろ簡単な質問にも返事に戸惑うことがあります	15. はい	16. いいえ
9	大切なことはすぐにてきばきと片付けます	17. はい	18. いいえ
10	下品な冗談を面白いと思ったことはありません	19. はい	20. いいえ
11	重大なことは家族の意見に素直に従います	21. はい	22. いいえ
12	このごろ近所の不幸を聞くだけでもすぐに涙がでます	23. はい ₄	24. いいえ
13	時間の経つのもわからないほど、物事に熱中します	25. はい	26. いいえ
14	このごろ物を置き忘れることが多くなりました	27. はい ₃	28. いいえ
15	不正な方法でお金をもうけたいと考えたことはありません	29. はい	30. いいえ
16	簡単な計算 (23+12 など) は暗算でもやれます	31. はい	31. いいえ
17	このごろ外出して道に迷うことがあります	33. はい ₂	34. いいえ
18	日常に起きる問題は簡単に対処することができます	35. はい	36. いいえ
19	このごろ簡単な用事でも面倒に思います	37. はい	38. いいえ
20	小便や大便をもらすことがあります	39. はい ₅	40. いいえ

問2・問3で本人が記入できない場合どなたが記入されましたか

続柄 ()

前痴呆、軽度、中等度、重度、最重度とし、
軽度～最重度までを痴呆としている。

生活障害を考慮した痴呆評価尺度表 (表4、

以下、痴呆尺度表) の作成にあたっては、
柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」や厚生
省基準との関係を考慮しながら、DSM-III-

表2 保健師問診票

保健師問診票					平成 年 月 日
本人項目：最近1か月について本人から聴取					
氏名	男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)				
住所	水口町				電話 ()
A. 身体					
1) 疼痛	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
	強度	a	b 生活可能	c 生活支障	
	部位：				
2) 失神	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
3) めまい	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
4) 疲労感	強度	a なし	b 生活可能	c 生活支障	
5) 食欲不振	強度	a なし	b 体重軽減	c 体重減少	
6) 耳鳴り	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
7) しびれ	強度	a なし	b 生活可能	c 生活支障	
8) 肩こり	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
9) 便秘	頻度	a なし	b 毎週	c 毎日	
B. 精神					
1) 集中困難	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
2) 希望喪失	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
3) 孤独感	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
4) 不眠感	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
5) もの忘れ	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
6) 短期	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
7) 不安気分	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
8) 幻覚妄想	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
9) 爽快気分	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
10) うつ気分	a	なし	b 自覚	c 生活障害	
C. 全体					
1) 自己評価	a	適切	b 不適切	c 不能	

-RのAxisV¹⁾の社会機能評価を参考にして、心理的、社会的機能と痴呆としての精神症状や行動異常の側面から生活障害を中心にした痴呆尺度表を作成した。

2) 立体失認検査による評価尺度

直方体模写検査を実施し、例示どおり模写した場合を1、少し平面的な場合は2、平面的模写の場合は3とした(図1)。

2. 早期軽度痴呆対策の概要

別紙1(P139)に示したとおり、地域住民への意識啓発を実施したあとの軽度痴呆発見の流れは、2種類ある。

1つ目の流れは65～79歳の高齢者全員に前述の一次スクリーニング用の軽度痴呆

健診用問診票(表1)を配布し、希望者が保健センターへ申し込むものである。

もう一方の流れは、家族や利用者が相談をしたいときに保健センターへ相談できるように設定したもので、使用する問診票等はまったく同一である。こちらは、いっせいに問診票を配布するのではなく、随時相談を受け付ける流れである。

いずれの流れにしても、受け付けた軽度痴呆健診用問診票を保健師が再チェックし、家族記入欄の問1の合計が11点で、かつ問3の本人記入項目が3点以上の人、または本人項目で尿失禁の訴えのある人³⁾を保健師の訪問対象とする。

表2 (つづき)

保健師問診票			
			平成 年 月 日
家族項目：最近1か月における老人の状態を家族（単身であれば本人）から聴取			
氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日（歳）
住所 水口町		電話（ ）	
回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
A. 規則性			
1) 就床時刻	a 規則的	b 遅延	c 不規則
2) 起床時刻	a 規則的	b 遅延	c 不規則
3) 朝食時刻	a 規則的	b 遅延	c 不規則
4) 昼食時刻	a 規則的	b 遅延	c 不規則
5) 夕食時刻	a 規則的	b 遅延	c 不規則
B. 強調性			
1) 不平不満	a なし	b 月	c 週
2) 口論抗争	a なし	b 月	c 週
3) 器物破損	a なし	b 月	c 週
4) 対人障害	a なし	b 月	c 週
5) 優柔不断	a なし	b 月	c 週
6) 独断専横	a なし	b 月	c 週
7) 干渉妨害	a なし	b 月	c 週
C. 活動性			
1) 社交交際	a 週	b 月	c なし
2) 家族対話	a 週	b 月	c なし
3) 趣味娯楽	a 週	b 月	c なし
4) 外出旅行	a 週	b 月	c なし
5) 団体活動	a 週	b 月	c なし
6) 個人活動	a 週	b 月	c なし
D. 自立性			
1) 着衣脱衣	a 独立	b 不完全	c 援助
2) 衣服選択	a 独立	b 不完全	c 援助
3) 衣服購入	a 独立	b 不完全	c 援助
4) 肉食行為	a 独立	b 不完全	c 援助
5) 外食行為	a 独立	b 不完全	c 援助
6) 排泄行為	a 独立	b 不完全	c 援助
E. 機能性			
1) 起立歩行	a 独立	b 不完全	c 援助
2) 用手作業	a 独立	b 不完全	c 援助
3) 体操労働	a 独立	b 不完全	c 援助
4) TV新聞	a 独立	b 不完全	c 援助
5) 電話会話	a 独立	b 不完全	c 援助

表1の問1、3の回答欄に記入されている数字は、滋賀県モデル事業で使用したアンケート用紙の項目と痴呆と診断された人との関係の有意性を検討し、つけられた付加点数である。

保健師訪問対象として選ばれた受診者に対しては、保健師が家庭訪問し、保健師問診票（表2）に基づいて聞き取り調査を行う。この訪問では、保健師の熟練度に左右されることのないように、あらかじめ作成して

表3 水口町痴呆対策の年次推移

年次	昭和				平成														
	56 ~59	59 ~62	62	63	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13~		
訪問指導	—————																		
意識啓発			—————																
水口保健所在宅老人生活実態調査			—————																
水口保健所老人心の相談			—————																
水口町在宅老人生活実態調査				—————															
水口町早期痴呆健診									—————										
ボランティア講座				—————			—————				—————								
重度痴呆デイケア(デイA)			—————																
中等度痴呆デイケア(デイB)				—————															
軽度痴呆デイケア(デイC)									—————										
ヘルパー派遣(滞在型)									—————										
ヘルパー派遣(巡回型)									—————										
デイサービスB型開所									—————										
デイサービスE型開所										—————									
ショートステイミドルステイ								—————											
特別養護老人ホーム開設								—————											
委託在宅介護支援センター開所								—————											
町立在宅介護支援センター開所									—————										
滞在型訪問看護								—————											
24時間型訪問看護									—————										
老人保健施設開設								—————											
基幹型在宅介護支援センター																—————			
ミニサークル													—————						

表4 生活障害を考慮した痴呆評価尺度表 (DSM- III -RのAxis Vの応用)
 痴呆という知的機能の低下から起こる生活障害を心理的、社会的機能の側面を考慮しながら評価する。

	コード	痴呆としての精神症状 または行動異常	社会機能	DSM- III -R 該当診断基準項目 との対比	柄澤式 との対 比	厚生省 基準と の対比
前 痴 呆	90～81	まったくないか、ほん の少しだけ(軽い不安)	広範囲の活動に興味あり 参加社交性あり	器質性不安症候群 の一部	ぼけ なし	0
軽 度	80～71	症状があっても、心理 的社会的ストレスに対 する一過性で予期され る反応 (けんか後の集中困難等)	ごくわずか不十分な点 がある。(行事参加等 のとき、少しおくれを とる ＝集団に少しなじめない)	痴呆 仕事や社会的活動 は明らかに障害さ れているが、独立 して生活する能力 は残っており、十 分に身のまわりの 始末をし、判断も 比較的損なわれて いない	軽 度	I
	70～61	2、3の軽い症状がある。 (抑うつ気分と軽い不眠症)	いくらかの障害がある 対人関係は保っている			I
中 等 度	60～51	中等度の症状 (感情を表出せず、会 話がまわりくどい)	近所や仲間との対人 関係が保てなくなっ てきている (近所や同年齢の人 との交流が少ない)	痴呆 独立して生活す ることは危険で、 かなりの程度監 督が必要である	中 等 度	II
	50～41	重大な症状 徘徊や不潔行為 (自殺の考え、強迫 的儀式等)	近所や仲間との交 流はほとんどない			II
	40～31	現実吟味か意思伝 達にいくらか欠陥 (会話は時々、非理 論的、 あいまい、関係性 がなくなる)	家族関係が保てな くなる (嫁に攻撃的にな る)			III
重 度	30～21	行動は妄想や幻覚 等に相当影響され ている。または意思 伝達が判断に粗大 な欠陥あり (時々、支離滅裂)	一日中家で過ごし 、コミュニケーション がとりにくい。 一日中なにもする ことがなく ボーッとしている	痴呆 日常生活の活動 性は非常に障害 されており、た えず監督が必要 である 例：最低の身の 回りの始末もで きない	高 度	III
	20～11	自己または他者を 傷つける危険性 かなりあり (自殺企図、暴力、 興奮等)	ほとんどコミュニ ケーションがと れない 最低限の身の 清潔が保てない 時が多い			IV
最 重 度	10～1	自己または他者を 傷つける危険性 が続いている (何度も暴力を振 るう)	まったくコミュニ ケーションがと れない 最低限の身の 清潔が保てない ことが持続して いる		最 高 度	M

柄澤式；柄澤式「老人知能の臨床的判断基準」

いる聞き取りマニュアルに従って聞き取り
を行う。

保健師訪問において、本人項目の「A身
体症状の項の回答にcが1個でも含まれて
いれば」また、「B精神症状の項では、b以
上が1個あれば」⁵⁾ 巡回相談の受診対象と
した。

保健師問診票の家族用質問項目について
は、前述のような基準は設定していないが、「家

族から、本人が自力で生活できない」ある
いは、「2～3か月前と比較すると生活に大
きな変化がある」と訴えた場合などは、必
ず巡回相談を受診するようすすめている。

巡回相談は精神科医が担当し、痴呆の有
無をDSM- III -Rに基づいて診断し、その
程度を前述の痴呆尺度表(表4)に従って
判断する。その後、必要なケアについて本
人と家族、保健師・ケアマネージャー等と

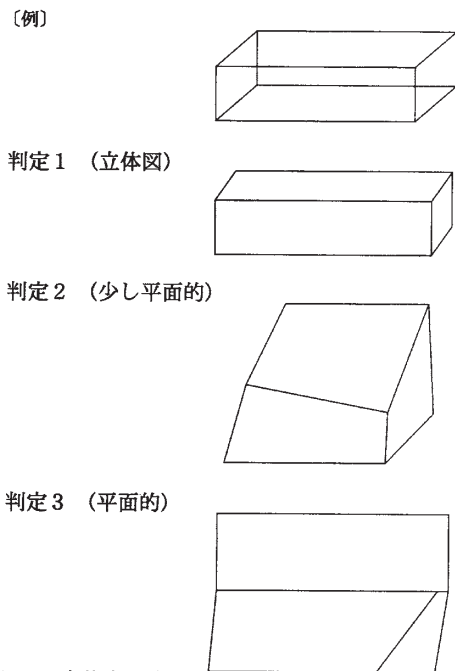


図1 立体失認検査

検討する。また、医療が必要な場合は、巡回相談担当医師が、適切な医療機関を紹介し、受診へとつないでいる。

巡回相談受診時に、すでに他の疾患で医療機関を受診していて主治医のある場合は、巡回相談受診について主治医の了解を必ず取りつけるようにしている。受診結果については、巡回相談担当医から主治医へ文書で結果を回答している。

今回の報告では、利用するサービスの詳細については省略する。

③ 軽度痴呆健診実施結果および考察

平成9年度から13年度の5年間の軽度痴呆健診の実施結果を表5に示した。なお、健診対象者の65～79歳人口では、前年度中に痴呆と診断を受けている人を対象から除外した数である。

1. 平均受診率

5か年の痴呆健診平均受診率は、対象年齢高齢者数の5.2%で、健診受診者のうち保健師訪問対象者は16.2%であった。保健師は対象者に対して83.3%の訪問を実施した。

訪問を受け入れた高齢者が巡回相談を受診した率は86.7%で、痴呆と診断された人

が、65～79歳の全高齢者の4.5%であった。

また、5年間の巡回相談で痴呆と診断された高齢者49人中軽度痴呆と診断された人は、34人で69.4%となっている(表6)。

2. 本人が訴える症状と軽度痴呆の関係

保健師問診票の聞き取り項目のうち、本人が訴える症状と軽度痴呆との関係を身体症状については表7に、精神症状については表8に示した。

身体症状の有無と痴呆について明らかな関係はみられなかったが、精神症状について、「時々ありが3個以上または毎日ありが1個以上ある場合」は軽度痴呆と診断される確率が高かった。

3. 家族項目

保健師訪問の家族項目では、家族から高齢者の状態を聞き取っている。最近の1か月間、ほとんど活動性がないと回答した家族は、巡回相談受診者131人中79人(60.0%)となっている。また、痴呆と診断された49人中27人(55.1%)が活動性の変化を訴えている(表9)。

4. 痴呆評価スケールと軽度痴呆の関係

長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)と軽度痴呆の関係を表10に、立体失認検査と軽度痴呆の関係を表11に示した。HDSで21点以上の得点者のなかに、痴呆性高齢者が28人(33.7%)含まれ、また、立体失認検査でも正確に描ける人のなかに痴呆性高齢者が24人(28.29%)含まれていた。

今回報告した水口町のいままでの取組みから考えられることは、医師や医療関係者が不足する地域で軽度痴呆を発見しようとしたときに、保健師等には本人の訴えと軽度痴呆とを関連づけて聞き取る能力が必要であり、この力量をつけることで軽度痴呆になるリスクを多く抱える高齢者のスクリーニングが可能になると考えている。

軽度痴呆は、HDSや立体失認検査だけに頼ることなく、本人の訴えや家族が気づく社会機能の変化や生活障害に視点をあてることで、スクリーニングが可能であると

の示唆を得た。

まず、いままで本人の訴える精神症状の項目に「時々ありが1項目でもあった場合」、巡回相談の対象として受診をすすめていた。しかし、今回の結果から、本人の訴えの頻度が増えるまで保健師が責任をもって経過観察をすることも可能であると考えている。定期的にコミュニケーションをとることにより、本人の訴えや変化を早期に把握できれば、その時点で専門医受診を促し、軽度痴呆の早期発見も可能であると考えている。

また、家族の訴えの項目中の活動性の低下に着目する必要がある。巡回相談受診者の60.0%に活動性の低下がみられることから、たとえ痴呆と診断されなくても、社会性の低下が起これば、孤立して痴呆発症を誘発することが推測できる。そこで地域保健で介護予防の担当者は、家族が活動性の低下を訴えている場合は痴呆の有無にかかわらず、介護予防ケアマネジメントを考える必要がある。

