

## 第3章 調査結果の考察

---

## 第3章 調査結果の考察

### 1. 在宅高齢者・家族用調査

#### (1) 在宅高齢者の状況

認知症の不安がなく、日常生活に支障がない人の予防意識について、「自宅でもできる簡単な予防活動があれば取り組みたい」が40.4%（前回調査：53.4%）と最も高く、次いで「認知症を早期に発見できるテスト等があれば受けてみたい」が21.2%（前回調査：23.9%）であった。前回調査でも、この2つの項目が上位にあがっているが、今回はその数値について低下がみられた。一方、「予防活動等に取り組む必要を感じない」と「無回答」の割合は高くなっていた。

認知症を疑わせる変化に最初に気づいたのは、「家族」が82.8%（前回調査：80.6%）と最も高かった。認知症自立度別にみると、認知症の初期段階では、「本人」の症状に対する自覚や気づきを示す割合も高かった。具体的には「同じ事を何度も言ったり、聞いたりするようになった」が74.4%（前回調査：69.4%）、「置き忘れ、しまい忘れが多くなった」が71.8%（前回調査：62.5%）であった。

認知症に関する最初の相談・受診先は、「かかりつけ医」が42.4%と最も高く、次いで「ケアマネジャー」が19.5%であった。また、通院先も「かかりつけ医」が72.3%を占めていた。認知症の告知を89.2%（前回調査：79.7%）の者が受けており、その原因疾患（病名）については56.1%（前回調査：55.4%）に告げられていた。

認知症の疑い・不安に関する問について、「未受診だが認知症と思われる症状があり、生活に支障がでている」との回答は全体の6.3%（前回調査：11.0%）であり、認知症自立度別にみると「Ⅱa・Ⅱb」ランク、要介護度別の「要介護1」でそれぞれ1割を超えており、他に比べて割合が高かった。また、医師より認知症との診断は受けているが、「通院していない」との回答が14.4%（前回調査：20.9%）であった。

平成20年度調査と比較して、今回の調査では「未受診だが認知症と思われる症状があり、生活に支障がでている」、また、医師より認知症との診断は受けているが、「通院していない」との回答に低下が認められた。その要因の一つとして、認知症（疑いを含む）高齢者の受診行動の改善へとつながる、かかりつけ医とケアマネジャーを中心とした身近な地域における医療支援体制の充実が考えられる。

一方、今回の調査では、認知症に対する予防意識の低下がみられた。この点については、現在の高齢者層に加えて、次世代の認知症予防に対する意識の変化を踏まえながら、支援事業の内容や予防・早期発見から医療機関への連携のあり方について検討していくことが必要である。

軽度認知障害や初期の認知症への早期対応において、かかりつけ医とケアマネジャーの果たす役割は大きい。引き続き、認知症に対するそれぞれの専門性と連携体制の向上が求められる。

#### (2) 介護家族の状況

主な介護者の続柄は、「子」が50.9%（前回調査：40.6%）と最も高く、次いで「配偶者」が26.6%（前回調査：24.7%）であった。性別は女性が70.6%（前回調査：65.1%）を占めており、男性の約2.6倍であった。年代は「60歳～64歳」が17.6%と最も高く、次いで「55歳～59歳」が15.4%であった。今回の調査では、65歳以上の主介護者の占める割合が全体の49.4%（前回調査：53.1%）であり、前回と比較して低下した。

主な介護者の59.5%（前回調査：55.1%）は、何らかの介護に関する負担感を持っており、認知症が重症化するほど、介護上の負担感や費用面での経済的負担感が増す傾向にあった。また、介護を始めてから主介護者の健康状態が「悪くなった」という回答は27.2%（前回調査：33.3%）であった。介護における症状別の負担感を尺度値で表すと、最も負担が大きかったのは「もの忘れ」、次いで「同じことを何度も聞く・言う」、「尿・便失禁」であった。負担感が大きかった3つの項目は、前回の調査結果と同様であった。

介護者へのサポート状況について、介護サービスのスタッフ以外で介護を手伝ってくれる人が「いる」との回答は66.0%（前回調査：50.8%）であり、主に「同居の家族」と「同居の家族以外の親族」であった。しかしながら、介護を手伝ってくれる人が「いない」との回答は、前回調査と同様に3割を占めていた。介護のことで何でも相談できる人が「いる」との回答は88.2%（前回調査：72.5%）であり、主に「ケアマネジャー」と「同居の家族」であった。

前回調査と比較して、今回は介護に何らかの負担感を持つ主な介護者の割合が増加した。また、「認知症コールセンター」の認知度は、1割に留まっている。一方、介護者へのサポート状況の結果から、主な介護者に対する家族・親族の身近な支援やケアマネジャーを中心とした介護に関する相談体制の進展がうかがえる。

