

てたものではないと感じています。

月岡 群馬県の粕川村というところで、頭いきいき元気塾といって、痴呆の予防プロジェクトが行われていますが、問題はこうした予防法の有効性を立証する方法がないんですね。去年から始まったんですけれども、実際いろいろな運動をしたり、絵を描いたり、お手玉をやったり音楽をやったりしています。群馬の宮永先生が一生懸命になってやられているんですけれども、もう少し判定するうまい方法があるといいなと思っていますが、先生、何かございますか。

遠藤 僕らは、前後で認知機能の検査をしています。毎回チェックします。元気度とかしゃべる回数とかというチェック方法がありますが種類によって、どれが良いテスト方法かを選ばなければいけないと思いますが、私どもはベースにはミニメンタルテストを使っています。より予防的療法では、ミニメンタル(MMSE)ではあまり動かないので、我々はSKTという、ドイツから導入したより鋭敏な方法を導入してやっています。

栗山 SKTというのは何ですか。

遠藤 シンドローム・クルツ・テスト(Syndrom Kurztest) というものですが、キットがあるので大変は大変なんですけれども、軽度の人、早期もしくはミニメンタルで20点以上の人には、そのテストでやるとけっこう動きやすいです。主に変動するのは注意力なんですよね。非薬物療法によって記憶もちょっと動くんですけど、注意力がよく動いていて、意欲・活動性の向上というところが効いてきて、けっこう反応していいデータが出ています。我々はやらないグループもコントロールとして取って、やった群がどう変わったかという事を検討しています。やはりこういった評価法の検討というのは、今後の大事な研究テーマではないかと思っています。

栗山 ちょっと枝葉の話になってしまうかもしれませんが、鋭敏なテストを使うことが非常に重要だと思うんですね。

遠藤 軽い人の場合はとくにそうです。

栗山 浜松の金子先生は、カナ拾いテストというのを非常に強調されていますけれども、カナ拾いテストとこれを比べて云々とか、あるいはもっと感度のよいテストなど何かコメントないですか。

遠藤 カナ拾いテストは主に前頭前野のテストを見てるので、簡単という意味では非常にいい方法だと思いますが病気の本質である記憶力はみていません。SKTというのは注意力、記憶力をみるテストで、10分でできる検査です。欠点は、キットがいるということでしょうか。

栗山 そのキットは、買うことができますか。

遠藤 買えます。私どももドイツで入手して来たんです。いま日本バージョンを作っているところです。

月岡 カナ拾いは私たちも一部使っているんですけれども、やはり脳の健康度チェックリストのほうが引っ掛ける率はいいようです。

ケアの力

佐々木 非薬物的な療法で、いわゆる認知症の中核症状の認知機能を高める効果というのは、実際にいろいろテストしてみて、優位の差が出たから現実的にその人にとって認知力が高まったことがどれぐらい意味があるのかということと単純に結びつかないように思います。非薬物療法に期待される効果は、認知症をどのように見るのかという見方によって、変わってくると思いますね。認知症というのは、確かに医学で言えば認知力の低下ということが主なことなんでしょうけれども、もう少し広い意味でみれば、認知症というのは脳の障害だけではなくて、その他の様々な要素を含んだ病態としてとらえられます。非薬物療法で期待されるのは、脳の障害をよくするというよりは、それに絡まっているいろいろな原因というか、悪化する原因をよ

くするというところに非常に大きな効果があるように思います。

医学では、専門家は認知症を見る場合に脳の器質性障害として、非常に力点を置いて考えますけれども、現実には私のやってきた活動のなかでは、環境、あるいは人間関係が重要な要素と感じています。患者さんを実際に見ると、意外と機能的な、精神的な問題が非常に病態に大きく関与していると感じられます。だから、少し気分をよくしてあげるだけでも違ってきます。うつ病と痴呆症の鑑別というのはよく教科書的に出ていますけれども、現実的には認知症になっていてうつになってる人というのはかなりいるわけで、その機能性の状態を治すだけでも、痴呆全体の像というのは大きく変わってくるということを経験します。

そういう面で、非薬物療法はケアと絡んだものですが、ケアの力によっていままで医学で言われていた辺縁症状というのは、いいケアやいい係わりや、いい環境やいい何か働きかけをすることによって、ほとんど解決するのではないかと思う程です。これまで我々は中核症状の認知障害があるから、辺縁症状も直接そのために出てきているというような、非常に単純な論理でその対応を展開してきたように思います。しかし、実際その間にフィルターがあって、認知症の人が示すいろいろな辺縁症状というのは、10人いればそのフィルターはみんな違うわけですから、そのフィルターを通れば10人とも違います。辺縁症状は1つの概念でとらえるのではなくて、その人その人、個人の行動とか様子というようにとらえたほうが、辺縁症状はとらえやすいのではないかなと思っています。

