

# 中山間地に居住する認知症患者の 実態と医療

－医師と訪問看護ステーションの連携活動から  
みえてきたこと－

天竜すずかけ病院



## 本研究の要約

天竜区の中山間地域に居住する認知症者の実態を、訪問看護ステーション天竜のこれまでの活動を通してまとめた。とくに山間地域に居住する認知症患者は老老介護や老認介護が数多く行われており、なかには認認介護例もみられた。そしてこの地域では介護サービスを理解できなかったり、世間体を気にして介護サービスを受けることに抵抗を感じている認知症患者家族も多く見られた。また山間地に居住しているため通所サービスや医師の診察も受けられないことも多く、また隣家といっても遠方のため、他の人との交流がほとんどない患者もいるなどの悲惨な実態が明らかとなった。このように限界集落ともされる中山間～山間地域に孤立して生活している在宅療養者は、今後も増加すると考えられ、国の方針とする認知症者の「病院や施設の利用から住み慣れた生活への移行」を遂行するには、医師会や訪問看護ステーション、そして地域包括支援センターなどの強固な支援ネットワークの構築が重要である。

## 1. 研究の目的

最近の統計によれば、本邦での65歳以上の高齢者人口が日本総人口に占める割合は20%を超え、そして65歳以上の高齢認知症患者はその約1/10とされているので<sup>8)</sup>、その数はおよそ240万人となるが、すでに10%を超えているという報告もある<sup>3)</sup>。われわれの訪問看護ステーションがある天竜区は浜松市内では過疎化がもっとも進んでいる地域で、天竜区の総人口は平成24年9月1日現在で約3.2万人であり、浜松市総人口(約79.7万人)<sup>10)</sup>の4.1%に過ぎない。平成22年に行われた総務省の国勢調査によれば<sup>11)</sup>、天竜区に在住する65歳以上の高齢者数は37.9%を占めており、約1.2万人で、単純に計算すると天竜区在住の高齢認知症者は1,200人となる。また天竜区の面積は944km<sup>2</sup>で、浜松市全体の60.6%を占めている<sup>10)</sup>。このように、浜松市の半分以上を占める広い地域に1,200人の認知症患者が散在して生活していることになる。

この広い天竜区には訪問看護ステーションは2箇所しかなく<sup>14)</sup>、この2箇所のステーションの総スタッフは14名(平成24年9月1日現在)である。このスタッフのみで天竜区の中山間地域に在宅で生活する認知症患者をすべて把握はできる筈はなく、浜北区の2箇所のステーションも天竜区内の一部で活動している<sup>14)</sup>ものの、十分な員数ではない。各訪問看護師ともさまざまな困難を抱えながら活動を行っており、これら困難に直面したときにはお互いに相談し、そして我々医師に相談し、また主治医の指示に従って問題の解決を図っている。本研究は訪問看護ステーション天竜がこれまでに行ってきた活動から、中山間地域、とくに山間地に居住する認知症患者の実態をあぶり出し、今後の取り組みに生かすことを目的とした。

## 2. 対象と方法

訪問看護ステーション天竜は浜松市天竜区を主とした区域を担当しており、10名のスタッフが24時間体制で97名の患者の訪問看護を行っている(平成24年9月1日現在)。これら97名の患者について、ステーションのスタッフ10名が作成した訪問看護指示書に基づいて

- (1) 認知症患者の診断名とその患者数、年齢・性別、
- (2) 認知症と診断されていないが、症状より認知症が疑われる患者数、
- (3) 認知症患者を介護する家族の年齢、介護サービスの利用について、
- (4) これらの分析から浮かび上がった山間地に居住する認知症患者の実態、などについて検討を加えた。

## 3. 結果

平成24年9月1日現在でわれわれのステーションが管理している在宅患者で認知症と診断がつけられているのは18例であるが(表1)、このうちでは老人性認知症・その他とされている例が最も多かった。これらには嗜銀顆粒性認知症や神経原線維変化型老年期認知症などの患者が含まれているものと思われる8)。アルツハイマー型認知症がこれに次いだ。

認知症が疑われているが診断がつけられていない患者が20例あり、表2のような症状を呈していた。これをみると、明らかにアルツハイマー型認知症、またはレビー小体型認知症、あるいは前頭側頭葉変性症などが疑われる例があるが、確定診断はつけられていない。

これら38例の平均年齢は女性の方がやや高齢であったが(表3)、男女の患者数に差はなかった。また主介護者の年齢については情報が得られにくく、主介護者が配偶者である19例のうちの7名で年齢の確認ができ、その平均年齢は79.7歳であった。いずれにしても高齢者が高齢認知症者を介護しているという生活ぶりが明らかとなった。