地域における認知症高齢者の支援では、本人と家族を一体的にサポートすることが大切である。近隣の人、家族会、ボランティアなどによる身近な支え合いのネットワークを構築するとともに、直接的に介護負担感の軽減につながる電話相談、継続的な訪問支援、日常の介護方法やストレスの対処に関する問題解決型コーチングなどの充実が求められる。

## 2. 医療機関用調査／ものわすれ外来協力医療機関用調査／介護保険事業者用調査

### (1) 認知症の診断・治療

認知症の診療を行っている一般の医療機関（ものわすれ外来以外）は、全体の40.6%（前回調査：32.2%）であり、前回調査と比較して高くなっていた。診療が可能な原因疾患は、ものわすれ外来と医療機関のいずれにおいても「アルツハイマー型認知症」が最も高く、次いで「血管性認知症」、「レビー小体型認知症」であった。ものわすれ外来と比較して医療機関では、「レビー小体型認知症」、「前頭側頭型認知症」および「若年性認知症」について診療可能と回答した割合が低いものの、その数値は前回調査よりやや高くなっていた。また、認知症の訪問診療を行っている医療機関の割合は17.1%（前回調査：10.5%）と、前回より高くなっていた。

認知症患者への対応における医師・看護師以外の専門職の関わりの有無について、医療機関では「ある」との回答が15.2%（前回調査：15.7%）、ものわすれ外来では50.0%（前回調査：40.0%）であった。認知症患者へ対応している専門職の職種は前回調査と比較して、医療機関では「作業療法士」の割合が39.4%（前回調査：29.6%）、ものわすれ外来では「臨床心理士」が57.1%（前回調査：28.6%）、「社会福祉士」が35.7%（前回調査：14.3%）と、それぞれ高くなっていた。

作業療法士は、従来、認知症リハビリテーションやデイケアにおいて中心的な役割を担っており、国が平成24年6月に発表した「オレンジプラン」において、新たに「認知症初期集中支援チーム」のメンバーとしても位置づけられている。一般の医療機関で作業療法士の割合が高くなったことは、認知症に対応するための専門職の構成として望ましい。ものわすれ外来において臨床心理士の割合が高くなったことも、認知症患者本人と家族に対するカウンセリングや詳細な認知機能検査などに対応する専門職の配置として適切であろう。また、社会福祉士についても、権利擁護事業や支援機関との連携担当者としての働きが望まれる。

認知症の診断のため通常行う検査は、ものわすれ外来と医療機関いずれも「認知機能検査」が最も高く、次いで「MRI」、「CT」であった。全般的にみると、実施されている検査の割合は、前回調査と比較して高くなっていた。しかしながら、各検査別にみても、ものわすれ外来と比べ医療機関ではかなり低く、最も高い「認知機能検査」でも69.6%（前回調査：60.5%）であった。

ものわすれ外来と比較して一般の医療機関では、認知症に対する十分な医療スタッフ、診療機能および診療時間などを確保することが困難な状況にあると推察される。一般の医療機関と認知症の専門医療機関のそれぞれの役割と連携の方法を整理するとともに、特に、実際の診療に携わる総合病院の医師やかかりつけ医の診療レベルの向上と質の均一化が求められる。

(2) 医療と介護の連携

診断後、介護保険サービス等につなぐ必要がある場合の対応として、一般の医療機関は「連携している施設・機関を活用している」が47.5%と最も高く、次いで「近隣の居宅介護支援事業所についての情報を提供している」が32.7%、「地域包括支援センターを紹介している」が31.3%であった。この結果は、前回調査と同様の傾向であった。一方、ものわすれ外来は「近隣の居宅介護支援事業所についての情報を提供している」と「地域包括支援センターを紹介している」が53.6%と同率で最も高かった。前回と比較して、ものわすれ外来の場合、近隣の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとの連携が進んでいた。

居宅介護支援事業所からみた、かかりつけ医との連携について約8割（78.8%）の事業所が概ね満足していた。具体的な連携内容として、「（かかりつけ医から）本人の医療情報の提供を受けている」が80.1%と最も高く、次いで「（居宅介護支援事業所から）本人の自宅での様子など、日常生活に関する情報を提供している」が77.9%、「（かかりつけ医から）本人の介護に関する医療面でのアドバイスを受けている」が70.1%であった。

また、地域包括支援センターとの連携についても約7割（70.6%）の事業所が概ね満足していた。具体的な連携内容として、「本人の自宅での様子など、日常生活に関する情報交換をしている」が68.9%と最も高く、次いで「（居宅介護支援事業所から）地域包括支援センターが主催する事例検討会などへ参加している」が46.1%、「（地域包括支援センターから）介護サービス計画書への助言をもらっている」が37.7%であった。