井形 僕もそういうフィーリングですね。中核症状はみんな共通ですけれども、周辺症状は極めて多彩でしょ。それが脳のなかのアミロイドの量と平行して出るんだったら、そんな多彩なものが出る、そんなことはないわけですね。いまおっしゃったように、その人が置かれた環

境などによって変化するわけです。だから、それを念頭に置いた対策、非薬物療法が主になるだろうと思いますね。

栗山 介護の面でも、周辺症状がいちばんトラブルの素といわれていますね。だから、周辺症状を少しでもとってやると、介護の面でも取り扱いということに対して軽減できると思いますね。

遠藤 診断することも大事なんですけども、じつは家族に対する介護負担の軽減や、本人の周辺症状をどう取ってあげるのがいちばん痴呆診療の大事なところじゃないかと思っています。

佐々木 先程申し上げましたように、後期に発病したアルツハイマー型というのは、徐々に徐々にしか進行しないものだと思います。しかし、実際の臨床では急速に進行する人がいたり、急に悪くなったりします。それは脳の病気が悪くなっているのではなく、その他の要素が悪くなっているからそうなると思われます。それは病気の本質、いわゆる脳の病気としてのプロセスから外れているというように思うんですね。そのあたりを、臨床的にどういうように関与していくかというのも、やはり我々は考えて治療していかないといけないと思います。

遠藤 骨折して1カ月入院すると症状がドツと悪くなるんですね。それは、ベッドの上で刺激のない生活をする環境が悪いと思われます。骨折や肺炎をきっかけに悪くなるという方がおられる場合、やはり医療側も環境に配慮、ケアに配慮するということが重要だと思います。介護の面はずいぶんと、そういう事が進んできていますが、医療の面ではそのへんちょっとまだ苦手なんじゃないかなと思いますね。

佐々木 しかしながら、レビー小体病で何か変なのが見えるとか、夜間譫妄だろうと言われていたのが、ドネペジルを使うとパッと消えるとか、そういうようなことも、最近はよく経験しますし、やはり薬の力も大きいなとは思いますが。

介護保険

井形 介護保険と連動して全国に3カ所認知症（痴呆）介護研究・研修センターが発足しましたが、その成果として認知症の新しいアセスメントとしてセンター方式が提案されています。従来のものと、どこが違うかという点、患者さんとか家族の立場に立ったアセスメントになっている点です。できればそれを用いて認知症対策の標準化を図りたい。厚労省はそう思っています。従来はどうしても問題症状の対応が前面に出ていましたが、こういった発想は、未来志向型のように思いますね。

遠藤 国は、今度の“2015年の高齢者介護”報告が出たときに、痴呆介護の普遍化が大事だと指摘しました。このケアマネジメントセンター方式では、ケアをするこっちが評価するんじゃないかと、その人から見たときにどう評価するかという発想の転換が入っていて、先ほどのパーソンセンタードケアという、その人らしいケアを提供するためにどうするか、どうアセスメントするか、どうプランを立てるかというように、発想の転換があるというのが画期的だと思います。

栗山 先生、すみませんが、その事をもう少し詳しく述べていただけますか。

遠藤 認知症の介護研究・研修東京センターがつくったものなんですが、国がバックアップしていて、17年度以降、多くのグループホームとか、ユニットケア、認知症をみる施設、もしくは在宅でこれを広めていくというのが国の政策に載っています。もともとはお年寄りを見るときに、こちらからどうお年寄りが問題を抱えているかという評価をしていたのが、その人から見たときに私はどういう問題があるか、どういうことを見て欲しいかというように発想の転換があります。すなわち、アセスメントする視点が全然違うわけです。その人が人間らしく生

きるためにはどうあるべきかということを前提にアセスメントプランを立てるという、発想の転換が行われた点がいまままでのアセスメントとはちょっと異なり画期的だと思います。

井形 これについてはすでにかかなりの地区でモデル事業をやっていて、高い評価を得ています。だから、全国に標準化されたアセスメントとして普及するだろうと思っています。ぜひ関心を持ってください。医療にもその影響が波及するでしょう。