表5 軽度痴呆健診結果

項目			平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	5年平均
	人口	A	36,492	36,790	37,133	37,412	37,618	
	65歳以上人口	B	5,126	5,288	5,632	5,583	5,661	
	高齢化率(%)	B/A	14.0	14.4	14.9	14.9	15.0	
	65～79歳人口	C	4,065	4,169	4,375	4,381	4,491	4,269
	在宅中等度・重度痴呆老人数	D	67	98	83	83	74	81
	軽度痴呆健診受診者数	E	216	233	248	209	205	222
再掲	受診率(%)	E/C	5.3	5.6	5.7	4.8	4.6	5.2
	男性		98	108	107	95	101	102
	女性		116	125	141	114	104	120
	保健師訪問対象者数	E	34	24	28	39	55	36
	保健師訪問数	G	32	20	25	30	43	30
	訪問率(%)	G/F	94.1	83.3	89.3	76.9	78.2	83.3
	巡回相談受診数	H	30	16	21	25	39	26
	巡回相談受診率(%)	H/G	93.8	80.0	84.0	83.3	90.7	86.7
	痴呆発見数	I	8	7	10	6	17	10
	痴呆発見率(%)	I/E	3.7	3.0	4.0	2.9	8.3	4.5
保健師訪問に対する痴呆発見率(%)	I/G	25.0	35.0	40.0	20.0	39.5	33.3	
巡回相談受診者に対する痴呆発見率(%)	I/H	26.7	43.8	47.6	24.0	43.6	38.5	

表6 巡回相談結果

痴呆老人	平成9年度		平成10年度		平成11年度		平成12年度		平成13年度		総数		総計
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
正常範囲内	6人	15人	4人	5人	4人	7人	5人	14人	15人	7人	34人	48人	82人
軽度	3	5	6	1	4	1	2	0	3	9	18	16	34
中等度	0	0	0	0	3	1	1	2	3	2	7	5	12
重度	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	3
総数	9人	21人	10人	6人	11人	10人	9人	16人	21人	18人	61人	70人	131人

表7 保健師訪問時間診断項目の身体症状の訴えと痴呆の有無

	0	1	未把握	総計
正常範囲内	33人	48人	2人	83人
軽度	18	16	0	34
中等度	7	4	1	12
重度	2	0	0	2
総数	60人	68人	3人	131人

0:全項目について、まったくなしか時々ありのいずれか場合

1:毎日ありの項目が1個以上ある場合

2:全項目が毎日ありの場合

4 軽度痴呆高齢者デイケアと閉じこもり予防のミニサークル実施結果および考察

軽度痴呆高齢者デイケアの実施状況を表12に、閉じこもりがちな高齢者の出かける場として開設しているミニサークルの実施状況を表13に示した。

水口町では、軽度痴呆健診や随時相談で軽度痴呆と診断を受けた人に、本人の意思を尊重しながら保健予防型デイケアへの参加を促している。

また、以前から趣味の教室などに参加している人は、欠席状態にならないように、担

表8 保健師訪問時間診項目の精神症状の訴えと痴呆の有無

	0	1	2	未把握	総計
正常範囲内	13人	68人	0人	2人	83人
軽度	4	9	21	0	34
中等度	2	2	7	1	12
重度	0	0	2	0	2
総数	19人	79人	30人	3人	131人

0;全項目について、まったくなしの場合
 1;時々ありが3個未満の場合
 2;時々ありが3個以上または毎日ありが1個以上ある場合

表9 家族が気づいた高齢者の活動性の変化

	0	1	2	未把握	総計
正常範囲内	15人	18人	52人	13人	98人
軽度	0	4	15	0	19
中等度	0	0	11	2	13
重度	0	0	1	0	1
総数	15人	22人	79人	15人	131人

0;全項目について、まったくなしの場合
 1;bが1個以上ある場合
 2;cが1個以上ある場合

表10 長谷川式簡易知能評価スケールと軽度痴呆

	21点以上	20点以下	未検査	総計
正常範囲内	55人	15人	12人	82人
軽度	25	9	0	34
中等度	3	7	2	12
重度	0	2	1	3
総数	83人	33人	15人	131人

当保健師が、経過を見守っている。

軽度痴呆健診で、軽度痴呆高齢者や痴呆予備軍の閉じこもり高齢者を発見したあとのフォローが重要と考え、実施している。巡回相談で痴呆と診断されなかったが、社会的な機能が低下している人には、住み慣れた地域で開催されている、閉じこもりがちな高齢者の集う場としての「ミニサークル」への参加をよびかけている。

ミニサークルは平成9年度から開始したボランティアが中心になって開いている集いであるが、開設して軌道に乗るまでは毎回、保健師が支援し、ボランティアで運営でき

表11 立体失認検査(直方体模写)と軽度痴呆

	正確に できる	やや 平面的	やや 平面的	未検査	総計
正常範囲内	59人	4人	4人	15人	82人
軽度	17	3	1	13	34
中等度	6	1	1	4	12
重度	1	0	1	1	3
総数	83人	8人	7人	33人	131人

るようになれば、1年に3～4回、保健師がミニサークル対して支援している。現在もあらたな開設地域が増えてきている。しかし、現時点では、軽度痴呆デイケアとミニサークルについて参加者の評価や事業評価を行っていない状況である。

軽度痴呆高齢者への早期ケアについては、全国各地で徐々に開始され、その評価についての試みもなされているので、水口町においても早急に取り組むことを考えている。

5 今後の課題

以上、水口町での取組みについて述べた。軽度痴呆発見と予防への取組みは介護予防対策の重要課題であるにもかかわらず、専門医の確保や発見の手法が確立できていないという理由で、地域保健関係者の取組みが遅れていることは残念である。

地域保健関係者に求められている力量は、痴呆と診断する医師のような判断力を求められているのではなく、生活障害をとらえる視点であり、家族が気づいた社会機能の変化を保健師の力量でとらえることと考えている。

保健師活動は、地域社会で生活する高齢者が、社会機能を低下させることなく生活が維持できるように支援することであり、そのために、生活障害を惹起するリスクをもつ人たちを早期に発見し、生活障害を起こさないよう、あるいは惹起するスピード

表12 軽度痴呆高齢者デイケア実施状況

	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	5年平均
開催回数	36	39	39	30	43	37.4
参加者実数	2	9	6	6	8	6.3
参加者延べ数	4	109	160	110	212	119

表13 ミニサークル実施状況

	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	5年平均
開催回数	14	101	179	262	288	169
参加者延べ数	70	546	1068	1608	1908	1040

が少しでもゆるやかになるように支援していくことであると考えている。

今後、地域で、軽度痴呆対策を介護予防事業として取り組む場合の留意点を以下に列挙する。

(1) 地域住民へ、軽度痴呆についての正しい知識普及し、生活障害に目を向けるよう、意識啓発すること。

(2) 保健・医療・福祉関係者が軽度痴呆について正しい知識をもち、相談を担当した場合、老化現象による症状や行動と安易に判断しないこと。

(3) 地域で軽度痴呆を発見するためには、明らかな痴呆症状が出現するまでに起こる前兆としての生活障害を発見できるスクリーニング用紙を開発したり、既存のシートでもその有効性を検証したうえで、使用方法をマスターしたメディカルスタッフを確保すること。

(4) 軽度痴呆と診断できる医師の確保に努力すること。

(5) 発見した軽度痴呆高齢者の悪化防止のための受け皿もあわせて考えておく必要がある。

軽度痴呆の場合は、綿密な観察と微妙な変化をとらえられる専門スタッフの確保が必要である。現在地域では、多種多様な職種が痴呆性高齢者にかかわっているが、軽度痴呆に限定していえば、スタッフのなかに必ず軽度痴呆対応研修を終了し経験を積んだスタッフを確保し、その人を中心にチームケアを提供するようにすることである。

おわりに

水口町で痴呆対策を開始してから約15年を経過して、ようやく痴呆の予防対策から重度痴呆のケア体制まで整備することができた。痴呆対策は保健・医療・福祉関係者の努力の積み重ねのなかにその成果が得られることを実感している。水口町の痴呆対策は、取組み当初から専門医であり、公衆衛生医である元水口保健所長の辻元宏先生の指導をはじめとして、甲賀郡医師会や水口町内福祉施設の協力により実施できたものと感謝している。

また、今回の報告が、これから取組みを開始しようとする地域、あるいは開始したが行き詰っている地域の人の参考になることを願っている。

別紙 8

軽度痴呆高齢者デイケア及びミニサークル実施状況

年 度	平成 9 年度	平成 10 年度	平成 11 年度	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度
開 催 回 数	36	39	39	30	43	42
参加者実数	2	9	6	6	8	11
参加者延数	4	109	160	110	212	250

平成 14 年度参加者一覧表

参加者番号	性 別	生 年	痴呆ランク	ねたきりランク	参加の原因疾患
1	女	T 5	II b	J - 2	器質性感情症候群
2	女	S 7	II a	J - 2	感情障害 軽度痴呆
3	女	T10	II b	自立	器質性妄想障害 軽度痴呆
4	女	T11	I	自立	器質性感情障害
5	女	T11	II b	J - 2	器質性感情症候群
6	男	S 8	II a	自立	特定不能の老年期痴呆 軽度痴呆
7	女	T10	II b	自立	軽度痴呆
8	女	S 4	I	自立	器質性妄想障害 軽度痴呆
9	女	T 6	II a	J - 2	アルツハイマー型痴呆 初期軽度
10	女	S 5	II a	自立	器質性不安障害 軽度痴呆 性格変化
11	女	T12	II a	自立	器質性脳症候群 脳動脈硬化性軽度痴呆

介護予防ミニサークル実施状況

年度	平成 9 年度	平成 10 年度	平成 11 年度	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度
開 催 回 数	14	101	179	262	288	235
参加者延数	70	546	1068	1608	1908	1709

別紙 9

ねたきりと痴呆予防を考えるつどい開催要領

1. 目的

日頃の水口町の保健・福祉・医療の実践活動をふまえて、ねたきりや痴呆予防を推進するために果たす行政の役割と住民の役割について考える。

2. 今回の目標

- ①健康な老後を過ごすために住民として何ができるかを考える機会とする。
- ②ミニサークル活動を行っていない地域で、この活動をやってみたいというボランティアの声が1つでも多くあがる。シンポジウム開催後、5か所以上、新しい場所ができるようになる。(前年度開催後は5か所増)
- ③介護予防ミニサークルの既存地域の参加者がアイデアを出し合い、交流することにより今後の活動に活かせるようになる。

3. 対象者

水口町住民

4. 主催

水口町

5. 開催日時及び場所

平成 年 月 日 () 13:00 ~ 16:30

水口町立碧水ホール

6. 日程・内容

- ① 13:00 ~ 13:05 開会
- ② 13:05 ~ 13:15 あいさつ 水口町長 西川勝彦
- ③ 13:15 ~ 13:30 ねたきり予防の標語・ポスター表彰
水口町長 西川勝彦
- ④ 13:30 ~ 15:00 基調講演
テーマ「ねたきりと痴呆予防活動をすすめる住民と行政の役割」
講師：東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
地域看護学分野 教授 村嶋幸代 先生
- ⑤ 15:00 ~ 15:15 休憩
- ⑥ 15:15 ~ 16:30 ミニサークルボランティアスタッフによる講習会

7. 周知方法

- ①お知らせみなくち、有線、水口テレビ(文字放送)、新聞社への情報提供
- ②各種団体(老人クラブ会長・民生委員児童委員・主任児童委員・区長)代表者への通知
- ③ミニサークル参加者、ボランティアスタッフへの通知
- ④保健センターで活動している自主グループ等各種教室生への通知
- ⑤健康推進員・健康推進員退職者への通知
- ⑥ねたきり・痴呆をかかえる家族の会への通知
- ⑦介護保険サービス事業者への通知
- ⑧甲賀郡内の各市町村・甲賀地域振興局への通知
- ⑨ポスター掲示(各医療機関、甲賀地域振興局、各公民館、水口町役場、水口町社会福祉協議会、保健センター)

事業別財源確保の年次推移

事業名	昭和62年	昭和63年	平成2年	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度～
保健師訪問	老人保健事業費									↑	在宅介護支援センター費
意識啓発	老人保健事業費						↑	地域保健推進特別事業費	↑	老人保健健康増進事業費	介護予防費
早期軽度痴呆健診				国保健康増進事業費						↑	介護予防費
重度痴呆ケア	大阪ガス福祉事業団補助金	老人保健事業費								↑	介護保険事業費
中等痴呆ケア			デイサービスセンター事業費							↑	介護保険事業費
軽痴呆ケア					国保健康増進事業費	↑	老人保健事業費			↑	介護予防費
ミニサークル								地域保健推進特別事業費	↑	老人保健健康増進事業費	介護予防費
ボランティア講座								地域保健推進特別事業費	↑	老人保健健康増進事業費	介護予防費
介護予防シンポジウム									老人保健事業費	↑	介護予防費

在宅介護支援センターの取り組み事例1

記載機関：芦ノ牧在宅介護支援センター

1(1) 芦ノ牧在宅介護支援センター機関の沿革・概要

会津若松市の中心部から南へ車で約25分の所に位置する、山と緑に囲まれた芦ノ牧温泉郷の高台に地域型の芦ノ牧在宅介護支援センターがある。設置母体の財団法人竹田綜合病院の附属病院である芦ノ牧温泉病院の中に、市内5番目の在宅介護支援センターとして平成10年5月に開設した。その後、同じ芦ノ牧に同母体の介護老人保健施設エミネンス芦ノ牧が平成12年8月に開設したのを機に、エミネンス芦ノ牧内に在宅介護支援センターを移し、現在に至る。

同じ設置母体の竹田在宅介護支援センター（平成5年1月開設 地域型）と連携を図りながら、広く会津若松市民の総合相談窓口として事業を展開している。

(2) 入所、対象者数の概況について（平成15年4月現在）

入所、対象人口(A)	高齢者人口(B)	うち後期高齢者人口(C)	高齢化率(B/A)	痴呆性高齢者数(人)(%)	寝たきり老人数(人)
116,023	24,284	10,712	20.93		301

要介護認定者数（申請）者数（人）

申請中	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3
		371	1,199	681	405

要介護4	要介護5	計
361	354	3,371

○痴呆予防対策事業の協力機関となりうる組織、団体（組織、団体数、人員数等）

会津若松市役所 会津保健福祉事務所 民生委員 老人福祉相談員 保健協力員
健康づくり推進員 呆け老人を抱える家族の会

○痴呆予防事業の拠点となりうる場所（カ所数）とその実施状況

2 痴呆予防事業等関係機関体系図及び事業

成年後見制度利用支援事業（会津若松市）

3 痴呆予防事業の実施状況

(1) 痴呆予防事業の実施経緯：

--

(2) 痴呆予防事業の実施状況

事業名	対象者の把握 (実態把握の方法)	事業の周知方法	サービスの提供状況、実施回数等実	他機関との連携

4 痴呆予防に係る事業の実践事例 痴呆になっても安心して暮らせる町づくりの実際 権利擁護の相談窓口 ～あいづ安心ネット活動報告～

(1) はじめの一步

「問題発見の窓口」在宅介護支援センターとして

在宅介護支援センターの主な業務は、在宅で何らかの支援を必要とする高齢者や障害者及びその家族の方々への相談援助が主である。また、要援護高齢者等の心身状況又はその家族の状況等の実態把握事業や自立支援のための介護予防事業も業務の一つとしてある。