そしてこれら認知症患者がどのような人の介護を受けているのか、また介護サービスの利用状態についての結果を表4に示す。これを見ると訪問看護師によるサービスが初めての医療サービスであるとか、困難な状態で生活しているにもかかわらず、サービス利用に消極的である家庭が最も多いという山間地域に居住する認知症者の実態が明らかとなった。また、訪問看護師達によると、ほとんどの介護者が認知症について正しく理解していないこともわかった。

これら38例のうち、認知症と診断がつけられている表1の18例の患者から3例を選び出し、これらの患者の生活の状況に適応した医療的介入を行う際に浮かび上がってきた問題点について、地域医療・包括ケアの視点から成果と反省点を探ってみた。

#### 4. 症例

症例1. うつの傾向を持つ高齢者が認知症患者を介護していた例。

- ・患者：80歳男性、
- ・病名：アルツハイマー型認知症、高尿酸血症、前立腺肥大症、過活動膀胱。
- ・内服薬：アリセプト(5)1錠/日(分1)、デトルシロール(4)1カプセル/日(分1)、ザイロリック(50)2錠/日(分2)
- ・生活状況：妻と二人暮らしであるが、この妻はうつの傾向があり精神科外来へ通院中であり、一日中眠気と倦怠感を訴えていて、夫への十分な介護ができない。
- ・ケアマネジャーからの訪問看護依頼：最近物忘れがひどくなり、タバコの火の不始末が時々ある、そして怒りっぽくなってきた、食事摂取にもむらが出て

きて痩せが目立ってきた、歩行が不安定となって転倒しやすくなってきた、外出することを嫌がり、通所サービスに行くのを嫌がる、などの症状を持つ患者に対する支援・指導の依頼を受けた。

- ・使っているサービス：なし。

- ・介護度：要介護2

- ・看護の展開：週1回の介入となった。長谷川式簡易知的評価スケール（HDS-R）検査の点数は9/30点で、やや高度の認知症が疑われた。この患者には5年くらい前より興奮しやすい、怒りっぽいなどといった認知症症状が出現していたが、早期診断・治療は行われていなかった。最近では妻の言葉を聞き入れず、離れて暮らす息子や孫が訪問すると、棒を振り回して追いかけるなどのBPSDに家族は悩まされており、訪問看護師が訪問した際も、訪問販売員と思い込み、玄関より先へ入れてもらえなかったなど、当初は看護介入も困難であった。そのため、主治医に自宅での症状や状況を報告し、内服薬での症状コントロールの可否について相談したところ、主治医の往診があり、内服薬（抑肝散 3包/日）が処方された。この内服を続けるうちにBPSDは落ち着いてきて、食事摂取も出来るようになった。その後、訪問看護時に屋外歩行や体操をしたりしていくうちに会話も増え、僅かであるがコミュニケーションも取れるようになってきた。このように在宅主治医と訪問看護による適切な医療の提供とケアの継続<sup>14)</sup>により、一旦症状は改善傾向を示したが、認知症は徐々に進行してきて、嚥下障害が出現し、歩行も困難となり、尿失禁の頻度も増え、われわれが訪問を開始した半年後のある日、突然の発熱があり、入院のやむなきに至り、その後在宅復帰はできていない。

- ・症例1の考察：この患者が居住する地域は山間地で、この地域の人たちにはサービスの内容が理解されにくく、そのためサービスの定着がされにくい。そしてせっかくサービスが提供されてもそのサービス量は街中に比べて少なく、また近隣の目を気にして介護サービスの利用には消極的なことも多いなどという問題点がある。本例でも介入当初は患者本人が高度のBPSDを呈していたこと、うつ傾向のある妻が認知症患者を介護するという介護者側の問題、また近隣の人の目を気にすることなどからサービスの介入が困難であった。そして認知症介護者にはうつ症状が出現し易い<sup>8)</sup>という知識を介護者も息子家族も持っておらず、夫の介護が妻のうつ状態を悪化させた可能性も考えられた。また介護者の妻には認知症に関する理解度が十分でなく、自宅での生活の困難さを主治医に伝えきれないでいたようである。しかし、訪問看護という医療的手段が彼らの生活の場に介入したことにより、生活の中にあつたこれらの数々の問題が浮かび上がり、医師による治療も行われて、患者本人の笑顔と身体機能保持につながったと考えられた。しかし、サービス利用にも限度があるため、訪