栗山 介護保険にも結びつく話になってきましたので、このへんで何か追加的なお話はありませんでしょうか。介護保険の生みの親の井形先生のほうから何か。

井形 いくつかの側面がありますが、ひとつはグループホームをつくったことですね。これは、地域に密着した形で、少人数で施設みたいな形はしていますが在宅サービスの一環です。そこでは共同生活が主体で、それをサポートする人がつきます。病院だと管理する人がつきますけど、管理する人はいません。そういうことでやって、いい成績が出たものですから、急激に普及して導入のときに300だったのが、いま6,000を超えています。そして痴呆対策の主流にのし上がってきています。

介護保険を導入するときは、ドイツでもそうでしたが、痴呆患者でも身体的な障害に注目しておれば全部カバーできると思っていました。ですから、身体的なサービスをタイムスタディで計算し、コンピューターで要介護度というのを決定しました。コンピューターを入れたのは日本が最初なんですが、導入後間もなく問題点が指摘されました。認知症の人は、身体障害だけで評価することは出来ません。まず見守りが必要だし。そういうことで、痴呆の要介護度が低すぎると云うことになり、急遽、緊急に改訂した経緯があります。

だから、痴呆に関しては試行錯誤です。グループホームをつくり、それから痴呆の介護研究・

研修センターを3カ所つくって、都道府県の関係者を定期的に呼んで教育をしている施設もできました。そんなことで、今また見直しのときで、あれをどうするかということを議論しているところです。介護保険にとっては認知症はもっとも大きな課題です。

月岡 それから、医療の現場としまして、介護にしるグループホームにしる、デイサービスにしる、その内容や情報が医療をしている先生方のところに伝わっていないんですね。ですから、実際どこに送ったらいいかとか、そういう情報がまったくまだないので、そこはどこかで統合してつくらないとだめなんだろうという感じはしていますね。

佐々木 医療と介護に関する問題点というのは、認知症に関してはかなりあると思うんですね。医療のサイドで考えている認識と、介護のサイドで考えている認識というのが異なっています。ここ数年急速に離れてきました。いままでは医療側から見れば、乱暴な言い方になりますけれども、介護というのは医療に従うような、お医者さんのほうはそのように思っているんですね。そういうやり方ですと来たんですけれども、認知症に関してはここ数年、ケアこそ大切であるという考えになってきました。そのケアも、いままでやっていたような集団的な管理的な、認知症ではない人が考えたものではなくて、先ほど遠藤先生が言われたように、パーソンセンタードケアという、これはイギリスのトム・キットウッドという人が提唱した概念なんですけれども、非常に革新的な概念が日本に伝わってきたわけです。それが現在いろいろなところでシステムとしても取り入れられたり、教育もされているということで、介護のケアの分野でも、認知症に対してどうしたらいいのかというのを非常に熱心に討議されています。医療の分野ではどうしてもまだ、当然ですけれども病気という前提が強くて、介護での知識や介護との情報交換というのが、大多数の先生方

にはやはり足りないように思います。

遠藤 定期的にケア担当者会議を開くことになっているんですけど、なかなか参加できなかったり、情報が一方通行だったり、とくに福祉系のケアマネージャーが、お医者さんとなかなか連携がとりにくいということがあります。逆に月岡先生が言われたのは、医療側が介護の情報が入ってこないともあり、どこへ送ったらいんだとか、どこも満員で断られたというような現状もまた一方ではあります。

佐々木 介護側は、お医者さんにはなかなか言いにくいし、お医者さんは偉いものだと思われるし、医者に命令されると従わなければいけないというのが現場ですね。で、うつうつと不満があるというようなのも、現実ありますよね。

井形 目的は一緒ですから医療と福祉は一体化していかないとね。

月岡 どこかでそういうシステムをつくっていただくありがたいなという感じが、前からしているんですけれども。

栗山 とにかく、現在は医療だけではできません。医療と福祉が両輪の車輪になっていかないと進まないというのは、これはもう皆さんよくわかってることだと思いますね。先程グループホームのことが出ましたがもう少しディスカッションしたいんですけど、佐々木先生はグループホームに関しては、かなり思い入れがあるのではないですか。

佐々木 グループホームは、介護保険が始まる前は300あるかないかだったのが、今は6,000と、雨後の筍のように出てきて、数は非常に増えていますが、やはり質の問題が非常に問題になっています。それから、認知症のケアをする場合にはやはり専門性というんですか、認知症の方をよく理解して、その方によい関わりのできるスタッフがいちばん重要なんですけれども、やはりスタッフの養成が難しいなと感じています。