相談に至るまでの経路はどうあれ、地域の高齢者や障害者宅を訪問してみると、表面化していない隠された様々な問題を抱えた困難事例に直面することが少なくない。中でも対処の難しい問題が痴呆性高齢者の権利侵害や財産管理に関するものである。判断能力の衰えた、自己決定の困難な一人暮らしの高齢者の生活をどう守るか？

在宅介護支援センターの介入だけでは解決できないこの問題に対し、高齢者サービス調整チーム会議で問題を取り上げ議論し、問題発見⇒相談⇒解決できる権利擁護のシステムの必要性を感じ始めたのである。

(2) そのとき在宅介護支援センターが動いた！

「あいづ安心ネット」の誕生

平成12年4月介護保険制度施行と共に、痴呆性高齢者や知的障害者などいわゆる社会的弱者と言われる人たちを法的にサポートする制度として「新しい成年後見制度」がスタートすることとなり、これからますます契約や自己選択による自己決定の機会の増える高齢者に対し、必要とする人には何とかこの新しい制度を有効に活かせるようにしたい。そのためには、地域の身近なところで相談にのれる人材や窓口が必要だ。地域システムづくりも在宅介護支援センターの役目と考え、竹田在宅介護支援センター・芦ノ牧在宅介護支援センターの武田由美子センター長が中心となり有志の集まりを呼びかけた。

- ①まずは関係者から
- ②各職種の主要となる人には声をかける
- ③職種の領域に偏りがないように
- ④痴呆性高齢者の問題に携わる人で関心のある人なら誰でも

その結果、在宅介護支援センター職員の他、医師、司法書士、大学教授、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーなどが結集し、同年4月「あいづ安心ネット」という権利擁護のシステムを考える有志の集まりが誕生した。

- | | |
|--------|-----------------------|
| ①発足日 | 平成12年4月29日 |
| ②名称 | 「あいづ安心ネット」 |
| ③会員数 | 30名 |
| ④定例会日時 | 毎月第2月曜日 PM6:30～PM8:30 |
| ⑤年会費 | 1,000円 |

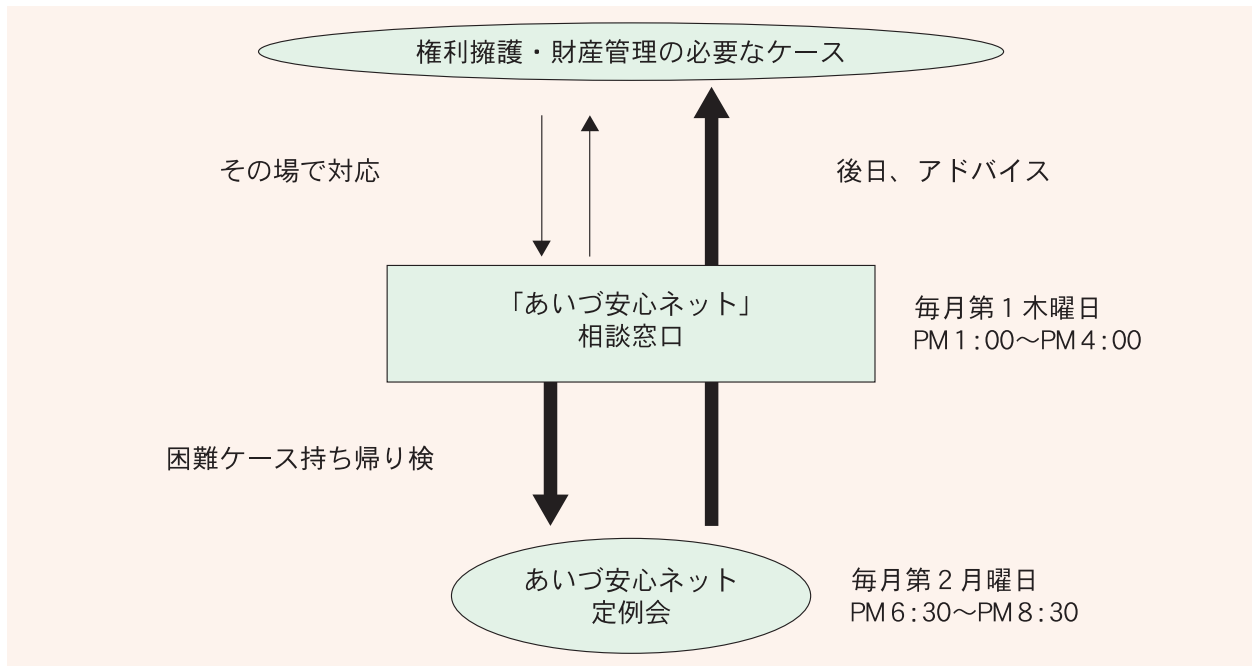
権利擁護とはいえ、まずは自分たちメンバーがこの新しい制度、成年後見制度をよく熟知しなければ当事者の相談にのることなんかできないと考え、定例会日には制度を勉強することから始めた。毎月、メンバーの各々が問題を抱えている事例を持ち寄り、問題の解決方法はもちろん、事例を通して成年後見制度や権利擁護の視点についても学んでいった。

(3) ついにデビュー！

市民の相談窓口として

平成12年4月発足から勉強を2年続けてきて、メンバー各々が成年後見制度に対する理解やケースの対処方法を身に付けてきた。もともと「あいづ安心ネット」は発足当初に会の方向性として「NPO法人、オンブズマン的な存在、いずれは市民や同じ問題を抱える仲間のための相談窓口にと」目標を定めていた。「今こそ自分たちの学んだ知識を広く一般市民や仲間のために」という声がメンバーから持ち上がり、会津若松市社会福祉協議会とタイアップして平成14年4月に同社会福祉協議会内に専用の窓口として「あいづ安心ネット」が一般市民や仲間を対象とした相談窓口としてデビューしたのである。

- | | | | |
|-----------------------------|---------|------------|---------------|
| 相談日 | 毎月第1木曜日 | 電話・来所による相談 | PM1:00～PM4:00 |
| メンバーの中から毎月交代で2名が待機して相談を受ける。 | | | |



相談内容には相談員がその場で対応する問題が難しく、その場での対応が無理な場合は持ち帰らせてもらい、翌週の定例会時にメンバーで討議して結果を後日アドバイスする

(4) 安心できる地域づくりを目指して

これからの課題

①周知・PR

平成14年度の「あいづ安心ネット」の実績は電話相談7件、来所相談5件であった。この実績結果を見ても、成年後見制度や「あいづ安心ネット」の活動をもっと広く知ってもらう必要がある。まだまだ制度を使いずらいとか、手続きが面倒、どういときに活用したらいいのかわからないと思っている人や、問題に携わっている関係者の人たちは多いはず。そうではなく、本当に必要な人には有効な制度であり、そのための相談窓口なんだということを今まで以上に周知・PRしていかなければならない。

②周知・PRの手段として

今までは、「あいづ安心ネット」の案内のチラシを数多く配布したり、社協の広報誌に載せてもらったりして周知・PRをしてきた。しかし、平成15年9月にメンバーで新たに「あいづ安心ネット劇団」を結成し、約20分ほどの演劇により、制度をよりわかりやすく理解してもらうとともに、「あいづ安心ネット」の存在をPRすることを始めた。今後は、各種研修会や町内会、老人会、民生委員会の集まりで劇団活動を展開していきたいと考える。

③週1回の体制づくり

今のところ月に1回の相談窓口として活動しているが、やはり月1回では少ないと考えている。今後は随時とまではいかないが、せめて週1回は相談にのれるような体制づくりを検討していかなければならないと考える。

(5) 最後 に

「あいづ安心ネット」の活動はすべて有志の会員、ボランティアで活動を展開しているという点に課題が残る。相談日や劇団活動など、会としての活動はメンバー各々が自分の仕事の調整をつけて参加しており、チラシを作成したりする諸経費もメンバーから集めた会費で賄っている。

今後は相談実績に応じて市町村事業の成年後見制度利用支援事業の促進を各市町村に働きかけたり、会の活動支援を働きかけたりして、何らかのかたちで行政と連携を図った地域づくり「誰もがここに住んで良かった」と思えるような活動を展開していきたい。

在宅介護支援センターの取り組み事例2

記載機関：星ヶ丘在宅介護支援センター

「市と連携した痴呆予防教室の展望」

はじめに

現在、郡山市内には基幹型在宅介護支援センターが1カ所、地域型在宅介護支援センターが24カ所ある。平成15年度の活動は24カ所の在宅介護支援センターで介護教室、痴呆予防教室を行った。今年度の郡山市における在宅介護支援センターの痴呆予防教室を振り返りながら、特に市部での課題や今後の展望について考察したい。

1. 郡山市における平成15年度の取り組み

24カ所の在宅介護支援センターで介護教室を24回、痴呆予防教室を16回開催したが、開催にあたって郡山市では次のような方法をとった。

- ① 市内を4つのブロックに分けてそのブロックごとに痴呆予防教室を開催する
 - ・在宅介護支援センターの担当地区ごとに市内を4つのブロックに分け、それぞれのブロックには在宅介護支援センターが4カ所配置されるようにし、介護教室や痴呆予防教室を開催することとした。ブロックごとの痴呆予防教室の開催回数は4回ということになる。
 - ・郡山市内の在宅介護支援センターの設置は社会福祉法人や医療法人などあり、また併設の母体施設は特別養護老人ホームや老人保健施設、総合病院、診療所など様々である。それぞれの支援センターのスタッフ数も1～2名ということもあり、痴呆予防教室の開催は個々の支援センターが行うより複数の支援センターが協力して開催することによりそれぞれの施設のメリットを活かせることになること。また、地域の支援センターとしても地域の住民にもアピールできる。
 - ・介護教室や痴呆予防教室を開催するために、地域で在宅介護支援センター間の連携が進むことで、ブロックごとの地域ケア会議などの開催など地域での活動がすすむことになる。
- ② ブロックごとに痴呆予防教室のプログラムや講師等の選定などを行う
 - ・各支援センターで併設の母体施設の協力を仰ぐことで医師やPT・OT、栄養士など多彩な講師の協力を得られる。そのような場合にブロックでプログラムや講師の選定や協力を仰ぐことで併設施設のメリットを活かす活動ができる。
- ③ 痴呆予防教室の広報については地域型や基幹型在宅介護支援センターが行う
 - ・地域に向けての広報は、市の広報誌や、地域での呼びかけ、地区社協、利用者家族や老人クラブ、町内会などを通じて広報を依頼する。実態として地域のどれくらいのニーズがあるのか不明のまま広報を行った。

2. プログラムから実施へ

星ヶ丘在宅介護支援センターの所属するブロックは郡山市の西部地域で約6つの町がエリアになっている。また、ブロック内には郡山市でも高齢化のすすんでいる地域も含まれている。ブロック内の支援センターで数回の集まりを持ちプログラムの検討を行った。大きな柱としては、

頭いきいき教室
あたま
こうしてボケを防ごう!!
のお知らせ

日時 第1回 平成15年12月 5日(金)
「痴呆にならないための基礎講座」
講師 太田西ノ内病院 渡辺 実 先生
第2回 平成15年12月12日(金)
「こうして痴呆を防ごう」
～痴呆予防のための
日常生活のポイントや体操!!
講師 太田熱海病院 作業療法士

午後1時30分～午後3時30分

会場 大成地域公民館集會室

定員 30名
動きやすい服装、筆記用具をご持参下さい

講師 在宅介護支援センター職員
・あおつき在宅介護支援センター ・太田熱海在宅介護支援センター
・本田小島在宅介護支援センター ・あさかの社在宅介護支援センター
・コスモス通り在宅介護支援センター ・豊ヶ丘在宅介護支援センター
(郡山市の福祉を興へ、上記の支援センターが同級致します。)
協賛：郡山地区社会福祉協議会大成支部 (在宅介護支援部会)

問い合わせ・申し込み
コスモス通り在宅介護支援センター
電話：024-961-4050 (担当 専)

痴呆予防教室のポスターとチラシ

の日常生活のポイントや体操」ということで講義や体操を行った。資料については講師による独自の資料の他に県などから配布された痴呆予防のリーフレットなども準備し、持ち帰っていただくようにした。他には参加者の受講風景をデジタルカメラで撮影し、次回受講の際にそれぞれに参加の記念として差し上げるということも行った。まず興味を持っていただき、続けて参加していただけるような雰囲気づくりを心がけた。

3. 他ブロックの痴呆予防教室の様子と今後の課題

市内他ブロックにおいても、ブロックごとに複数の在宅介護支援センターが協力しながら痴呆予防を行っていた。例えば、音楽療法を取り入れたり、在宅介護支援センタースタッフによる痴呆性高齢者の「劇」を入れたりなどが行われていた。

その一方で課題なのが、参加者を募ることであり、地域の高齢者の方にどのように痴呆予防教室

- ① 痴呆についての理解を深めること
- ② 痴呆の予防について理解を深めること
- ③ 身近な相談機関としての支援センターについて理解することにした。

また、「痴呆予防教室」では参加者が集まりにくかったり、抵抗などもあると考え「頭(あたま)いきいき教室～こうしてボケを防ごう!!」ということにした。教室の内容については、講義と身体を動かすような、体操などを組み合わせるようにし、参加者自身も楽しめる企画を盛り込んだ。

講師については郡山市の老人性痴呆疾患センターに相談し、担当の精神科の医師の派遣を依頼した。参加者の反応としては普段精神科の医師に話を聞く機会がないということなどから、好評であった。

また、この痴呆予防教室は2回シリーズで開催したが、医師の他に病院の作業療法士による「痴呆予防のため



医師による講義



健脚体操

の開催の連絡を届けて、受講していただくようにするのかということである。今年度は十分な対応ができなかったかもしれない。さらに支援センターだけでは人を集めるのは困難なことを考えるならば、地域の高齢者の身近なところで活動している民生委員や地域のボランティア組織、地区社協とも十分に連携を行い進めていく必要があっただろう。

また、プログラムなどの課題もあった。それなりに高齢者がいる地域ではあるが、どのような方がどこにいるのかと

いうことがきちんと把握されていないなかで開催されたことで、「痴呆予備群」の掘り起こしにはならなかったということである。このようなことから痴呆についての正しい理解や啓発ということが中心の内容とならざるを得ない状況もあっただろう。

さらに今後の課題として内容的にも単発的なものではなく、痴呆予防教室を継続的に開催していきながら、ハイリスクの予備群を早期に発見し、次のプログラムへと誘導していくような仕組みが必要になるだろう。痴呆の理解を深めていき、地域の受け皿を整備しながら啓発を行う一方で、ハイリスクな高齢者のための継続的にフォローできる体制やプログラム、そして重度化したとしても安心して生活できるサービスの体系が地域に必要であるだろう。このことは地域ケアシステムということにつながるが、そのことがきちんとされないまま「痴呆予防教室」を開催したとしても地域の高齢者の方が安心してこの教室へ参加していくことは難しいかもしれない。人口33万人の広域なエリアの中でどのようにケアシステムを構築していくのか大きな課題であろう。