問看護によるケアは週1回と少なく、訪問日以外の日は運動機能訓練に対する意欲は乏しかったようである。そして妻の介護も十分でなかったため、認知症の悪化による嚥下障害のため誤嚥性肺炎を発病し、入院のやむなきに至ったことは残念なことであった。この患者の場合、歩行障害の悪化時に入院、または施設入所も考えられたが、出来るだけ在宅で生活したいという家族の希望が強く、在宅療養を続けざるを得なかった。このようにこの患者の居住する環境には多くの問題があったため、認知症という病気の理解もされにくく、サービス利用も十分ではなかったが、短期間ながら医師・訪問看護連携により患者のQOL向上には貢献できたのではないかと考えられた症例である。

## 症例2. 認知症者による認知症患者の介護例

- ・患者：79歳男性、
- ・病名：アルツハイマー型認知症、2型糖尿病、大腸がん術後。
- ・内服薬：大建中湯 3包/日（分3）、アリセプト（5）1錠/日、オルメテック（10）1錠/日、ランタス12U皮下注/日（夕のみ）。
- ・生活状況：妻との二人暮らし。患者には糖尿病があり、妻にインスリン注射をしてもらっていた。数年前より、内服薬の管理や金銭管理ができなくなり、散歩に出ると帰宅できないなどの認知症症状が出ていた。介護する妻にも、「家の中に沢山の人が入ってきて、物を壊したり、盗んでいく」などといった幻視や妄想症状がみられ、そして時に何もしないでぼやーとしていることもあるなど、レビー小体型認知症に典型的な症状<sup>7) 8)</sup>を呈していたが、医師の診察・治療は受けていなかった。また世話をする娘も他所に住んでいた。
- ・使っているサービス：なし
- ・ケアマネジャーからの依頼：介護している妻の視力低下に伴い、夫へのインスリン注射の手技に不安が強くなり、また妻の幻視や物忘れも増悪し、他所に居住している娘からケアマネジャーへ相談があり、訪問看護の介入となった。
- ・介護度：介護度1
- ・看護の展開：この患者には、HDS-R検査は施行されていなかった。患者の家庭を訪問して、この男性は軽度～中等度のアルツハイマー型認知症と思われる記憶力障害や失行症状などを示し、妻もレビー小体型認知症様の認知症症状を呈していたが、本患者と妻との二人暮らしは未だ可能と判断し、今後も妻が夫へのインスリン注射を継続することを目標として訪問看護を開始した。訪問時には妻にインスリン注射の指導を行い、患者の体調維持に努めた。そして、ケアマネジャーと患者の娘に、「患者の妻は幻視の訴えが強くなってきているので、医師の診察を受ける必要がある」と説明した上で、主治医には患者

の自宅での生活状況を報告し、今後の経過観察方法などについて相談した。その結果、離れて暮らす娘が夫婦二人の生活の状態を把握できるようになり、彼女の両親への訪問が定期的に行われるようになって、サービス事業者と娘の役割分担・協力が可能となった。これらが患者本人のデイサービスやショートステイの利用につながり、そして妻の介護申請と医師受診につながった。訪問を開始して約1年後に自宅で妻が転倒し、大腿骨頸部骨折を受傷して入院したため、インシュリン注射は訪問看護師と娘が行い、通所サービス時には通所施設で受けるようになった。

・症例2についての考察：妻も（レビー小体型）認知症に罹患しており、妻が夫を介護することは非常に困難であったと思われるが、妻は「知らない人が家の中にいる、毎日泥棒が家の中に入ってくる」などという幻覚や被害妄想を持ちながら、「夫がいるから我慢が出来る」と言い、認知症である夫の存在がこれらに耐える力になったという。在宅の認知症患者の家庭には訪問看護の介入が必要であり、また一般的にその介入が行われるが、認知症症状が強く、日常生活に差しつかえるような場合には、入院・施設入所などの高度の医療的サービスが求められる。本症例では介護者が認知症のため、また主治医が遠方であることや、家族（娘）も他所に住んでいたため、この患者が医師の診察を受けることや、医師に相談することは困難であった。訪問看護師が娘に、家族看護の視点で妻の健康問題に対しても指導や相談を行った<sup>14)</sup>結果、はじめて治療につながることができ、これらの支援のもとで認知症である夫婦が現在も在宅生活が維持できていることにつながっていると思われる。このように本例は、中山間地域の診療所主治医が家族ぐるみの健康を支えるホームドクターとして、訪問看護やケアマネジャーと連携して必要なサービスを導入していくという地域包括ケア体制の重要性を示した症例である。