井形 痴呆介護研究・研修センター、今は認知症介護研究・研修センターと名前が変わりましたが、メインな目的の一つは急増するグループホーム対策と云って良いと思います。

遠藤 痴呆ケアに係わる人材育成というのは、これからも大事だと思いますね。僕たちがもしばけたときに、介護を頼むのは彼らなので(笑)。介護福祉士を中心に彼らをいかに上手に地域で育てるかというのは、深刻な課題だと思います。

佐々木 それからやはり、認知症はポピュラーな病気ですよ。いままでは、痴呆症という特殊な病気として係わる人も少なかったけれども、でも考えてみたら、高血圧症などと同じように、ポピュラーな病気なんじゃないかなと思いますね。

井形 非常にありふれた病気ですよ。

佐々木 だから、ポピュラーな対策というか、ポピュラーな考え方を持っていく必要があると思います。

井形 アルツハイマー病は1907年に報告されたときは、初老期痴呆といって、初老期に来る特種な精神病だと考えられていました。だから、長く注目されなかったのです。そういう背景があります。

遠藤 それが高齢化になって、それが一般化してしまったので、その一般化した病気に対する環境設定、システムですよ。連携の問題とか情報の問題では、まだ偏りがありますが、医療と福祉が上手に連携することですよ。

世界の情勢と今後の展開

栗山 それでは、世界の情勢がどうなっているかというお話をしていただきたいと思います。佐々木先生のところは、スウェーデンと提携して行き来していると聞いています。職員も向こうに行って、向こうからも来られているという話ですけども、スウェーデンの現状などお話していただけますか。

佐々木 スウェーデンの基本的なところは、認知症の方の対策を、医療スタイルから生活スタイルへ変換したところにあると思います。グループホームも、そのひとつの傾向で、これは特別な住宅というように位置づけられていて、生活を続けながら、病気としては治らないけれどもその人が一生を送っていきけるような方法を考えているというのが、スウェーデンの基本的なところじゃないかと思います。

従って医療システムも異なり、日本では認知症に係わる医師というのは専門家を中心に展開されているように考えられていますが、スウェーデンでは老年科というか、老人医という医師が中心となって認知症を見ていきます。もうひとつのポイントは、いわゆる生活ですから、地域としてとらえて、地域の医療のなかでチームを組んで取り組んでいる点です。特殊な医療モデルから、非常に普遍的な、平凡な普通の生活モデルに変換しているという、それに伴ってケアの人も医療も一般の人も、認知症に対する理解や知識も非常に普及して、うまくいってるなという感じを受けています。

日本も、だんだんそういう方向にはなってきていますけれども、日本の場合にはシステムを、形を最初に導入して、基本的な積み上げというものが足らなかったのではないかと思います。グループホームはたくさんできているんですけど、何のためにグループホームができて、そこでどんなことをやるのかというのではなくて、とにかく小さな家を建ててやればグループホームだろうと。国は、人員を揃えて何かすればそれで行けるというような、安易に考えているのではないかと私は思いますね。

栗山 具体的な例で、これはすぐにでもどこでも取り入れられることとか、スウェーデン方式のなかで何かないですか。

佐々木 スウェーデンの方式のなかでは、第一線の、日本でいえば開業医さんが地元の人の情報を耳にしたり、あるいは訪問の看護師さん

なんか「ちょっとあの人、おかしいよ」というと、そこでアセスメントをして、それから家庭内を見て、見れなくなれば地域のなかのグループホームに併設したデイサービスのようなところに来てもらって、そこに通って行って、そこでもう家で暮らすことが無理になればグループホームに入ってもらおうとか。そういうひとつのシステムが出来上がっています。それは、国が一律にそうしなさいというのではなくて、そのコミューン、コミューンごとに、自分の地域のなかでそういうようなものを構築しています。地方分権というのでしょうか、日本のシステムとは違うところですね。日本の場合には、国が決めて全部それに従っていくというようになっているように思います。

月岡 群馬県が狙ってるのは、それなんですけれども。

佐々木 そういう面が、認知症の人にとってはいちばん幸福だろうと思います。

遠藤 先生が言われたスウェーデン・モデルというのは、今度は国の政策で、小規模・多機能居宅介護というのをやろうとしているんですね。それは、普通の家を借りたり買ったりして、既存民家の活用といってまず普通の家で、先生が言われたデイサービスをやって、訪問をそこに入れたり、ショートステイを入れたり、場合によってはそこを住居にしてしまうということが、いま計画されています。やはり形から入るという面は大きいですね。主義主張というか、理念が先ではなくて形から入るというのが多いですね。今後、30床以上の施設は、特養や特定施設もつukらないということなので、今後のケアの主体は小規模・多機能に変わっていくのではないかと思います。どうも国の政策でそうなりそうですね。