さらにもう一点、現在の郡山市における在宅介護支援センターの設置状況は必ずしも地域を均等に分けた形で設置されているわけではないことから、地域的な偏りも課題としてあげられるだろう。町村と違い支援センターも地域の高齢者も互いに顔が見えないなかで今後の事業をどのように展開していくのかということや、単なる痴呆予防教室の開催ではなく開催することによって何をすすめていくのか、目指すのかなどあらため確認することが重要であると考えている。



体操の風景

痴呆性高齢者の家族を支える組織の取り組み事例

社団法人呆け老人をかかえる家族の会
福島県支部

(社) 呆け老人をかかえる家族の会福島県支部は県内5地区(福島・郡山・会津若松・いわき・田島)に地区会を設け、夫々が地域に密着した型で痴呆性高齢者を介護する家族同士の情報交換と精神的支援を大きな目的として毎月の相談会等を行ってきた。

平成12年の介護保険施行後は介護環境の変化に伴い、介護家族の支援から一歩進んで、痴呆性高齢者本人の基本的な尊厳を守り、住み慣れた地域で家族共々最後まで人間らしく生きていくためにはどうすればいいのか、を大きなテーマとして活動を続けている。

「呆けても心は生きている・・・呆けても安心して暮らせる社会を」を標語として啓蒙啓発活動を行っているところであるが、町づくりのためのポイントを幾つかに絞り、他県での成功例も参考にしながら提案をしてみたい。

1. 地域密着について

今までの福祉施設(特養、老健、グループホーム等)は、いわゆる「人里はなれたところ」に建設され、一般の人々が普通に暮らしている生活とはかけ離れている。

これからの施設は長年住み慣れた地域の中に開設され、地域住民と密着した関係(地域ボランティアの活用)を保ちつつ介護環境が作り出されることが望まれる。痴呆に対する予防やケア、引いてはリーガルサポート等の相談窓口を一本化し、誰でも何時でも簡単に利用できる地域ごとの仕組みづくりが必要である。

2. 小規模多機能型の施設を

現在の介護環境はいわゆる十把一からげの集団ケアが優先されています。それに対し小規模ケアは個人の尊厳を保障した個別ケアが可能となります。入居している者同士や職員との関係においても、「顔なじみの人間関係」「本人ベースでゆったりのおんびり」の生活となり、呆け老人に再び心からの笑顔が戻り、引いては痴呆の進行を和げます。

デイサービス、ショートステイ、長期入所が同じ場所で出来ないものか。

島根県出雲市では街の中心地でデイサービス5名、ショートステイ5名、長期入所5名の小規模多機能型施設が現実に運営され、同じような型の施設が松江市や隣県の米子市などに続々と開設されている。(中学校区に1ヶ所位が望ましいとのこと)

3. 痴呆専門のスーパーバイザーの養成

痴呆のケアについては、ホームヘルパーやその他の専門職すべてに知識や経験が不足しているのが現状である。地域密着型の施設を作っていくには、まず痴呆の介護、即ち「呆けた人の心を知り適切な対応」が出来る人的資源の育成が必要である。

ケアマネージャーを始めとして介護専門職への痴呆介護実習講座を充実し、痴呆専門のスーパーバイザーを養成することが必要と考える。更に痴呆の理解をふまえて地域で支えるためには、かかりつけ医、ケアスタッフ、家族の会、行政、のすべてがそれぞれの立場で何をすればいいのか、何が出来るのかを考え、できる限り情報の窓口を一本化し、「呆けても安心して暮らせる町づくり」の実現を目指し連携を強化していくことが重要である。

医療分野（もの忘れ外来）における取り組み事例 1

福島県立医大医学部附属病院
神経精神科

「もの忘れ外来」の事例

福島県内のもの忘れ外来は、公称で福島県立医大医学部附属病院神経精神科と総合南東北病院神経内科、あさかホスピタルの3カ所にあるが、各地の脳神経・精神疾患を担当する医療機関ではすでに実質的に行われている。その診療内容は、専門担当部署を設けて担当医が決まった曜日に行うやり方や、一般外来に混じって痴呆も専門的に診療しているやり方である。福島県立医大では主として神経精神科が担当し、毎週水曜日に新患と再来を診療している。平成10年10月に開設されたが、総数で500名あまりの新患をお迎えした。そのうち、現在でも200名ほどが通院している。

それでは、あえて『もの忘れ外来』を開設して公表する意義は何であるのか、事例を示して考察してみる。

1. 症例（一部改変あり）

Sさん。女性。75歳。自分で駄菓子屋を経営していた。夫は元公務員で定年退職し、近所に借りている畑で野菜を作るのが趣味である。夫との二人暮らしであったが、3年前に長男が会社をリストラされ、再就職のために家族共々実家にもどったので現在同居中である。当初から嫁姑関係はあまり良くなく、交わす言葉も少なかった。洗濯は別々にやったが、炊事は嫁が担当し、本人は店のもうけを家に入れていた。

症状の出現は2年半ほど前からで、店の品を問屋に注文したのにもかかわらず再度注文したり、釣り銭の勘定を間違えたりするのが多くなり出した。客から指摘されて訂正することができたが、次第に釣り銭を多く渡したままになり、夫が見ていないと商売にならなくなった。ある日、親戚からの重要な電話を受けたが夫に用件を伝えられず、そのことを全く覚えていなかった。このため夫が心配し、かかりつけの開業医に相談したところ福島県立医大の『もの忘れ外来』を紹介してもらい一緒に受診した。

初診時、本人はあまりくよくよせず、「夫も心配しているので、ぼけたかどうか診て欲しい」、「家では嫁とはうまくやっている」、「これから商売ができなくなると困るので検査して欲しい」と、自ら訴えた。しかしながら、どこがわるいのか、なぜ病院にきたのかは全く理解できなかった。夫は、嫁がきてから変わったので同居が良くないのか、調べて教えてもらいたいと言ってきた。初診時の長谷川式簡易知能評価スケールで30点のうち15点と低下しており、つい数分前に覚えたことを思い出せない遅延再生の障害による記憶障害があった。

血液検査や頭部MRIによる画像検査、脳血流分布をみるSPECT、脳波などを行い、「アルツハイマー型痴呆」と診断した。本人と夫には病名を「アルツハイマー病」として痴呆という病名呼称を外して告知し、そのうえで現在痴呆状態に到達していると説明を加えた。診断決定後、薬剤のドネペジルを処方。併せて介護保険の申請を指示し、要介護1を得てからは週一回デイサービスに出かけている。

今でも自宅では店番をしているが、夫が付き添っており、本人は「いらっしゃい」という役割である。夫の仕事ぶりに文句を言いながらもある程度納得しており、毎日機嫌良く過ごしている。夫は、妻の生きがいでもあるのでできる限り店は続けていきたいと言っている。

この症例は、アルツハイマー型痴呆であり、症状発現には息子夫婦との同居がきっかけとなっている。それまでは夫との決まったパターンの生活をしてきたが、息子の家族との同居という新

たな要素が加わり、それに順応するのが困難であったのが大きな理由と思われる。『もの忘れ外来』の受診は、自分が痴呆だと疑ったからではなく、夫が「おまえがぼけたら店をやる人がいなくなる」と言ったからであり、予防のためというのが動機であった。実際、優しい夫は、妻の生きがいでもある店番がなるべく続けられるように介助しながら続けさせているため、本人はすこぶる機嫌がいい。通院しながら、「ぼけたかも知れないが」と、言うが、「仕事をやっているのだからまだ大丈夫」とも言っており、これが生活の意欲にも結びついている。

2. 『もの忘れ外来』の意義

この症例における『もの忘れ外来』の意義をまとめると、

- ①かかりつけ医からの紹介を受けやすい
- ②高齢者によく見られる記憶障害と痴呆を調べるのが明確であり警戒心が少ない
- ③専門的な医療による診断と病状の説明が得られる
- ④福祉施設などの情報が得られる

などがあげられる。

このうち③と④はあえて『もの忘れ外来』でなくても可能であるが、反面、病気を診てもらおうという意識がより強くなるため受診する動機になりにくい。痴呆は精神疾患の一種でもあり、自覚するというのは極めて難しい。痴呆には記憶力や理解力、判断力の障害があるが、病気を自覚するためにはこれらの能力が必要なのである。病的に消えてしまった記憶は当人にはこの世に存在しなかったことと同じであり、忘れたとすら感じられず、心当たりがないと考えるのが精一杯なのである。それをとがめられるようにして病院に連れて来られるのは、とくに精神科の場合は心外でもあり尊厳を傷つけられるのである。症状が理解できない場合は単独で受診することはあり得ず、信頼できる人の勧めや予防のためという説明でかろうじて受診する気になれる。『もの忘れ外来』という呼称はこのような心境の当事者になんとか受け入れてもらえるのである。

3. 『もの忘れ外来』の今後

痴呆予防意識の高まりもあり、早期痴呆発見のための社会的機運がいつそう強くなると思われる。『もの忘れ外来』は医療の分野でその先鞭を切ったが、今後はむしろかかりつけ医などの開業医にその役割が移動すると思われる。『もの忘れ外来』には、そこで痴呆を疑われた人が精査の施行と今後の生活指導や医療福祉情報の取得のために紹介されて受診する。高度医療が必要な場合や行政・福祉の指導援助を受ける場合は、さらに担当の施設に紹介される。最終的にはかかりつけ医に戻されて、自宅での生活指導が行われるような連携が形作られる。この際、連携による継続医療・指導のための相談機関の設置が必要となるが、『もの忘れ外来』や『痴呆疾患センター』などの機関が該当することになるだろう。

このようにして当事者たちの情報を得ながら、医療、福祉、行政の連携を円滑にし、痴呆の治療、ケア、介護が速やかに効率よく行われるのが望ましい。そして、当事者たちが悩み続けずにいられるシステムを作るのが当面の目標と思われる。

医療分野（老人性痴呆疾患センター）における取り組み事例2

太田総合病院附属太田西ノ内病院
老人性痴呆疾患センター

1 太田西ノ内病院 老人性痴呆疾患センターの沿革・概要

老人性痴呆疾患センターは、平成元年より福島県が二次医療圏に1ヶ所を目標に整備を開始し、現在県内には以下の5ヶ所に配置されている。その目的は、保健、医療、福祉機関等等との連携を図りながら、地域の老人性痴呆疾患を持つ方々への保健、医療、福祉サービスの向上を図ることとされている。

当センターは、平成2年県委託事業として開設し、専門医療相談窓口と専門電話を配置、主に県中地域の住民、関係機関を対象に事業を行っている。

2 老人性痴呆疾患センターの事業内容

センターでは次のような内容の事業を行っている。

①老人性痴呆疾患研修会の開催

保健・医療・福祉関係職員を対象に老人性痴呆疾患に関する相談、対応のあり方などの研修会の開催。

②専門相談の実施

老人性痴呆疾患に関する専門員を配置した相談窓口を設け、保健・医療・福祉関係者からの電話照会、相談への対応。

③個別相談

困難事例等個別の高齢者の処遇にかかる相談、関係機関との連絡調整をはかり、必要に応じてケースワークを行う。

④情報提供

老人性痴呆疾患指導対策事業の周知、痴呆に関する正しい知識の普及・啓発のためのパンフレットの作成、配布。

3 事例紹介

Aさん 77歳 女性 長男夫婦と孫2人の5人暮らし。

高血圧症にて近所の内科開業医への通院中。2年前から物忘れが目立ち、家族は年のせいかと様子をみていたが、薬を飲んだことを忘れてまた飲んでしまい、足りなくなって開業医へもらいにいたり、栄養ドリンクを1週間に30本飲んでしまい、家族が注意すると自分は飲んでいない誰かが飲んだと言う。好きだった民謡クラブにも行かなくなり、外出を億劫がるようになった。

困った家族が開業医に相談したところ、専門医の受診を勧められ、長男が当センターへ電話で相談。その日のうちに当院精神科受診し、鑑別診断の結果アルツハイマー型痴呆と診断され、家族に本人の痴呆状態への理解と適切な対応の仕方について医師より説明、内服薬アリセプトが処方された。

また、痴呆の進行予防と家族の介護負担軽減のためにソーシャルワーカーが介護保険サービスの利用を説明し、地域の居宅介護支援事業所を紹介した。

現在、Aさんは介護保険の要介護1の認定を受けて、定期通院と週2回のデイサービスを利用しながら家族に見守られて在宅生活を継続している。

4 今後の課題

①保健・医療・福祉関係機関へ痴呆疾患センターの存在をアピールする。

相談経路の80%が家族、親類などの個別相談であり、関係機関からの「専門相談」が少ない。このことは、センターの存在が地域の関係機関に十分周知されていないと考えられ、今後、研修会の開催等を通じて存在、機能のアピールに努め、各機関と連携しながら専門相談事例を積み重ねていく必要がある。

②早期発見、早期治療のためのネットワークづくり

相談内容の多くが、本人や家族が痴呆の前兆に気づいても相談できる場が身近にわからず、やり過ごしてしまい、問題行動が生じてからの相談となっている。気づいたときに相談、受診に結びつくことで早期発見、早期治療の予防的対応が可能となる。

そのためには、地域住民への痴呆にたいする理解を深める啓発活動が大切であり、地域にある在宅介護支援センターや、市町村保健福祉センター、各介護保険事業所などとの地域ネットワークづくりが必要である。

【参 考】 県内の老人性痴呆疾患センター一覧

(設置機関名)	(専用電話)
竹田総合病院	0 2 4 2 - 2 9 - 3 8 0 8
松村総合病院附属舞子浜病院	0 2 4 6 - 3 9 - 2 0 5 9
埴 厚生病院	0 2 4 7 - 4 3 - 1 1 4 5
双葉厚生病院	0 2 4 0 - 3 3 - 5 2 4 4
太田総合病院附属太田西ノ内病院	0 2 4 - 9 2 5 - 8 8 3 3