症例3. 山間地居住のため、通所サービスを受けるのが困難であった例。

・患者：79歳 女性。

・病名：脳血管性（ビンスワンガー型）認知症（アルツハイマー型認知症を合併）

・内服薬：ミカルディス（40）1錠/日（分1）、アムロジピン（5）1錠/日（分1）、バイアスピリン（100）1錠/日（分1）、アリセプト（5）1錠/日（分1）抑肝散 3包/日（分3）

・生活状況：娘夫婦との3人暮らし。

・使っているサービス：ショートステイ。

・介護度：介護度4

・ケアマネジャーからの依頼：患者は山間地域に居住しており、通所の送迎



が不可能である。下肢筋力の低下による転倒リスクが高いため、体調管理と下肢筋力をつけるリハビリテーション（以下リハ）とADL機能維持訓練を、このことであった。

・看護の展開：下肢筋力低下予防と日常動作の現状保持を目標として週1回の介入を始めた。HDS-Rは8/30で、やや高度の認知症と考えられ、症状として記銘力障害、歩行障害（すくみ足）、尿失禁などが見られた。身体的なリハを行うと共に会話・コミュニケーションなどの認知症に対する認知機能リハを行った。介護者（娘）の不安や相談が多く、彼女の精神的な疲弊を防ぐために、訪問看護時にはそれらを傾聴し、そして助言を与えた<sup>14)</sup>。訪問看護を重ねるにつれて、本人には笑顔が多くなり、リハ介入と娘の献身的な介護で身体機能の低下はなかった。介護していた娘はいつもわれわれの訪問看護を楽しみに待っていてくれたが、われわれが訪看を始めて2年半後に自宅で患者の様態が急変し、永眠された。

症例3についての考察：患者は山間地域に在住していたため、通所サービスを受けることが困難であった。近隣の家も遠く、日常生活においては家族以外の人と接する機会はなかった。訪問看護師が訪問するのにも遠方の山間地であるため困難を極めたが、この患者に訪問看護を行わなければ、本人への心身への刺激が少なくなり（他の人とのコミュニケーションがなく、そして身体の運動量も減少）、認知症症状の急速な進行と、それに伴って介護者の心身の疲弊をもたらし、介護者の疲弊は患者本人へも悪影響を及ぼす<sup>8)</sup>と考えると訪問看護を継続した。訪問看護サービスの提供は患者本人の心身の状態を良好に保ち、介護者の心身の健康維持に大きな効果をもたらし、訪問看護の介入の重要性を感じさせられた症例であった。

## 5. 考察

われわれは以前より天竜区のような中山間地域、とくに山間地域に居住する認知症患者の実態とそれに伴う問題点とその対処法などについて関心を持ち、それらに関する文献を検索したが、われわれが渉猟した限りではわれわれの目的にかなったものは見出すことは出来なかった。ただ、われわれの意図に近いものとしては、全国国民保険診療施設協議会が平成23年に報告した「中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業報告書」<sup>6)</sup>があるが、この報告書には中山間地に居住する認知症患者の生活実態についての記載はなく、小規模ではあるものの、われわれのこの調査報告が中山間地域、とくに山間地域に居住する認知症患者の生活実態に関する最初の報告ではないかと思われる。訪問看護は基本的には依頼があれば応ずることになっているため、天竜区のような中山間地、とくに山間地では上に提示した3症例のような困難な依頼が多い。

われわれは過去に次のような症例を経験したこともある。「高齢夫婦が二人生活をしていたが、介護者は病弱な夫で、被介護者が認知症の妻であった。夫はかいかいしく妻を介護していたが、ある日その夫が急死した。しかし、認知症の妻は夫の死が理解できず、死亡した夫の側に居た」という例<sup>5)</sup>である。この老認介護例からも判るように、老老介護、とくに老認介護・認老介護・認認介護は悲惨で、大変な危険性を孕んでいるにもかかわらず、その実態について耳にすることはあるが、論文形式の報告はほとんどない。上記のような例も含め、われわれの訪問看護ステーションスタッフがこれまで受け持っている認知症、および認知症疑いの38例について生活状況・家庭介護状況・介護サービス利用について調査した結果、天竜区のような中山間地域、とくに山間地に居住する認知症患者は次のような環境のもとで生活しているという実態が浮かび上がってきた。

① 老認介護は当たり前のようにみられる。また今回は症例として提示しなかったが、隣家といってもかなりの距離があるため、隣人との交流がほとんどない独居の認知症患者も少なからずいる。