今回の調査結果から、全般的には、ものわすれ外来を中心としながら、かかりつけ医、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所との連携に進展がみられた。しかしながら、連携に関連した自由記述の回答をみていくと、総合病院では、地域の介護保険サービスとの連携や情報提供のあり方に課題があるようだ。また、居宅介護支援事業所からの問い合わせに対する地域包括支援センターの対応の遅さや専門性の弱さを指摘する意見もあった。

高齢者にとって、医療と介護は不可分なものである。特に認知症高齢者に対しては、医療と介護を相補的な、共同的な支援として提供することが大切である。地域の実情に応じたより具体的な医療と介護の連携の在り方を検討する必要がある。

### (3) 医療間の連携

普段、認知症の診療を行っていない一般の医療機関では、認知症の診断・治療の希望があった場合、「ものわすれ外来に紹介している」が31.2%（前回調査：37.6%）と最も高く、次いで「認知症が軽度であれば（身体疾患とともに）自院で経過をみている」が24.0%（前回調査：32.8%）であった。「認知症に関しては、特に紹介や対応はしていない」との回答は9.8%（前回調査：9.8%）であった。

一方、認知症の診療を行っている医療機関は、「ものわすれ外来に紹介することがある」が65.9%（前回調査：65.7%）と最も高く、次いで「認知症疾患医療センターに紹介することがある」が27.6%（前回調査：13.4%）、「その他の医療機関に紹介することがある」が27.2%（前回調査：28.5%）であった。ものわすれ外来の場合、「その他の医療機関」が64.3%（前回調査：45.7%）、次いで「認知症疾患医療センター」が46.4%（前回調査：48.6%）、「（他の）ものわすれ外来」が32.1%（前回調査：42.9%）であった。

また、医療機関では認知症の診断・治療等に関して相談できる医療機関の有無について、「日頃から気軽に相談できる」と「相談しようと思えば相談できる」を合わせると、全体の約8割（79.1%）であった。ものわすれ外来では、約9割（85.7%）であった。

前回調査と比較して、認知症の診療を行っている医療機関は認知症疾患医療センターと、ものわすれ外来は（ものわすれ外来や認知症疾患医療センター以外の）医療機関との間に連携の進展がみられた。

これまで、一般の医療機関からものわすれ外来、ものわすれ外来から認知症疾患医療センターへの主な連携の流れが整備されてきた。さらに、今回の結果を踏まえると、ものわすれ外来を身近な地域における認知症医療の連携拠点としながら、小さな単位で、柔軟なネットワークを構築する方向性についても検討する必要があるだろう。また、この連携体制の中に認知症の診療を行っていない一般の医療機関も組み込んでいくことで、地域における認知症医療の全般的な向上を図ることが望まれる。

#### (4) 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターに対する一般の医療機関の認知度は、「よく知っていた」と「ある程度は知っていた」を合わせると36.4%（前回調査：22.3%）であった。前回調査と比較すると、医療機関における認知度は高くなっていたが、ものわすれ外来に対する認知度（87.6%）と比べると、かなり低い状況にある。

介護保険事業者の認知症疾患医療センターに対する認知度は、「知っている」が51.3%であった。

ものわすれ外来が認知症疾患医療センターに期待する機能は、「合併症、周辺症状への急性期対応、入院可能な病床情報の把握など」が85.7%（前回調査：77.1%）と最も高く、次いで「認知症医療に関する情報発信」が46.4%（前回調査：51.4%）、「認知症の鑑別診断や初期対応」が42.9%（前回調査：54.3%）、であった。前回調査と比較して、身体合併症や行動・心理症状への対応・助言、地域の入院可能な病床情報の把握・発信に対する期待が高まっている。

認知症疾患医療センターは、地域における認知症の医療福祉に関するセンター的機能を担っている。一般の医療機関やものわすれ外来に対する従来からの後方支援に加えて、今後、認知症疾患医療センターの専門的な人材と一部機能をサテライトとして、ものわすれ外来へ委ねるなど、より地域に密着した連携体制を構築する方向性が求められるだろう。引き続き、認知症の医療と介護に関する情報のデータベースとネットワーク化が必要であり、認知症に対する総合的な対策をより具体化し、継続性と一貫性のある効果評価を行うためのリサーチ機能を合わせ持つことが望まれる。専門職の研修については、かかりつけ医や認知症サポート医を中心とした医療関係者と介護関係者の連携を意図した長期的な計画と内容の充実が必要である。

### 3. 若年性認知症に関する調査

今回の調査で回答があった若年性認知症の人とその家族21名〔要介護認定者19名（回収率24.7%）+ものわすれ外来協力医療機関利用者2名〕の結果と課題を、以下にまとめた。