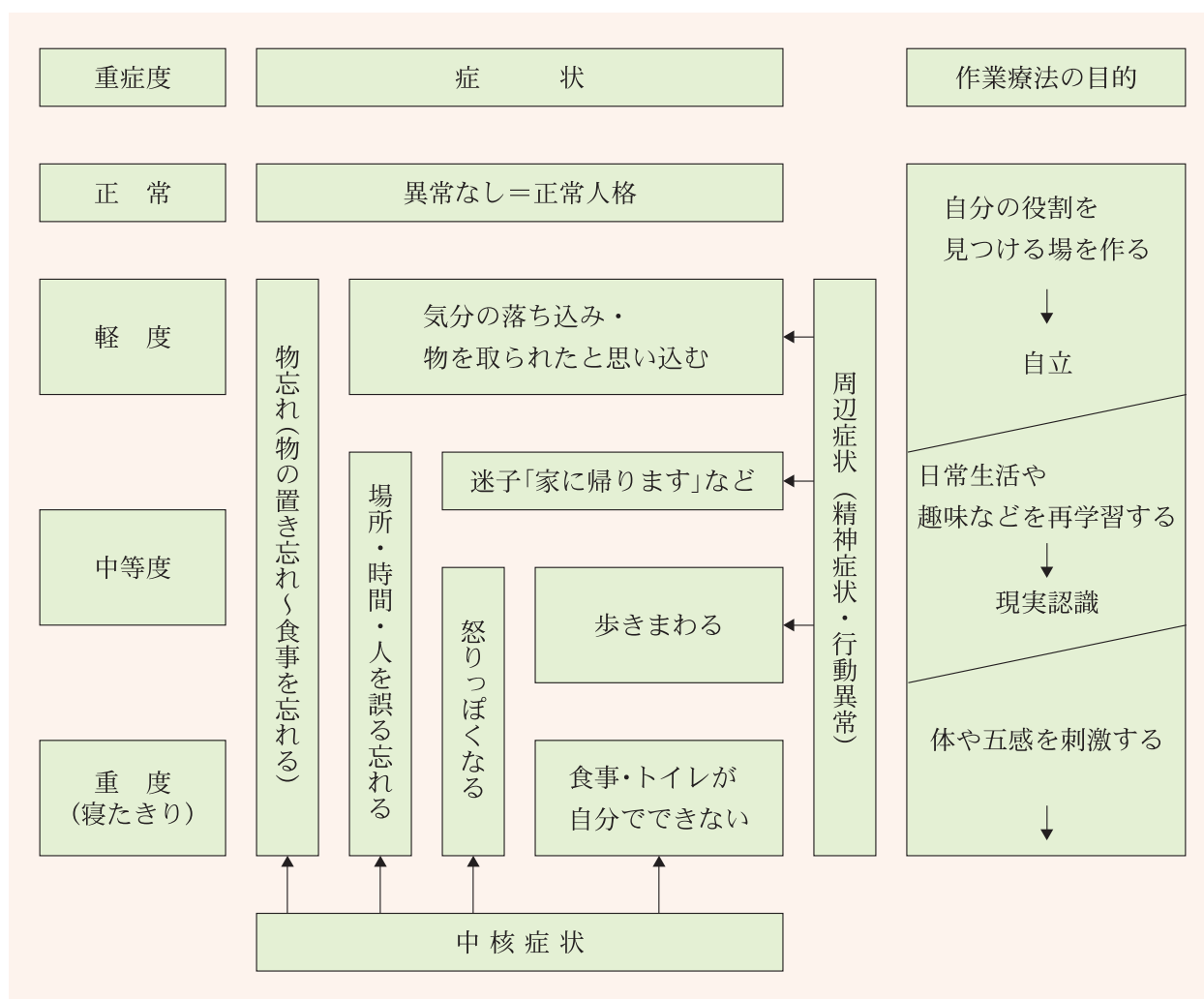
介護保険施設等における取り組み事例 1

介護老人保健施設「啓寿園」

介護老人保健施設「啓寿園」の施設内で行われているリハビリテーションの現状・課題

(1) 啓寿園では以下の図に元づいて作業療法を進めている。

障害度よりみた作業療法アプローチの考え方のイメージ



(2) 重症度に合わせたアプローチの仕方

①軽度

記憶障害・・・直ぐ物をどこに置いたか忘れる、人名が直ぐに思い出されないなどの近接記憶、即時記憶の障害

見当識障害・・・月、日

置き忘れ、物品名、人名が直ぐに思い出されない。同じことを繰り返してしまう意欲、好奇心がわからない。表情も無表情、一度聴いたことを何度も聴く、などの即時記憶機能が障害される時期である。日付、時間などを認識できるような活動、また、本人の趣味や希望する活動を取り入れ、現実認識や意欲を引き出す。

例) リアリティーオリエンテーションのすすめ方

リアリティーオリエンテーションの流れ

順序	内 容	スタッフの対応
挨拶	朝、昼、夕の確認	自分の名前も紹介 できれば握手をしながら一人一人挨拶する
出席	一人一人名前を呼ぶ または自己紹介を交えお互いを意識してもらおう	他者にも関心を広げるように反復させる
日付	大きなカレンダーを利用し、みんなに確認してもらおう	なかなかでないときはヒントを上げるなど工夫し、失敗しないように自信づける
時間	大きく見やすい時計を用意し、時間の確認をする	

視覚的に情報を与えるため、日付、時間などを黒板やホワイトボードに大きく分かりやすく書く。書ける方がいるのであれば、直接書いてもらう。反復して確認してもらえるように、スタッフはもう一度日付や時間の確認を求める。

リアリティーオリエンテーション以外でも本人の趣味・希望する活動を用意している。

- ・創作活動（ネット手芸、刺し子、ビーズ細工など、約10種類）
- ・ゲーム（パズル、トランプ、将棋など、約7種類）

特にパズルは人気が高く、意欲的に行う方が多い。失敗（最後まで組み立てることができない）して意欲を損なわせないように、初めは一部だけはずし、慣れてきたら全部はずす、などの工夫をしている。

②中等度

記憶障害・・・近接記憶、即時記憶はもちろん、遠隔記憶まで障害されてくる

見当識障害・・・月、日以外に場所、時間を誤る

昔の一大出来事や生活を忘れてしまう。夕方になると帰宅要求をする。洋服の着る順番を間違える。季節の認識ができなくなる。判断力、注意力の低下などが目立つ。記憶では遠隔記憶といい、生活上の大切な出来事なども忘れてしまうことがある。そのため活動では、一般的な行事や祝い事などの話を手がかりに、遠隔記憶を引き出す。

介護保険施設等における取り組み事例2

財団法人星総合病院
附属介護老人保健施設「オリオン」

はじめに

当施設のモットーは「心身に障害をもって生活している障害高齢者が望む場所で豊かな生活を送れるように支援する」である。在宅か施設化を問わず適切なケアには身体的な状態の安定が必要である。たとえば、脱水や便秘あるいは軽度の心不全など身体の不具合によって精神症状や行動障害が発現することは珍しくない。また痴呆の精神症状や行動障害は、環境やケアの方法で大きく変化する。生活環境の変化が及ぼす精神症状への影響は大きく、入院をできるだけ避け、往診または通所系サービスの利用を含む外来治療によって対応することが望ましいが、一部には精神科治療病棟などでの専門医による入院治療が必要な行動障害もあり、これらを適切に見際める必要がある。痴呆性高齢者の生活全体に配慮しながら、他の関係機関とともに地域ケアの一翼を担っていくことが求められている。

痴呆予防の目的

痴呆になると、周辺に負担が生じることが予想される。1つは本人の苦痛、2つめは家族（介護者）の精神的負担・身体的負担、3つめに社会的・経済的な負担があげられる。その負担を軽くするためにも、痴呆予防が必要である。

施設における痴呆予防リハビリテーションの内容

施設における予防リハビリテーションとして、大きく2つ考えられる。1つは脳の活性化である。2つめは生活リハビリテーションであり、身体的な状態、環境やケアに左右されやすい精神症状や行動障害に対し、生活の場面で個人にあわせアプローチしていく。

〈刺激入力（右脳の活性化）〉

- ・レクリエーション：運動面や心理面の要素を取り入れ、注意力や認知力に働きかける。趣味を継続し楽しみのある生活を送る。当施設では、書道教室、生け花教室、お化粧品教室、保育園や地域の小中学校との交流等があげられる。
- ・運動：神経細胞が活性化し、脳の活性化をはかる。また筋力、耐久性を高め、心肺機能の維持・改善をはかる。運動刺激による覚醒度を上げ、体を動かす喜び、他者と触れ合う機会を持つ。落ち着かないエネルギーの発散、徘徊の軽減をはかる。（散歩、軽い体操、ゲーム、レクリエーション等）
- ・回想法：テーマを決め、回想することにより、共感的な体験を通し、自信の獲得や心理的安定を図る。
- ・リアリティオリエンテーション：失見当の改善を目的に、日付、曜日、天候、場所などを繰り返し確認する。日常生活の様々な場面で応用される。
- ・音楽：歌唱や楽器の合奏を中心に、運動やゲームの要素を取り入れることもある。
- ・園芸：植物や自然とかかわり、感覚刺激を入力する。当施設では、敷地内の畑で、野菜や植物を育てている。車いすの使用者でも収穫できるようにしている。

当施設では、上記内容を考慮し、各要素を取り入れアプローチしている。

〈生活リハビリテーション〉

- ・日常生活での声かけ：問題行動を予測して、声かけや誘導により、問題行動の出現の軽減をはかる。

例) 時間をみてトイレに誘導することで、失禁を防ぐ。

痴呆の多くが、責められたり叱られる事により、不穏状態になりやすいため、否定しない対応をとることで、不安や不穏を防ぐ。

- ・環境調整：トイレ・居室の場所がわからず、徘徊や失禁する場合があるため、目印をつける。夜中でも照明を明るくする。突起物をなくし、転倒を防ぐ。
- ・生活リズムの構築：昼夜逆転の場合、日中の離床時間を設け、活動性を維持する。
他に、当施設では、入所者のできることへの働きかけとしてエプロンたたみ、タオル巻き、花の水やり、テーブル拭きなども行っている。

評価方法

痴呆の評価には、質問式と観察式がある。質問式は本人に質問し判断する方法で、簡易知能テストであり、後者は、言語機能に左右されず日常生活における言動や態度など行動面の観察から評価できる行動観察尺度がある。他に家族や周囲の人からの情報収集もあげられる。よく使用されるものを以下に紹介する。

- ・改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）：痴呆のスクリーニングを目的としたスケール。広く一般的に使用されている。
- ・Mini-Mental State（MMS）：動作性の問題が多いのが特徴である簡易知能テスト。
- ・柄澤式老人知能の臨床的判定基準：本人に直接問診やテストを実施できない場合でも判定ができる。行動観察から評価できる。

施設における痴呆予防リハビリテーションのメリット・デメリット

〈メリット〉

- ・家族（介護者）の介護における、精神的や身体的負担の軽減が出来る。
- ・24時間体制で対象者の生活を把握し、問題行動に対応することができる。
- ・生活リズムを整え、生活（日課）の組み立て、習慣つけができる。
- ・施設内移動は、在宅での生活よりも移動距離が長く、体力維持につながる。
- ・他者と過ごすことにより、社会性を維持し、気晴らしにつながる。

〈デメリット〉

- ・慣れ親しんだ環境（自宅）とは異なり、不穏な状態を引き起こす可能性がある（帰宅願望を強めてしまう、場所がわからなくなる可能性等）。「施設」と「自宅」の混乱が生じる可能性がある。
- ・施設での習慣つけが、在宅生活とは異なる場合があり、適応が難しい可能性がある。
- ・集団生活になじめない可能性がある。
- ・施設職員との信頼関係が築けない可能性がある。
- ・職員間のズレが生じ、同じ対応ができない可能性がある。

介護保険施設等における取り組み事例 3

グループホーム「ゆいの家」

痴呆対応型共同生活介護（以下、グループホーム）は、痴呆のあるお年寄りが食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフと共に行い、小規模で家庭的な落ち着いた環境のもとで生活を送ることにより、痴呆症状を穏やかにすることを目的とした施設である。サービス提供の基本は、利用者を生活の主体者としてとらえ、個々の生活を重視し、可能なかぎりその人らしい生活が送れるよう援助することであり、グループホームでの生活・援助活動全体がリハビリテーションであると考えている。

○グループホームの目標としたこと。

- ・ 居住環境の整備（家庭的な雰囲気作り、バリアフリー、懐かしい環境作り等）
- ・ 人間関係の構築（なじみの関係、穏やかな生活）
- ・ 開放的な施設作り（地域住民との交流等）
- ・ 生活の継続性を図る（個人の歴史を大切にすること）

○実践課程

◇介護計画作成について

上記の目標を具体化するため、まず、グループホームの援助のあり方について考えた。私の経験から、従来の特養などの大集団施設での介護は、ややもするとADLや身体介護に偏りがちではないかとの疑問をもち、小規模で利用者一人ひとりの顔がよく見えるグループホームの特性を考慮し、介護計画は、まずその人の歴史や経験、暮らしぶりを見つめなおすことから始めた。これは、痴呆となっても、長い人生で培った能力や技術は比較的よく保たれることから、その潜在的な力に働きかける事が、痴呆の進行防止や問題行動の緩和に役立つと考えたからである。

◇スタッフの意識改革について

次に、スタッフ全員が共通の考えを持ち利用者に関わるため、援助のあり方について話し合いを実施した。主な内容は、グループホーム介護は、「なにもしない介護」と表現される。しかし、この言葉の意味するものは、なにもしていないようにみえても、実はささいな心の変化をも見逃さない密度の高い観察力によって成り立っているということである。グループホームの主役は、管理者や職員ではなく利用者であるという視点に立ち、スタッフは、舞台上言えば、「黒子」の役を演ずることが重要であり、利用者ができることはまず、利用者にしてもらい、スタッフは側面から援助する。これにより初めて、利用者の生活のつまずきの原因や、真の思い（潜在的ニーズ、真のニーズ）が見えてくる。この姿勢を貫くことが、利用者本位の介護であり援助である、といったことである。

援助する場合は、常に利用者の主体性とペースを最大限尊重しサポートすること。職員が自分の価値観や経験だけで判断しない、利用者をしきらない援助とすることを援助の方針として話し合った。

◇援助方法について

- ・ 決して否定しない介護に心がける。（受容すること）

「自分の世界」を否定されれば、その人の言葉を素直に受け入れられなくなり、反発や抵抗の誘引になる、と考えられる。たとえ違ったことを言ったりしたりしても、さりげなく修正

し、混乱や不安感を与えないよう心がける。

- ・褒めるケアに徹する。(尊重すること)

できる部分について働きかけ、その度に褒める。やっていたことに対しては「ありがとう」と礼を言い、感謝の気持ちを表す。

- ・「ゆっくり」、「一緒に」、「楽しく」。(協働すること)

スタッフが側についていることによって、痴呆性高齢者は安心してゆっくり行動することができる。もちろん、スタッフの行動もゆっくりと静かに行う。精神的安定、情緒的安定がケアの前提である。スタッフの気持ちが楽しくなければ、高齢者も楽しめない。

- ・臨機応変に機敏な判断がとれること。(柔軟な対応)

痴呆性高齢者の思考回路は一定しているものではないので、その時々状況に合わせたケアと判断が必要となる。

- ・知覚再生刺激を取り入れる。(感覚を使う)

生活史や生活習慣、エピソードを配慮して、高齢者が見慣れたもの、やり慣れたこと、自慢できること、満足のできるものを適切に選ぶことが必要である。結果として、残存能力を引き出すことが可能となる。

- ・利用者の行動パターンを把握する。(観察と評価)

要望や欲求をうまく伝えられない方については、行動や表情の変化から、その意味するところを読み取り、早めに問題行動や行動異常を防ぐなど情緒の安定を図るため、ひとり一人の行動パターンの把握に努めた。

○まとめ

グループホームでの介護は、前述したとおり、家庭的な雰囲気の中でなじみの関係を作り、利用者個々の居場所や役割を築くことができる。家事やおしゃべりなど、ごくあたり前の生活をスタッフと協働しておこなうことが、利用者の生活意欲を引き出し、何よりのリハビリになると考えられる。言い換えれば、グループホームでの朝起きて夜就寝するまでの一連の介護活動はイコール「生活リハビリ」であり、「QOL（生活の質）の向上」につながると考える。

資料編

Materials
Edition

- 早期発見のスクリーニングシート
- 地区診断のための市町村実態調査項目について
- 県で作成した普及・啓発用パンフレット
「痴ほうの予防に向けて」縮小版

- 用語の解説
- 事項索引－和文
- 引用・参考文献
- 執筆分担者一覧
- 福島県痴呆予防実践マニュアル
作成検討会委員名簿

ID ;