② 認知症患者が認知症患者を介護しているのに、これが放置されていることがある。いわゆる認認介護が放置されたまま行われている家庭が散見される。

③ これら①、②の患者は介護サービスの利用方法が判らないことが多く、そしてその利用に消極的な地域もある。

④ 通所サービスを受けるにも、交通の手段がなく、家庭に引き込まざるを得なくなり、他の人達との交流がなくなってしまって、認知症が進行してしまう例もある。

⑤ 介護者が認知症について正しく理解していない、などである。

これらを簡潔にまとめ、患者数を示したのが表4である。

この表からみて、サービス利用に消極的であるとか、訪問看護が利用した最初のサービスであったという介護サービスの利用方法がわからない認知症家庭が最も多かった。そして高齢者が高齢の認知症患者を介護するという、老認介護家庭や認知症者独居の家庭の存在がこれに次いだ。山間地域居住のため、通所サービスに行けない家庭例も多くみられた。また認知症が正しく認識されていない例が非常に多く、われわれは地域包括支援センターの要請で山間地の公民館などで認知症について啓発活動をしているが(添付資料)、認知症についての理解が少なく、講演後には素朴な質問を受けることが多い。訪問看護師たちの看護記録から判断すると、認知症、または認知症疑いの患者は、今回報告した38例よりもずっと多い可能性がある。

認知症学は医学の中でも、過去約20年位の間に急速に進歩してきた領域であり、「昨日の常識は今日の間違い」とも言われる事項も多い。具体的な例の一

端を示すと、アルツハイマー型認知症と脳血管病変との関連、アルツハイマー型認知症と糖尿病との関連などがある。前者においては、以前は別の疾患のように考えられていたが、最近になり脳血管障害がアルツハイマー型認知症患者にみられるようなアミロイドβタンパクの蓄積をもたらすという研究結果が報告され<sup>2)</sup>、これら両認知症は混在することも多いことがわかってきて、混合性認知症という術語も生まれている<sup>1)</sup>。またアルツハイマー型認知症と糖尿病との関連についても、糖尿病は血管病変を惹起するので、糖尿病は血管病変による認知症との関連において語られることもあるが<sup>8) 9)</sup>、最近になり糖尿病性認知症は血管性認知症やアルツハイマー型認知症とは異なる症状や画像所見を呈するため、「糖尿病性認知症」は独立した疾患にしたほうがいいのではないかとの報告も出てきた<sup>9)</sup>。また同時に、糖尿病によって認知症またはアルツハイマー型認知症の病状が修飾されるので診断・治療・ケアなどに留意する必要があるとされるに至っている<sup>9)</sup>。このような最新の知見を、山間部に居住する人たちのみならず、都会の人へも知らしめることは、訪問看護師からの相談を受けるわれわれ医師に与えられた任務であると考えて、上述したようにわれわれは年に1～2回であるが、天竜区の山間地域で認知症についての啓発を行っている。また認知症はアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管型認知症、前頭側頭型変性症、その他の認知症などに分類され<sup>8)</sup>、そしてそれら各認知症において障害を受ける脳の部位がそれぞれ異なるので、認知症は疾患ごとに発現する中核症状やBPSDには特徴がある。このように、今後はわれわれ医師をはじめとする医療従事者は認知症を正確に診断することが必要で、患者に発現している症状を正確に理解して治療し、スタッフは各認知症それぞれの特徴に応じた医療的ケアを提供することが重要であると考えられる。

今年度発行された社会保障制度に関する「厚生労働省編 平成24年度厚生労働白書—社会保障を考える—」<sup>13)</sup>はA4版の約560頁の膨大なものであるが、認知症に関する記載は、表5を含めた約1頁(19行)に過ぎない。この報告には、「これまでは認知症サポート医の養成、かかりつけ医に対する研修、認知症サポーターの養成などの施策が行われてきていた」とし、「今後の努力義務としては地方自治体が市民後見人制度の育成、活用」などとしている。そして認知症施策のより一層の充実を図っていくために、「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、省内でプロジェクトチームを設置してこの表のような「今後の認知症施策の方向性について」の概要がとりまとめられた。この表で見ると、地域での生活を支える医療サービス・介護サービスの構築について、施設や病院のソフト面・ハード面を充実させるという意味のことが謳わ

れているが、日常在宅ケアについてはほとんど触れられておらず、大前提となる「病院や施設の利用から、住み慣れた地域での生活への移行」をいかにして行うのかについては明確には記載されていない。病院や施設の利用からの脱却とは、日常在宅ケアとなる。日常在宅ケアを重視するには通所サービスの利用、あるいは訪問看護の活用などがあげられるが、訪問看護サービスについては一切触れられておらず、その重要性はもっと認識されるべきと思われる。都会での認知症を持つ家庭においても同じことが言えるが、とくに過疎地域である天竜区などの中山間地域の家庭においては認知症や介護サービスについての理解が十分でないことも多く、これらについての啓発がとくに重要であり、これらの諸問題を解決するためには、地域医師会・訪問看護師や地域包括支援センターのスタッフ、そしてこれら各チームの活動を後方から支援する医療機関などの認知症ケアネットワークの構築<sup>6)</sup>が必要である。