若年性認知症の人の原因疾患は、「アルツハイマー型認知症」が66.7%と最も高く、次いで「前頭側頭型認知症（ピック病含む）」が19.0%であった。認知症自立度は「Ⅱb」が33.3%、要介護度は「要介護1」が42.9%、身体状況は「自立」が38.1%と、それぞれ最も高い割合であった。現在の治療状況は「通院している」が95.2%で、かかりつけ医への通院が70.0%であった。介護保険サービスでは「デイサービス」の利用が38.1%と最も高く、次いで「デイケア」が23.8%であった。一方、障害福祉サービスは19.0%の者が利用していた。また、障害基礎年金の受給者が57.1%、自立支援医療の利用者が38.1%であった。生活状況についてみると、「同居人はいない」が19.0%であった。

若年性認知症の人の生活面の支援では、大きくは障害者福祉制度と介護保険制度のいずれを優先的に利用するのか、を判断するための情報提供と社会資源へのコーディネートが必要である。具体的には、障害者手帳、障害基礎年金、生命保険、就労支援（福祉的就労も含む）、自立支援医療、移動支援事業、介護保険サービス、権利擁護などの観点から、本人の優先すべきニーズにあった支援計画の立案・調整が求められる。

医療面からは、若年性認知症に対する継続的な診療支援が可能な専門外来やデイケアなどへ早期につなぐことが大切である。今回の調査からは、まず一人暮らしの状況にある若年性認知症患者と、いずれのサービスへもつながっていない人や家族への適切な支援が急がれる。また、かかりつけ医への通院が7割を占めていることから、かかりつけ医と専門機関との連携による診療支援が必要である。

主な介護者の経済的負担感は、「かなり負担」と「やや負担」をあわせると47.6%であり、今回の調査で対象とした老年期の主な介護者（37.1%）と比較して負担感が高かった。また、介護を始めてから主介護者の健康状態が「悪くなった」という回答は33.3%であり、老年期の主な介護者（27.2%）よりも高い傾向にあった。介護における症状別の負担感を尺度値で表すと、最も高かったのは「会話を理解できない」と「尿・便失禁」、次いで「物事への意欲や関心がない」であった。

その他、自由記述による回答では、新薬の開発、経済的困難さへの支援、患者の個々の状態に対応できる医療福祉サービス、社会参加・交流の場の確保などに関する要望がみられた。

若年性認知症は老年期の認知症と違い、就労期に発症し、罹病期間も20年以上に及ぶ。初期段階においては本人の病識も強く、家庭・職業生活の困難さへの強い焦燥感や不安、怒りなどの感情は、行動・心理症状の増悪を招きやすい。特に、若年性認知症は周囲に及ぼす影響も大きく、家族介護者の健康面や経済面の負担の大きさが推察される。今回の調査結果においても、老年期の介護者と比較して、若年性認知症の主な介護者では、その両面での負担感の大きさが認められた。若年性認知症患者と家族に対しては、診断・病名の告知といった初期段階からターミナル期まで、この疾患を受容する過程を支援し、一人ひとりのQOLの向上につながるよう総合的な支援体制が必要である。



#### 4. 北九州市の認知症対策への要望

認知症対策を進めるうえで北九州市が重点を置くべきことは、在宅高齢者と家族、医療機関・ものわすれ外来協力医療機関および介護保険事業者に共通して、「かかりつけ医から専門医療機関のスムーズな連携体制づくり」や「医療と介護・行政との連携強化」、「認知症を早期に発見し、予防活動や専門医療機関につなげる取組み」が上位にあがっている。これは、前回調査と比較しても概ね同様の結果であった。

つまり、認知症の予防からターミナル期の医療と介護まで、身近な地域で継続した支援が受けられる連携体制の充実が引き続き求められている。すでに、総合的な認知症対策を推進するための地域支援事業や支援機関の位置づけ、連携の方向性など、その全体像は第三次北九州市高齢者支援計画に示されている。今後はより具体的に、支援を求めている一人ひとりのニーズに応じて、誰が、どのような支援を行い、連携・継続していくのか、その連携の流れが誰にでもわかる北九州市独自のいわゆる「認知症ケアパス」の調査・研究が必要である。あわせて、適切な連携パスを作成し、運用するためのツールとして、地域の医療福祉に関する資源マップ（特に、認知症の支援機関に関するデータベース）とアセスメントシート（本人と家族の状態像に関するアセスメントと支援機関の連携連絡シート）の開発が求められる。

北九州市の「認知症地域支援事業」では、認知症に対する支援の連携を担う専門職として、高齢者支援課に「認知症地域支援推進員」が配置されている。現在のところは、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携の推進を主に担当している。今後さらに、若年性認知症も含めた認知症者と家族の支援において、様々な機関や身近な地域支援者との連携を担うコーディネーターとしての働きを期待したい。

福岡教育大学 教育学部 教授  
中村 貴志