早期発見のスクリーニングシート

平成 14 年度高齢者健康アンケート調査として県で実施した調査項目

(内容：IADL15 項目及び認知機能の変化の自覚項目)※依頼文等省略

対象者用調査票

この調査票は、できるだけご本人がお答え下さい。ご本人がお答えできない場合は、ご家族の方が記入してください。

対象者氏名	
性別	① 男性 ② 女性
生年月日 年齢	① 明治 ② 大正 年 月 日生 満____ 歳 ③ 昭和
住所	
電話番号	— —

1. あなたは普段、ご自分の健康についてどうお感じですか。下記の中からひとつだけあてはまる番号に○をつけてください。

①とても健康 ②まあまあ健康 ③あまり健康でない ④健康でない

2. 次のような行動ができますか。日頃していない場合でも、もしやるとしたらできるかどうか考えてお答えください。

1) 自分で電話番号を調べて、電話をかける	① できる	② できない
2) リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行う	① できる	② できない
3) 何かの会の世話係や会計係を務める	① できる	② できない
4) ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して出かける	① できる	② できない
5) 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行する	① できる	② できない
6) 薬を決まった分量を決まった時間に飲む	① できる	② できない
7) 貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理する	① できる	② できない

8) 日用品の買い物をする	① できる	② できない
9) 請求書の支払いをする	① できる	② できない
10) 銀行預金・郵便貯金の出し入れをする	① できる	② できない
11) 年金や税金の申告書をひとりで作成する	① できる	② できない
12) 食事の用意をする	① できる	② できない
13) 掃除をする	① できる	② できない
14) 洗濯物・食器などの整理をする	① できる	② できない
15) 手紙や文章を書く	① できる	② できない

3. 最近のあなた自身のことについて、あてはまるものに○をつけて下さい

3) -1. 一年前に比べて、物覚え(記憶力)に変化はありましたか。

①よくなった ①変わらない ②少し悪くなった ③かなり悪くなった

3) -2. 一年前に比べて、集中力に変化はありましたか

①よくなった ①変わらない ②少し悪くなった ③かなり悪くなった

3) -3. 一年前に比べて、仕事や家事の段取りはよくなりましたか、悪くなりましたか

①よくなった ①変わらない ②少し悪くなった ③かなり悪くなった

4. 友人や近所の方とどのくらいの割合でおつきあいしていますか。

① 毎日1回以上 ② 2~3日に1回程度
③ 1週間に1回程度 ④ ほとんど交流しない

5. 普段、外出することがどのくらいありますか。(通院やデイケアのための外出は含めないで下さい)

① 毎日1回以上 ② 2~3日に1回程度
③ 1週間に1回程度 ④ ほとんどない

6. 現在一緒に住んでいる人はどなたですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

① 一人暮らし ② 配偶者(夫または妻) ③ 子供
④ 子供の嫁 ⑤ 孫 ⑥ その他 ()

7. 最後に痴呆予防に関して、ご意見(県、市町村に対する要望でも結構です)等がありましたら、ご自由にお書きください。

(内容：IADL15 項目及び DECO チェックリストの項目)

家族用調査票

この調査票は、対象者のご家族がお答え下さい。

家族(回答者)氏名	
対象者との関係	①配偶者 ②子 ③子の嫁 ④孫 ⑤その他 ()

1. 対象者は、日常生活の中で次のような行動ができますか。日頃していない場合でも、もしやるとしたらできるかどうか考えてお答えください。

1) 自分で電話番号を調べて、電話をかける	① できる	② できない
2) リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行う	① できる	② できない
3) 何かの会の世話係や会計係を務める	① できる	② できない
4) ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して出かける	① できる	② できない
5) 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行する	① できる	② できない
6) 薬を決まった分量を決まった時間に飲む	① できる	② できない
7) 貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理する	① できる	② できない
8) 日用品の買い物をする	① できる	② できない
9) 請求書の支払いをする	① できる	② できない
10) 銀行預金・郵便貯金の出し入れをする	① できる	② できない
11) 年金や税金の申告書をひとりで作成する	① できる	② できない
12) 食事の用意をする	① できる	② できない
13) 掃除をする	① できる	② できない
14) 洗濯物・食器などの整理をする	① できる	② できない
15) 手紙や文章を書く	① できる	② できない

2. 対象者は日常生活をする上で誰かの助けが必要ですか

① 常に必要	② ある程度必要	③ ほとんど必要なし
--------	----------	------------

3. 現在の日常生活と1年前の状態を比べた対象者の状態について「良くなった、あるいはほとんど同じ」「多少悪くなった」「とても悪くなった」の3段階で、それぞれの項目の数字に○をつけて下さい。

	変わらない	多少悪くなった	とても悪くなった
①曜日や月がわかりますか	2	1	0
②前と同じように道がわかりますか	2	1	0
③住所・電話番号を覚えていますか	2	1	0
④物がいつもしまわれている場所を覚えていますか	2	1	0
⑤物がいつもの場所がないとき、見つけることができますか	2	1	0
⑥洗濯機やテレビのリモコンなどの電気製品を使いこなせますか	2	1	0
⑦自分で状況にあった着衣ができますか	2	1	0
⑧買い物でお金を払えますか	2	1	0
⑨体の具合が悪くなったわけではないのに、行動が不活発になりましたか	2	1	0
⑩本の内容やテレビの筋がわかりますか	2	1	0
⑪手紙を書いていますか	2	1	0
⑫数日前の会話を自分から思い出すことができますか	2	1	0
⑬数日前の会話を思い出そうとしても、むずかしいですか	2	1	0
⑭会話の途中で言いたいことを忘れることがありますか	2	1	0
⑮会話の途中で、適切な単語がでてこないことがありますか	2	1	0
⑯よく知っている人の顔がわかりますか	2	1	0
⑰よく知っている人の名前を覚えていますか	2	1	0
⑱その人たちがどこに住んでいるか、仕事などがわかりますか	2	1	0
⑲最近のことを忘れっぽくなりましたか	2	1	0

4. 最後に痴呆予防に関して、普段感じていること、ご意見（県、市町村に対することでも結構です。）等がありましたら、ご自由にお書きください。

地区診断のための市町村実態調査項目について

目 的

「早期予防・早期発見・早期対応」体制の整備を進めていくことを目的に事業を展開していく。具体的には、正しい知識の普及・啓発方法、早期発見方法、サービス提供の方法、事業の実施体制、地域関係機関等とのネットワークについて市町村の実態を把握し、事業計画作成へ分析結果を活用する。

1 痴呆予防対策のサービス提供に関する実態

(1) 市町村内の痴呆性高齢者の現状を把握

○保健福祉統計の分析

- ・高齢者数、痴呆性高齢者数、高齢化率、65歳以上人口の有病率、罹患率、死亡率、国保受診統計、老人医療費、家族構成

○要援護痴呆高齢者及び介護者の状況

- ・要援護痴呆高齢者数とサービス需給状況

○痴呆性高齢者及び介護者のサービス利用状況

痴呆性高齢者及び介護者のサービス利用の内容と利用件数

(2) 痴呆予防対策につながる地域の社会資源を把握

○痴呆予防対策として独自に行っているサービスの状況

- ・脳検診、痴呆予防検診、痴呆予防教室等の実施、活用状況
(事業目的・内容と評価・効果状況等具体的に)

○在宅福祉サービスの状況

- ・閉じこもり予防事業、生きがい活動支援通所事業、外出支援サービス事業、軽度生活援助事業等の活用状況

○在宅保健サービスの状況

- ・老人保健事業の実施状況 (健康診査、健康相談、健康教育、機能訓練、訪問指導)

○介護保険制度のサービス利用状況

- ・在宅、福祉サービスの利用状況 (ホームヘルプサービス、訪問入浴等)

○住民ボランティア、NPO等の活動状況

- ・ボランティア組織と数、機能訓練卒業者の集まり、老人クラブ数と活動状況自治会の状況

○民生委員、保健協力員等の活動状況

民生委員、保健協力員等の数と活動状況

○在宅介護支援センター、社会福祉協議会、公民館活動、デイサービスセンター等他

課及び関係機関等の事業状況

○ぼけ老人をかかえる家族の会等の家族会の状況

2 早期発見、早期対応体制に関する実態

- 市町村での痴呆性高齢者の相談件数と内容及び処遇状況、初回相談の主訴早期発見方法と技術向上のための研修受講状況
- 関係機関での早期発見、対応状況
痴呆性高齢者の相談機関別相談件数と内容及び処遇状況、初回相談の主訴早期発見方法（長谷川式スケール等）と技術向上のための研修受講状況
- 把握している痴呆性高齢者の発見ルート（家族からの相談、保健師の発見数等）

3 普及・啓発に関する実態

- 普及啓発として実施している事業目的・内容と評価・効果状況使用しているパンフレット等視聴覚媒体
- 関係機関、関係課、ボランティア自らが普及・啓発を行っている内容等

4 関係機関等とのネットワークに関する実態

- 痴呆予防に関しての関係機関等とのネットワーク状況

5 1～4の痴呆予防関係に関する項目については、下記の内容についても把握する。

- ・目標の設定
- ・対象者の把握方法と掘り起こし対策
- ・事業に係る社会資源の活用状況とネットワークの状況
- ・事業の進行管理、設定した目標に対する達成度と課題、事業全体の評価

～市町村実態調査票一部抜粋～

I 痴呆予防対策のサービス提供に関する実態

1 痴呆性高齢者の現状（平成13年10月1日現在）と過去（平成7年10月1日現在）の比較
 (1) 保健福祉統計の分析

	全 (A)	高齢者人口 (B)	うち後期高齢者人口 (C)	高齢化率 (B/A)	痴呆性高齢者数
平成7年	人	人	人	%	人
平成13年	人	人	人	%	人
増減数	人	人	人	P	人

(うち在宅高齢者の状況)

	一人暮らし	高齢者のみの世帯
平成7年	人	世帯 人
平成13年	人	世帯 人
増減数	人	世帯 人

認定調査後の痴呆II以上の人を記載

	入院者数	在宅者数
平成7年	人	人
平成13年	人	人
増減数	人	人

※高齢者のみの世帯には、一人暮らしの高齢者は含まないこと。

—1—

○ 65歳以上人口の有病率（痴呆性高齢者）

	有病率	死亡率
平成7年		
平成13年		
増減数		

アルツハイマー病、アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、その他ピック病などによる痴呆など「痴呆性高齢者」として件数に入れた患者名記載のこと。
 ……

○ 国保受診統計（高齢者の受診状況）

	全体の件数/1年間	全体の受診日数/1年間	痴呆性高齢者受診件数/1年間	痴呆性高齢者の受診日数/1年間
平成7年	件	日	件	日
平成13年	件	日	件	日
増減数	件	日	件	日

○ 老人医療費（高齢者の受診状況）

	1人あたり老人医療費 (老人医療費総額÷受給者数)	1件当たり診療日数(診療費)		痴呆性高齢者の1人あたり 入院医療費(1年間における)	痴呆性高齢者の1人あたり 通院医療費(1年間)
		入院	入院外		
平成7年	円	日	日	円/1年間	円/1年間
平成13年	円	日	日	円/1年間	円/1年間

※1件当たり診療日数：疾病の治療のために医療機関に通った日数（入院した日数）

—2—

(2) 要援護痴呆性高齢者及び介護者の状況

	要援護者数	要援護痴呆性高齢者数(施設生活者)	要援護痴呆性高齢者(在宅生活者)
平成7年	人	人	人
平成13年	人	人	人

※要援護高齢者とは、寝たきり高齢者、痴呆性高齢者、虚弱高齢者等、日常生活を営むのに支障のある高齢者。

(3) 痴呆性高齢者及び介護者のサービス受給状況 ※痴呆性高齢者を把握するためのアセスメントシート等様式を添付のこと。

○ 痴呆性高齢者の自立度
(平成7年)

(平成7年)			(平成13年)		
ランク	人数	割合	ランク	人数	割合
I	人		I	人	
II a	人		II a	人	
II b	人		II b	人	
III a	人		III a	人	
III b	人		III b	人	
IV	人		IV	人	
M	人		M	人	
痴呆なし	人		痴呆なし	人	
合計	人		合計	人	

○ 痴呆性高齢者の介護者の続柄
(平成7年)

(平成7年)			(平成13年)		
項目	人数	割合	項目	人数	割合
夫	人		夫	人	
妻	人		妻	人	
息子	人		息子	人	
娘	人		娘	人	
息子の妻	人		息子の妻	人	
その他の同居家族	人		その他の同居家族	人	
その他	人		その他	人	
介護者なし	人		介護者なし	人	
無回答	人		無回答	人	
合計	人		合計	人	

※痴呆性高齢者の日常生活自立度判定基準分類使用

—3—

II 早期発見、早期対応体制に関する実態

1 痴呆性高齢者の把握経路、相談件数、初回相談の主訴、処遇状況（市町村内における状況）

○ 痴呆性高齢者の把握経路（平成13年度実績）

把握方法	把握数	把握方法	把握数	把握方法	把握数

○ 痴呆性高齢者の相談を受けている事業名及び相談件数（平成13年度の初回相談について記載のこと）

事業名	相談件数	事業名	相談件数
	件		件
	件		件
	件		件

○ 初回相談の主訴及び処遇状況（平成13年度実績）（機関名）

相談経路	件数	主 訴	件数	処 遇			その他 (具体的に記載のこと)
				問題なし (1回の相談で終了)	実 件	延 件	
家族が対応に困って来所		本人の生活の変化がでてきた					実 件 延 件
本人が困って来所		金銭管理ができない		経過観察	実 件	延 件	
他機関の紹介		問題行動がでてきた		関係機関紹介	機関名 () 実 件	延 件	
その他 (具体的に)		近隣住民とトラブルがある			機関名 () 実 件	延 件	
		その他 (具体的に記載のこと)		機関名 () 実 件	延 件		
				家庭訪問	実 件		

-20-

2 関係機関での早期発見、対応状況

○ 痴呆性高齢者の把握経路（平成13年度実績）

機関名	把握方法	把握数	機関名	把握方法	把握数

○ 痴呆性高齢者の相談を受けている機関名、事業名及び相談件数（平成13年度の初回相談について記載のこと）

機関名	事業名	相談件数	相談時使用する早期発見方法（長谷川式等）

○ 初回相談の主訴及び処遇状況（平成13年度実績を機関別に記載のこと）（機関名）

相談経路	件数	主 訴	件数	処 遇			その他 (具体的に記載のこと)
				問題なし (1回の相談で終了)	実 件	延 件	
家族が対応に困って来所		本人の生活の変化がでてきた					実 件 延 件
本人が困って来所		金銭管理ができない		経過観察	実 件	延 件	
行政機関の紹介		問題行動がでてきた		関係機関紹介	機関名 () 実 件	延 件	
その他 (具体的に)		近隣住民とトラブルがある			機関名 () 実 件	延 件	
		その他 (具体的に記載のこと)		機関名 () 実 件	延 件		
				家庭訪問	実 件		

-21-

○ 初回相談の主訴及び処遇状況（平成13年度実績）（機関名）

相談経路	件数	主 訴	件数	処 遇			その他 (具体的に記載のこと)
				問題なし (1回の相談で終了)	実 件	延 件	
家族が対応に困って来所		本人の生活の変化がでてきた					実 件 延 件
本人が困って来所		金銭管理ができない		経過観察	実 件	延 件	
行政機関の紹介		問題行動がでてきた		関係機関紹介	機関名 () 実 件	延 件	
その他 (具体的に)		近隣住民とトラブルがある			機関名 () 実 件	延 件	
		その他 (具体的に記載のこと)		機関名 () 実 件	延 件		
				家庭訪問	実 件		