## 6. 結語

訪問看護ステーション天竜のこれまでの活動をからみた浜松市天竜区の中山間地域に居住する認知症患者の実態について分析した結果、次のような問題点が浮かび上がってきた。

①いわゆる老老介護が当たり前のように行われており、認認介護が行われている家庭もある。これらの老老介護や認認介護は街中の家庭よりも多く存在しているものと思われる。

②孤立して生活していることが多く、隣家まで距離があるため隣人との交流がないことが少なくなく、このため認知症症状は進行・悪化し易い。

③山間地に居住する人のなかには介護保険サービスについての知識に乏しいことがある。

④山間地居住のため交通の便がなく、通所サービスを受けることができないこともある。

⑥ 殆どの介護者が認知症について正しく理解していない。

これらのうち、③介護保険サービスについての知識不足の家族がもっとも多くみられ、①老認介護家庭・認知症独居家庭がこれに次いだ。

これらの問題点を解決する方法として、

①当地域に点在して悲惨な生活を余儀なくされている高齢認知症患者への早期からの医療的介入という点においては、正確な認知症診断と各疾患への最適のケアを行うことを目標に、天竜地域の医師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどがネットワークを作って包括的なチーム医療を行うこと、

②そして医療介護サービスの社会資源の乏しい環境下では、中山間地に存在す

る病院施設が在宅療養支援診療所のバックアップベッド連携協力病院として機能すること、

などが考えられる。

このように限界集落ともされる中山間地域に孤立して生活している在宅療養者は、今後も増加すると考えられ、「病院や施設の利用から、住み慣れた地域での生活への移行」を遂行するにあたっては、これらの人々が市民として公的サービスを平等に享受できる条件整備も今後の大きな課題であろう。

本論文を作成するにあたり、多大のご助言をいただいた医療法人弘遠会企画調整室顧問（前医療法人弘遠会地域連携部部长）齊藤一路女さん、そしてご助力をいただいた天竜すずかけ病院総務部 田中規義さんに深く感謝いたします。

## 7. 参考文献

- 1) 猪原匡史、岡本洋子、山田真人、高橋良輔、富本秀和（2011）；混合性認知症と血管性認知障害の位置づけ。DEMENTIA JAPAN, 25：32－39。
- 2) 猪原匡史、田口明彦（2012）；血管周囲リンパ排液路を介したβアミロイドのクリアランス。DEMENTIA JAPAN, 26：292－299。
- 3) 清原 裕（2012）；認知症の疫学。日本医師会雑誌、141：515－518。
- 4) 品川俊一郎（2010）；前頭側頭型認知症におけるBPSDの治療と対応。老年精神医学雑誌、21：885－890。
- 5) 事例を通して考える認知症ケア—個別性を尊重した周辺症状への対応—、天竜すずかけ病院認知症事例検討グループ 里山チーム、看護実践の科学、2010。
- 6) 中山間地域における認知症ケアネットワーク構築事業：社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、平成23年。
- 7) 野沢宗央、村山憲男、井関栄三（2010）；レビー小体型認知症におけるBPSDの治療と対応。老年精神医学雑誌、21：879－884。
- 8) 認知症テキストブック、2008、日本認知症学会編、中外医学社。
- 9) 羽生春夫（2012）；糖尿病とADとの関連—認知症専門医の立場から。DEMENTIA JAPAN, 26：274－283。
- 10) 平成24年9月1日現在浜松市推計人口表、浜松市役所総務部文書行政課。
- 11) 平成22年国勢調査「人口速報集計調査結果」、総務省統計局（平成23年度版）。

- 1 2) 水上勝義(2010):アルツハイマー病におけるBPSDの治療と対応。  
老年精神医学雑誌、21:872-878。
- 1 3) 平成24年度厚生労働白書 一社会保障を考える一、厚生労働省編、平  
成24年、p. 394-395、全国官報販売組合。
- 1 4) 訪問看護活用ガイド2012年版;静岡県訪問看護ステーション協議会  
編。

#### 8. 語句説明

BPSD:認知症の行動・心理症状。

老認介護:高齢者が高齢の認知症者を介護。

認認介護:高齢の認知症者が高齢認知症者を介護。

訪看:訪問看護。

【表1】診断名がついている患者の内訳（18例）

アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症	脳血管性認知症	老人性認知症・その他
7人	1人	1人	9人

【表2】診断名はついていないが認知証が疑われる患者の症状  
（重複もあり実際の20例よりも多い）

記憶障害	幻視・幻聴	常同運動	抑うつ	その他
14人	2人	2人	7人	4人

【表3】

<p>認知症およびその疑い例の年齢と男女別</p> <p>平均年齢：83歳</p> <p>女性 / 19名 平均年齢84.4歳</p> <p>男性 / 19名 平均年齢81.5歳</p>
<p>主介護者の内訳</p> <p>配偶者：19名</p> <p>子または子の配偶者：15名</p> <p>独居で介護者なし：4名</p> <p>（年齢に関する情報は少なく、7名の配偶者のみ年齢が判明しているが、その平均年齢は79.7歳であった）</p>

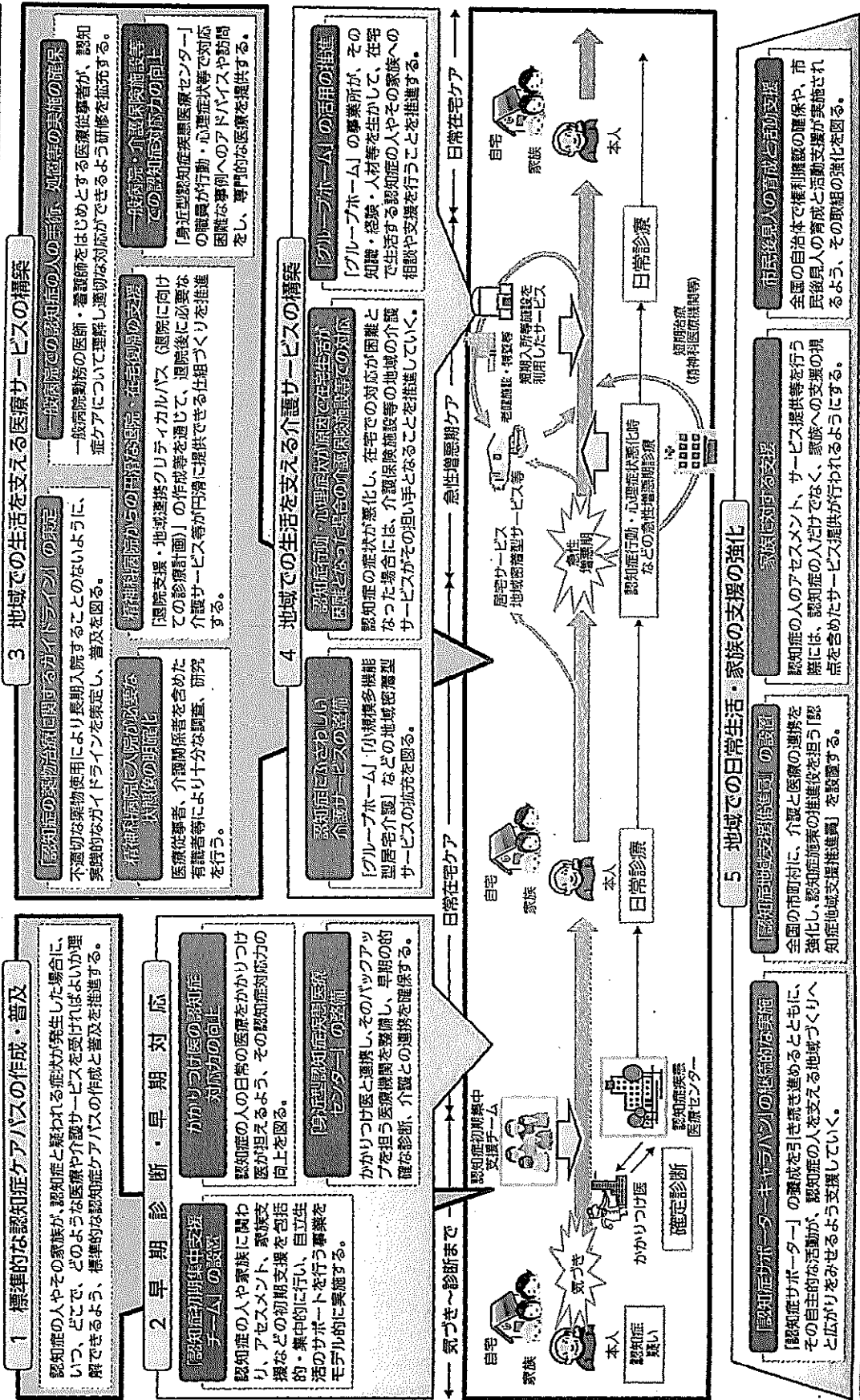
【表4】介護の実態（重複例もあるため、実際の38例を上回っている）

① 老認介護（※1）・独居	15例
② 認認介護（※2）	4例
③ 訪看（※3）が最初のサービス、サービス利用に消極的	17例
④ 通所サービスに行けない	11例
⑤ 介護者が認知症を正しく理解していない	多数