○ 初回相談の主訴及び処遇状況（平成13年度実績を機関別に記載のこと）（機関名）

相談経路	件数	主 訴	件数	処 遇			その他 (具体的に記載のこと)
				問題なし (1回の相談で終了)	実 件	延 件	
家族が対応に困って来所		本人の生活の変化がでてきた					実 件 延 件
本人が困って来所		金銭管理ができない		経過観察	実 件	延 件	
行政機関の紹介		問題行動がでてきた		関係機関紹介	機関名 () 実 件	延 件	
その他 (具体的に)		近隣住民とトラブルがある			機関名 () 実 件	延 件	
		その他 (具体的に記載のこと)		機関名 () 実 件	延 件		
				家庭訪問	実 件		

-22-

県で作成した普及・啓発用パンフレット「痴ほうの予防に向けて」縮小版



Contents

目次

1 痴ほうとは	1
2 「まけ」と「痴ほう」の違い	2
3 痴ほう予防のポイント	3
4 痴ほう予防の具体的な方法	4
5 痴ほう予防の具体的な方法	5
6 痴ほう予防の具体的な方法	6
7 痴ほうの検査と診断	7
8 痴ほうの治療	8
9 痴ほうの介護と予防	9
10 痴ほうの予防と介護	10
11 痴ほうの予防と介護	11
12 痴ほうの予防と介護	12
13 痴ほうの予防と介護	13
14 痴ほうの予防と介護	14
15 痴ほうの予防と介護	15
16 痴ほうの予防と介護	16
17 痴ほうの予防と介護	17
18 痴ほうの予防と介護	18
19 痴ほうの予防と介護	19
20 痴ほうの予防と介護	20
21 痴ほうの予防と介護	21
22 痴ほうの予防と介護	22
23 痴ほうの予防と介護	23
24 痴ほうの予防と介護	24
25 痴ほうの予防と介護	25
26 痴ほうの予防と介護	26
27 痴ほうの予防と介護	27
28 痴ほうの予防と介護	28
29 痴ほうの予防と介護	29
30 痴ほうの予防と介護	30
31 痴ほうの予防と介護	31
32 痴ほうの予防と介護	32
33 痴ほうの予防と介護	33
34 痴ほうの予防と介護	34
35 痴ほうの予防と介護	35
36 痴ほうの予防と介護	36
37 痴ほうの予防と介護	37
38 痴ほうの予防と介護	38
39 痴ほうの予防と介護	39
40 痴ほうの予防と介護	40
41 痴ほうの予防と介護	41
42 痴ほうの予防と介護	42
43 痴ほうの予防と介護	43
44 痴ほうの予防と介護	44
45 痴ほうの予防と介護	45
46 痴ほうの予防と介護	46
47 痴ほうの予防と介護	47
48 痴ほうの予防と介護	48
49 痴ほうの予防と介護	49
50 痴ほうの予防と介護	50

痴ほうの予防に向けて

高齢になる年齢でも痴ほうになるわけばかりではありません。痴ほうになるのは65歳以上の高齢者100人中7人くらいのおおむねです。

しかし、高齢化が進むにつれて、痴呆症患者の増加が急速に進んでいます。

厚生労働省の報告によりますと、65歳以上の世帯以上の痴呆症患者数は2000年(平成12年)で全国に190万人いると推定されています。

痴ほうは、本人だけでなく介護する家族にも大きな負担をかける、高度なケアが必要とする疾患、介護費用が非常に大きいです。

1999年(平成11年)に痴呆症対策で、65歳以上の高齢者約600万人を対象に調査した結果、「痴呆の予防のための認知症予防から、痴ほう予防までの段階は、約7割が実現できていない」と報告されています。

痴呆症では、認知症の発生を予防するために、認知症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。

痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。

1. 「痴ほう」とは

痴ほうとは、脳の機能が低下し、「思っているとおりに行動できなくなる」「物忘れがひどくなる」「日常生活が支障をきたす状態のこと」をいいます。

痴ほうは、認知機能が低下することで起こる「認知症」の総称です。認知症の種類はアルツハイマー型痴呆、血管性痴呆、混合性痴呆などがあります。痴呆は、脳の神経細胞が死んでいくことで起こります。

また、アルツハイマー型痴呆に関しては、その原因がまだ明らかになっていません。そのほかにも、痴ほうを引き起こす原因はさまざまあり、原因が不明なものもあります。

痴ほうは、高齢になると発症率が上がります。認知症の有病率も、65歳で約1割、75歳で約2割、85歳で約4割と、年齢が高くなるにつれて発症率が急激に高くなる傾向があります。

痴ほうは発症するも、適切なケア、支援があれば、生活はできます。しかし、適切なケアがなければ、認知症による介護や医療費の負担が非常に大きくなります。

痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。

2 「まけ」と「痴ほう」の違い

痴呆症による「まけ」と「痴ほう」は、その症状や進行の速さ、原因などが異なります。痴呆症による「まけ」は、認知機能が低下し、日常生活が支障をきたす状態のことです。痴呆症による「まけ」は、認知機能が低下し、日常生活が支障をきたす状態のことです。

痴呆症による「まけ」と「痴ほう」の違いは、その症状や進行の速さ、原因などが異なります。痴呆症による「まけ」は、認知機能が低下し、日常生活が支障をきたす状態のことです。痴呆症による「まけ」は、認知機能が低下し、日常生活が支障をきたす状態のことです。

痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。痴呆症予防と介護を同時に進めたいと考えています。

用語の解説

【あ】

■アルツハイマー型痴呆 (ATD)

老年期に痴呆症を示す疾患の1つで、最も多いのが、脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆である。主として、初老期に発病するアルツハイマー病 (AD) と老年期に発病するアルツハイマー型老年期痴呆に区別される。

■IADL (手段的日常生活能力)

ひとりの人間が独立して家庭生活を送るために必要となる買い物、炊事、掃除、電話のやりとり、書類の記入などの判断を含む行動をいう。

■ICD-10

ICDとは「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」の略。現在は、第10回目の修正版として1990年の第43回世界保健総会で採択されたICD-10を使用している。異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関が作成した分類である。

【い】

■生きがいデイサービス

正式名称は「高齢者生きがい活動支援通所事業」。要介護状態にならないための自立支援施策。在宅高齢者が通所により各種サービスを受け、孤立感の解消、自立生活の助長及び要介護状態への進行の予防を図る。教養講座、高齢者スポーツ活動、日常動作訓練、食事、入浴などを行う。対象者は、概ね65歳以上の高齢者で、介護保険法の認定の結果、要支援又は要介護にならなかった者、又はそれに相当する者。

【え】

■ADL (日常生活動作能力)

人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことであり、具体的には、①身の回り動作 (食事、着替え、身だしなみ、排泄、入浴)、②移動動作等である。

【お】

■オッズ比

ある条件にある人が、その条件のない人に比べて、何倍その病気にかかりやすいかを示す数字。

■OT(occupational therapist)

作業療法士の英字の略字。作業療法とは、何らかの原因で身体の機能に障害を持った人に、工作や手芸などの作業、生活動作の訓練などを通じて、機能の回復や機能の低下予防を図る。作業療法士は、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行う者。

【か】

■介護予防

高齢者ができる限り寝たきり等の要介護状態等に陥ったり、さらに悪化することがないように、高齢者の状態に応じた必要な支援を行うことをいう。

■回想法

何かの刺激をきっかけに浮かんでくる昔の回想、忘れていた記憶を呼びさまし、一瞬にうちに蘇ることがある。特に高齢になると、過去の経験や出来事を回想することが増える。この無意識に起きる行為を利用して、心理的安定を促す老人の精神保健向上のための治療的技法。

【く】

■QOL (生活の質 クオリティ・オブ・ライフ)

人々が生前にいかなる質を持って幸せに生きたかという生活の質であり、保健や医療状況の善し悪しを図る指標として使用している。QOLには2つの面があり、1つは本人の主観的意識で、生活における満足感や生きがい感。もう1つは、衣食住などの充足度や生活環境あるいは健康度など、客観的な指標である。

【け】

■ 軽度痴呆

軽度痴呆は、知能低下の程度が軽い痴呆という意味であり、疾患の進行度を示す用語ではない。軽度痴呆の診断ということと痴呆性疾患の早期診断とは別な問題である。

■ 健康づくり推進員（健康推進員）

地域での積極的な健康づくりを推進し、もって個人及び地域の健康づくり活動に対する意識の向上を図ることを目的として活動している団体。各町内会等範囲で健康づくり推進員を置いている。

■ 言語能力

言葉を理解したり、話したり文章を読んだり書いたりする能力。

【こ】

■ 高次能機能障害

痴呆、意識障害、失語など、脳の機能が低下しているものは何でも含まれる広い概念。厚生省(旧)の調査委員会では、高次能機能障害は適切ではないとして、若年痴呆という言葉が提案されている。理由は、言葉を正確に訳すと高次皮質機能障害とすべきだからという見解。

■ ゴールドプラン21

今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向として、平成12年(2000年)に世界最高水準の高齢化率となる中で、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るため、新たなプランを策定した。プランの期間は、平成12年度から16年度までの5か年。

【さ】

■ 在宅介護支援センター

在宅の寝たきりや痴呆性高齢者等の介護に関する相談に応じ、介護に関する総合的な各種のサービスが受けられるよう関係機関との連携調整を図る機関である。

【し】

■ 人格

適切なその人らしい感情の表現や、行動パターンの維持などで認められる。

【せ】

■ 精神遅滞

成長と発達の段階で精神という脳の高次機能が発達障害を起こし、ある意味で固定することを言う。精神遅滞は、知能だけが劣っていると考えられやすいが、精神の総合的な能力の発達が遅れ、低いレベルに留まるために感情や意志などの障害も伴うことを考慮すべきである。障害の程度によって、重度、中度、軽度、境界域と分類する。

■ 成年後見制度

痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者等、精神上の障害によって判断能力が十分でないものを保護し、財産管理や日常生活での援助をするための制度である。現行民法での禁治産・準禁治産制度を改正して、「補助」、「補佐」、「後見」の3類型を制度化し、また、本人が予め契約により後見人を定めておく任意後見制度が定められている。

■ せん妄

軽い意識混濁に錯覚や幻覚、まとまりのない言動、興奮などを伴った一種の錯乱状態のこと。脳障害に起因するものであり、痴呆老人にはしばしば見られる。

【ち】

■ 痴呆性高齢者

脳の器質的障害により痴呆（一度獲得された知能が持続的に低下すること）を示している高齢者。

■ 痴呆予備群

一般に通用している痴呆性疾患の臨床診断基準は、第一に「痴呆」の存在が認められることを条件にあげているので、この基準に従うかぎり、痴呆が発現する以前の段階で、痴呆性疾患を早期診断することはできないこととなるが、本マニュアル内では、「痴呆のリスクが高い人達」と定義し、全員が痴呆になるとは限らないが、痴呆になる可能性が高い状態。リスクがあるから、痴呆にならないための対応が必要な人たちのことである。事例集内では「前痴呆」とも表現している。

【の】

脳血管性痴呆

老年期に痴呆症を示す疾患の1つ。脳の血管病変、主に多数の脳梗塞によって梗塞周囲の神経細胞や神経繊維が障害される。手足のしびれ、めまい、嘔吐など、脳虚血発作を繰り返すうちに痴呆が目立ってくる場合と、突然の脳卒中を機に、痴呆が現れる場合があり、アルツハイマー型痴呆より急激である。

【ひ】

PT (physical therapist)

理学療法士の英字の略字。理学療法とは、何らかの原因で身体の機能に障害を持った人に、筋力の増強などの運動療法、温熱・電気などを使った物理療法を中心に施し、日常生活を送るうえでの基本的な運動能力の回復を図る。理学療法士は、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を業とする者。

【ふ】

ファシリテーター

促進役、調整し、促す役のこと。話を広めたり、深めたり、進めたり、あるメンバー同士をつないだりする役割を行う。東京都老人総合研究で養成している地域型痴呆予防プログラムにおけるファシリテーターは、行動変容とグループワークを学んだファシリテーターが活動を援助する役割を果たしている。

【ほ】

呆け老人をかかえる家族の会

痴呆患者の介護経験のある家族を中心とした自助的組織。1980年に発足。全国の都道府県に支部を持つ組織である。会報の発行、介護経験者による相談などを行っている。

【や】

ヤング・オールド作戦

高齢者が、できる限り「若々しい高齢者（ヤン

グ・オールド）」として、健康で生き生きとした生活が送れるようにするための一連の施策を名付けたもの。特に前期高齢者(65歳～74歳)に関して、積極的な社会参画を進めるねらいも込めている。

【よ】

要援護者（要援護高齢者）

寝たきり高齢者、介護を要する痴呆性高齢者、疾病等により身体が虚弱な高齢者等身体上又は精神上の障害があつて、日常生活を営むのに支障がある高齢者のことをいう。

【り】

リスクファクター

疾患を進行させる原因として、多くの要素が関わっていると言われており、それらを危険因子、リスクファクターと呼ぶ。

リーガルサポート

一般的には法的な支援のことであるが、司法書士会が「社団法人成年後見センターリーガルサポート」を設立し、成年後見制度の中で、高齢者や障害者等が安心して自らの意志に基づいた日常生活が送れるように支援し、権利の擁護と福祉の増進に寄与することを目的として活動している。

【ろ】

老人性痴呆疾患センター

老人性痴呆疾患患者等の専門医療相談、鑑別診断、治療方針選定、夜間や休日の救急対応、個別の患者の処遇に係る関係機関との調整や地域保健医療・福祉関係者に対する技術援助等を行うセンター。精神病院又は精神科を有する総合病院が指定される。

老人クラブ

加入年齢は概ね60歳以上で、同一地域に居住している約50人程度で組織されている。高齢者による自主的な組織活動で、会員相互の親睦を深めるとともに、社会奉仕等の社会参加により、生きがいを高めようとする活動を行っている。

事 項 索 引 — 和 文 —

【あ】

IADL …27, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50,
64, 66, 87, 90, 91, 129, 130, 178, 180,
189

悪疫質…15

アルツハイマー型痴呆…14, 16, 17, 18, 28, 29, 30,
44, 157, 167, 169, 184,
189

アルツハイマー病…33, 39, 167, 184, 189

【い】

生きがいデイサービス…6, 38, 189

医原性の精神障害…13

異常睡眠…15

【う】

ウェルニッケ脳症…17

うつ病性障害…13

【え】

Ax i s V…148, 151

ADL…16, 76, 143, 175, 189

HDS-R（長谷川式簡易知能評価スケール）
…15, 43, 51, 67, 87, 174, 194

MMSE…43, 52, 87

【お】

オッズ比…189

OT…65, 77, 126, 163, 189

【か】

回想法…78, 121, 173, 189

覚醒度…173

感染性病原蛋白（プリオン）…17

肝性脳症…16

カンファレンス…67, 102, 113, 142

【き】

器質性因子…11, 12

QOL…18, 77, 176, 189

禁治産・準禁治産制度…190

【く】

クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）…17

【け】

軽度認知障害…24, 26, 40, 41, 44, 58, 59, 64, 84, 91

【こ】

高脂血症…90, 131, 132

高次脳機能…11, 66, 76

高次皮質機能障害…11, 13, 190

甲状腺機能低下症…17

ゴールドプラン2 1…3, 190, 194

コンセンサス…90

【さ】

在宅介護支援センター

…31, 59, 71, 72, 79, 82, 83, 84, 86, 90, 93, 94, 95,
96, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 108, 111, 120, 123,
125, 126, 127, 130, 136, 137, 139, 142, 150, 160,
161, 163, 164, 165, 170, 182, 190