図表3-4-7 「今後の認知症施策の方向性について」の概要

今後目指すべき基本目標 - 「ケアの流れ」を変える -

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になってからも本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れるとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。



- 6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する
- 7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライブサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する



資料

天竜すずかけ病院  
副院長 西川 方夫 様  
看護部長 山本 美知子 様

地域包括支援センター天竜  
管理者 山口 圭子



### 家族介護教室に関わる講師の依頼について

平素は地域包括支援センターの事業に関しましてご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、地域包括支援センターでは毎年テーマを決めて、自宅で介護している方や地域の方たちを対象に、家族介護教室を開催しております。

そこで6月に予定しております教室で「認知症」をテーマにご講義をいただきたいと思っております。

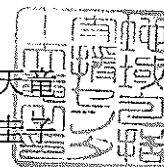
お忙しいとは存じますが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

### 記

- |      |   |
|------|---|
| 1.日時 | 平成22年6月29日(火)   |
| 2.場所 | 光明公民館   |
| 3.内容 | 講義「認知症について」 13:30~14:15<br>講義「認知症の方へのケアと対応について」 14:15~14:45<br>質疑応答 14:45~15:00 |

天竜すずかけ病院  
院長 西川 方夫 様

地域包括支援センター天竜  
管理者 山口 圭子



### 家族介護教室に関わる講師の依頼について

平素は地域包括支援センターの事業に関しましてご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、地域包括支援センターでは毎年テーマを決めて、自宅で介護している方や地域の方たちを対象に、家族介護教室を開催しております。

そこで9月に予定しております教室で「認知症」をテーマにご講義をいただきたいと思っております。

お忙しいとは存じますが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

### 記

- |      |               |             |
|------|---------------|-------------|
| 1.日時 | 平成23年9月28日(水) |             |
| 2.場所 | 昭和公民館(春野町)    |             |
| 3.内容 | 講義「認知症予防について」 | 10:00~11:00 |
|      | 質疑応答          | 11:00~11:10 |
|      | レクリエーション      | 11:10~11:30 |

平成 24 年 1 月 4 日

天竜すずかけ病院  
院長 西川 方夫 様

地域包括支援センター天竜  
管理者 山口 圭子



### 家族介護教室に関わる講師の依頼について

平素は地域包括支援センターの事業に関しましてご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、地域包括支援センターでは毎年テーマを決めて、自宅で介護している方や地域の方たちを対象に、家族介護教室を開催しております。

そこで6月に予定しております教室で「認知症」をテーマにご講義をいただきたいと思っております。

お忙しいとは存じますが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

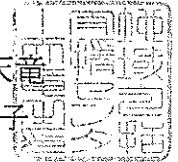
### 記

- |      |                           |             |
|------|---------------------------|-------------|
| 1.日時 | 平成24年1月24日(火)             |             |
| 2.場所 | 赤岡公民館(春野町)                |             |
| 3.内容 | 講義「認知症予防について」<br>(質疑応答含む) | 13:30~14:50 |
|      | フリフリグッパ体操                 | 14:50~15:00 |

平成 24 年 4 月 30 日

天竜すずかけ病院  
院長 西川 方夫 様

地域包括支援センター天竜  
管理者 松井 美穂子



### 家族介護教室に関わる講師の依頼について

平素は地域包括支援センターの事業に関しましてご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、地域包括支援センターでは毎年テーマを決めて、自宅で介護している方や地域の方たちを対象に、家族介護教室を開催しております。

そこで 5 月に予定しております教室で「認知症」をテーマにご講義をいただきたいと思っております。

お忙しいとは存じますが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

### 記

- |      |                      |             |
|------|----------------------|-------------|
| 1.日時 | 平成 24 年 5 月 22 日 (火) |             |
| 2.場所 | 大杓会館 (下百古里)          |             |
| 3.内容 | 講義「認知症予防について」        | 10:00～11:15 |
|      | 質疑応答                 | 11:15～11:30 |