【し】

神経心理学的検査…66, 67

神経梅毒…17

神経変性疾患…17

進行麻痺…17

【す】

随伴症状…73

スクリーニング

…23, 24, 26, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 59, 64,
87, 89, 100, 109, 111, 126, 145, 146, 152, 174, 178

【せ】

精神遅滞…13, 190
 前頭側頭型痴呆…17
 せん妄…11, 12, 13, 15, 44, 67, 68, 190

【た】

代謝性疾患…17
 多軸診断法…13

【ち】

遅延再生の障害…167
 痴呆性高齢者…2, 3, 4, 5, 6, 10, 32, 60, 69, 70, 71,
 72, 73, 79, 92, 97, 117, 120, 122,
 125, 127, 136, 137, 138, 145, 160,
 161, 164, 166, 173, 176, 182, 183,
 190, 191, 196, 198
 痴呆予備群…3, 26, 32, 37, 38, 39, 44, 45, 58, 59,
 60, 64, 80, 82, 84, 87, 89, 90, 91, 105,
 106, 108, 109, 110, 111, 165, 190

【て】

デイケアプログラム…60, 64,
 DMS－Ⅲ－R…147, 148, 151
 DECO…42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 64, 87, 180

【と】

トネペジル…167

【の】

脳梅毒…17

【は】

バイタルサインチェック…142
 徘徊支援ネットワークシステム…60, 71, 72

【ひ】

非器質性精神障害…12
 ピック病…17
 P T…65, 126, 163, 191
 ビンスワンガー病…17

【ふ】

ファシリテーター…108
 フォーカスグループ…30, 89
 プレシードプロシードモデル…90

【へ】

ペラグラ脳症…17

【ほ】

呆け老人を抱える家族の会…70, 160, 191, 195, 199
 ホームヘルパー…45, 102, 166

【ま】

マンパワー…86, 87, 99, 101, 102, 114

【や】

薬剤性痴呆…17
 ヤング・オールド作戦…191
 要援護者…191

【り】

リアリティーオリエンテーション…172
 リーガルサポート…166, 191
 リスクファクター…19, 25, 90, 191

【ろ】

老人性痴呆疾患センター
 …59, 66, 72, 84, 164, 169, 170, 191, 198
 老人性痴呆疾患治療病棟…65
 老人保健施設…65, 102, 103, 120, 125, 127, 136, 150,
 160, 163, 198, 199
 痴呆対応型老人共同生活援助施設（グループホーム）
 …3, 65, 71, 84, 102, 125, 166, 175, 198, 199
 老人クラブ…31, 37, 38, 59, 83, 105, 106, 110, 116,
 120, 121, 123, 125, 126, 127, 128, 134,
 135, 136, 137, 138, 139, 143, 158, 163,
 182, 191

引用・参考文献

第1章 / 用語の解説

- ・「老年期痴呆診療マニュアル第2版」日本医師会発行1999
- ・ゴールドプラン21「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向」厚生労働省作成資料
- ・新 老人のぼけの臨床 医学書院 柄澤昭秀 1999
- ・痴呆患者さんを理解する 監修 財団法人 健康・体力づくり事業財団 行政学会印刷所 平成11年8月10日発行
- ・2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～ 2003年6月26日 高齢者介護研究会報告書

第2章第1節

- ・厚生省保健医療局精神保健課『老人性痴呆疾患診断・治療マニュアル』,新企画出版社,1991
- ・American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition revised, American Psychiatric Association. Washinton D.C.,1987
- ・American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, American Psychiatric Association. Washinton D.C.,1994
- ・World Health Organization (WHO), The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders ; Clinical description and diagnostic guidelines, World Health Organization. Geneva,1993
- ・Folstein,M.F.,Folstein,S.E.,&McHugh,P.R., “Mini-Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician” , J. Psychiatr. Res.,12:189-198,1975
- ・加藤伸司・長谷川和夫他,「改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成」,『老年精神医学雑誌』2(11):1339-1347,1991
- ・田子久夫, 森由紀子, 黒須貞利, 丹羽真一, わが国におけるもの忘れ外来の現況-精神科における「もの忘れ外来」, 老年精神医学雑誌, 11(11): 1203-1209 (2000).
- ・田子久夫,小林直人,森由紀子他:痴呆のための病診連携のとり方,老年精神医学雑誌,13(1):43-47, 2002.

第2章第2節

- ・鈴木庄亮, 久道 茂編. シンプル衛生公衆衛生学 2003. 南江堂:東京、2003年
- ・ジェフリー ローズ著、曾田研二、田中平三監訳. 予防医学のストラテジー—生活習慣病対策と健康増進. 医学書院:東京、1998年
- ・柳川 洋、中村好一編. 公衆衛生マニュアル2002. 南山堂:東京、P54, 2002

第2章第3節

- ・指導者のための介護予防完全マニュアル 包括的なプラン作成のために 2004. (株)東神堂 編集・発行 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団
- ・Morris MC ら, Dietary intake of antioxidant Nutrients and the risk of incident Alzheimer Disease in a biracial community study. JAMA, June 26, Vol. 287, No. 24, 2002
- ・Engelhart MJ, Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer Disease. JAMA, June, 26, Vol. 287, No. 24, 2002
- ・Orgogozo JM, Wine consumption and dementia in the elderly : a prospective community study in the Bordeaux area. Rev Neurol (Paris); 153: 3, 185-192, 1997

- Lindsay J ら, Risk factors for Alzheimer's disease : A prospective Analysis from the Canadian study of health and aging : American J. of Epidemiology, V. 156, No. 5, 445-453, 2002
- Kalmijn, Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam study. Annals of Neurology V. 42, No. 5, 776-782, 1997
- Barberger-Gateau , Fish, meat, and risk of dementia : cohort study. BMJ, Oct. 26 ; 325 (7370): 932-933, 2002
- Lindsay J ら, Risk factors for Alzheimer's disease: A prospective Analysis from the Canadian study of health and aging : American J. of Epidemiology, V. 156, No. 5, 445-453, 2002
- Yoshitake T ら, Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population : Neurology 45, 1161, 1995
- Laurin ら, Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. Arch Neurol ; V. 58, 498-504, 2001
- Wilson RS, Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA, V. 287, No. 6, 742-748, 2002
- Verghese, Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. N Engl J Med 348; 25, 2003
- Fratiglioni L, Influence of social network on occurrence of dementia ; a community-based longitudinal study. The lancet, V. 355, 1315-1319, 2000
- Hebert ら, Vascular Dementia incidence and risk factors in the Canadian study of health and aging. Stroke, 2000, 31; 1487-1493
- Yoshitake T ら, Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: Neurology 45, 1161, 1995

第2章第4節

- Jorm A J & Mackinnon A, Psychological Association Scale: User's guide and materials. Anutch Ltd. 1995.
- Barberger-Gateau P, Neuropsychological Correlates of Self-Reported Performance in Instrumental Activities of Daily Living and Prediction of Dementia. J. of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES, V. 54B, No. 5, P293-P3.
- Ritchie K, The Validation of an Informant screening Test for Irreversible Cognitive Decline in the Elderly: Performance Characteristics Within a General Population Sample Int. J. of Geriatric Psychiatry, V. 11, 149-156, 1996
- M.F.Mendez, J.L.Cummings. Dementia; A Clinical Approach, 3rd Ed. 2003, 1-39.
- 老年期痴呆診療マニュアル. 長谷川和夫監修. 日本医師会雑誌臨時増刊号 ; 114(10), 日本医師会, 東京, 1995.

第2章第5節

- 「社団法人呆け老人を抱える家族の会」 ホームページより参照
- Alzheimer's Disease International (国際アルツハイマー病協会) ホームページより 「If there is no self-help group in your local area, you could start one」 参照 ; 筆者意識
- 高齢者痴呆介護実践講座 I
- 平成14年度介護支援専門員実務研修資料 社会福祉法人福島県社会福祉協議会
介護予防研修テキスト 社会保険研究所 平成13年6月30日初版発行

- ・痴呆予防リハビリマニュアル 2001.3
山口県精神保健福祉センター、山口県健康福祉部高齢保健福祉課作成
- ・P.Dawson, D.L.Wells. Enhancing the abilities of persons with Alzheimer's and related Dementias; A nursing perspective.
痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア. 山下美根子監訳. 医学書院, 東京, 2002.
- ・J.M.Stehman, G.I.Strachan, J.A. Glenner, et al. Handbook of Dementia Care, Baltimore and London. The Johns Hopkins University Press, 1996.

第2章第6節

- ・地域保健法による新しい地域保健事業の進め方 (厚生省健康政策局計画課監修)
—保健所と市町村の役割— 財団法人公衆衛生協会発行 1997.3.20発行

第3章

- ・真山達志著: 政策形成の本質 P 68~P 107 成文堂 2001
- ・松下圭一著: 政治・行政の考え方 P 194~P 212 岩波新書 1998
- ・星 旦二編: みんなの保健計画策定マニュアル P 34~P 53 医学書院 1997
- ・駒村康平著: 福祉の総合政策 P 252~P 261 創成社 2001

事例集

- ・水口保健所: 在宅老人実態調査報告書 滋賀県水口保健所 1992.3
- ・堀井とよみ、辻元宏: 保健予防型デイケアにおける保健婦の役割 保健婦雑誌 45(13) 63-71
(1989) 18-25 医学書院 (1992)
- ・高橋三郎訳: D S M-III-R 精神障害者の診断・統計マニュアル
18-25 医学書院 (1992)
- ・堀井とよみ、関谷はる江、辻元宏、田崎正善: 痴呆性老人の初期症状としての尿失禁に関する研究 保健婦雑誌 47 (7) 568-577 (1991)
- ・中村道彦、辻元宏: 水口町早期痴呆検診報告書 水口町 1997
- ・堀井とよみ: 滋賀県水口町における軽度痴呆発見への取り組み 老年精神医学雑誌 14(1) 47-58
(2003)

執筆分担者一覧

第1章

事務局

連絡先 024-521-7165

第2章

第1節

田子久夫（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 助教授）

連絡先 024-547-1111（内線2433）

第2節

安村誠司（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 教授）

連絡先 024-547-1111（内線2210）

第3節

矢富直美（東京都老人総合研究所痴呆介入研究グループ 研究員）

連絡先 03-3964-3241（内線3103）

第4節

矢富直美（東京都老人総合研究所痴呆介入研究グループ 研究員）

佐久間啓（医療法人安積保養園附属あさかホスピタル理事長・院長）

連絡先 024-945-2608

第5節

塚原秀一（芦ノ牧在宅介護支援センター 社会福祉士）

連絡先 0242-92-3260

島野光正（星ヶ丘在宅介護支援センター 所長）

連絡先 024-951-0729

事務局（地域リハビリテーションの考え方）

佐久間啓（医療法人安積保養園附属あさかホスピタル理事長・院長）

第6節

事務局・県北保健福祉事務所・会津保健福祉事務所職員

連絡先 県北 024-534-4156

会津 0242-29-5272

第3章

矢富直美（東京都老人総合研究所痴呆介入研究グループ 研究員）

堀井とよみ（滋賀県甲賀郡水口町社会福祉協議会 常務理事）

連絡先 0748-62-8085

杉浦真由美、斎藤恵子、渋川まゆみ（事例提供・後述）

第4章（事例）

○市町村の取り組み事例

- ・飯野町 杉浦真由美（飯野町保健福祉課 保健係長）

連絡先 024-562-4307

- ・郡山市 斎藤恵子（郡山市保健所地域保健課 主任）

連絡先 024-924-2900

- ・会津高田町 渋川まゆみ（会津高田町健康福祉課主任保健師）

連絡先 0242-54-2944

- ・滋賀県水口町 堀井とよみ（前述）

○在宅介護支援センターの取り組み事例

- ・芦ノ牧在宅介護支援センター 塚原秀一（前述）

- ・星ヶ丘在宅介護支援センター 島野光正（前述）

○痴呆性高齢者の家族を支える組織の取り組み事例

- ・大内忠雄（社団法人呆け老人をかかえる家族の会福島県支部代表世話人）
連絡先 024-557-7206

○医療分野における取り組み事例

- ・福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科「もの忘れ外来」
田子久夫（前述）
- ・財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 老人性痴呆疾患センター
安田洋子（上記 老人性痴呆疾患センター 医療社会福祉部科長）
連絡先 024-925-1188

○介護保険施設等における取り組み事例

- ・医療法人安積保養園附属あさかホスピタルを含む併設施設
佐久間啓（前述）
- ・財団法人星総合病院附属介護老人保健施設「オリオン」
森 慶秋（上記 「オリオン」 施設長）
連絡先 024-952-6413
- ・グループホーム「ゆいの家」（痴呆対応型老人共同生活援助施設）
仙波千代（平成15年8月末まで「ゆいの家」管理者兼介護係長
同年9月～社会福祉法人千桜会特別養護老人ホーム宮川荘介護係主任）
連絡先 0242-54-6618

福島県痴呆予防実践マニュアル 作成検討会委員名簿

委員

区分	所属	役職名	氏名	備考
学識経験者	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座	教授	安村 誠司	
	福島県立医科大学医学部神経精神医学講座	助教授	田子 久夫	
	東京都老人総合研究所 痴呆介入研究グループ	研究員	矢富 直美	
	滋賀県甲賀郡水口町社会福祉協議会	常務理事（保健師）	堀井 とよみ	
市町村代表	飯野町保健福祉課	保健係長	杉浦 真由美	
	郡山市保健所地域保健課	主任（保健師）	斎藤 恵子	
	会津高田町健康福祉課	主任保健師	渋川 まゆみ	
在宅介護支援センター代表	星ヶ丘在宅介護支援センター	センター所長	島野 光正	
	芦ノ牧在宅介護支援センター	社会福祉士	塚原 秀一	
もの忘れ外来 (医療機関代表)	医療法人安積保養園附属あさかホスピタル	理事長・院長	佐久間 啓	
痴呆疾患センター 代表	財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	医療社会福祉部科長 (ソーシャルワーカー)	安田 洋子	
介護保険施設代表 (痴呆対応型老人共同 生活援助施設代表)	社会福祉法人千桜会 特別養護老人ホーム宮川荘 (グループホーム「ゆいの家」)	介護係主任 (管理者兼介護係長)	仙波 千代	平成15年 9月～内部 異動
介護保険施設代表	財団法人星総合病院附属介護老人保健施設 「オリオン」	施設長（医師）	森 慶秋	
利用者代表	(社) 呆け老人をかかえる家族の会 福島県支部	代表世話人	大内 忠雄	
県保健福祉事務所	県北保健福祉事務所	主任保健技師	服部 久子	
	会津保健福祉事務所	主任保健技師	鈴木 君子	



福島県痴呆予防実践マニュアル

平成 16 年 3 月 発行

編集・発行 福島県保健福祉部
生活福祉領域高齢保健福祉グループ
〒960-8670
福島県福島市杉妻町 2 番16号
☎ 024-521-7165