栗山 井形先生は、介護保険を取り入れられるときに、世界の状況をいろいろ見られたということで、痴呆医療に関しても見聞きされたのではないですか。

井形 先ず認知症に対する考え方が、EU(ヨーロッパ連合)でも、北欧型の福祉の流れと、ドイツのような純保険とではかなりニュアンスが異っています。だから、この違いはEUが統一されるにつれて若干融和するだろうと思っています。介護保険はドイツが若干先行しましたから、ドイツの影響を受けたと云えます。最初からドイツは痴呆対策は重視されず、身体障害で一括出来ると考えられていました。わが国はそれを受け入れてスタートしましたがこちらにも批判を受けたわけです。今はしかし、ドイツも痴呆対策に力を入れ改めて品質保証法と云う法律で改善を図っています。

遠藤 2000年に、サービスをよくしないとだめだよという法律ができて、痴呆の介護もよくしようということですね。

井形 今は、ドイツでも本格的に認知症の問題に取り組んでいます。拘束禁止もやりましたし、日本の対策も参考にしながらいま一生懸命に工夫してるというべきでしょう。世界は日本でどうしたかということを見てるわけです。いつかアメリカとのディスカッションの会の準備会で、「何をテーマにしましょうか」って言ったたら、アメリカの人が「日本の介護保険の話をしてください。我々のほうは日本にお話する内容はあまりありません」て言われて(笑)。えらく遠慮深い人でしたがね。

アメリカでは、認知症に関してもボランティアが活動してますね。グループホームなんかも、ボランティアが自分の家庭でやっているのが沢山あります。日本は、介護保険を入れるときに、本当はボランティアをもっとたくさん動員するという触れ込みだったんですけど、実際はボランティアはあまり参加していません。今後の課題と云うべきですね。

遠藤 多くのボランティア団体が介護保険対象のサービスの一つになってしまったので、ちょっとボランティア的ではなくなってしまいました。

井形 それから、パーソンセンタードケアという流れが、センター方式になってきてるわけですけどね。要するに、認知症を管理する立場ではなくて、認知症の人も社会の重要な構成員のひとり、それをどうサポートするかでね。それからもうひとつは、介護保険の導入時に、介護予防ということが言われて、要支援は世界から注目を浴びたんですけれども、要支援が思ったほどは予防には役に立たなかった。今度から、ここぞというときに介護予防というサービスを提供して、そして実質の予防効果を上げようと。そのなかのひとつの柱が、痴呆症の介護予防なんですね。

遠藤 ところが先生、国の今の現状は、介護予防のなかで、筋力トレーニングと口腔ケアと低栄養だけに絞ってるんです。認知症は除くと書いてあるんです。僕はそれに疑問を感じていて、60から痴呆予防はしなければいかんと。生きがいづくりをやると。地域でがんばる必要がある、そこで期待しているのは地域支援事業です。

井形 この特集号で強く主張すれば良いと思いますよ（笑）。

遠藤 たぶん、エビデンスを求め過ぎていて、筋力トレーニングに行ってしまうので、それだけではうまくいかないと思います。やはり、60歳からきちんと地域づくりと生きがいづくりをやらないと。先生の言われる、生活のなかから来る病気というか、支援するということが必要だと思ってます。

栗山 筋力トレーニングの話が出ましたけど、あれもやはり痴呆の予防にもつながるようなことじゃないんですか。あまりそういうエビデンスはないですか。

遠藤 間接的にはそうなんですけど、やはり今は筋力を上げるということに行っていますので、マシンを置くことに目的が行ってしまっています。痴呆予防ということもマシンでできるといわれているようですが、いかがでしょうか。

趣味活動とか、それから回想法とか音楽療法とかもありますけど、やはりいろいろなメニューがあるということが大事だと思うので。ひとつだけではないと思うのですよ。自己選択、自己決定というのをやはり残していかないと。介護予防って、自己決定ってちょっと弱いんですね。市町村の保健婦さんがアセスメントして決めちゃってますよね、「あなた、運動しなさい」って。「僕は運動したくないのに、なぜさせられるの」という話で、じつは介護保険の話と逆方向の話ですよ。

井形 一部は、いわゆる老人保健法の予防サービスを取り込んだからそういうことになるのですが、本人の幸福がどうしたら実現するかは考える必要があります。

遠藤 少し介護保険の最初の理念(自己決定)と反するような気がしています。

井形 本来、介護保険は、保険料を払うことによって、権利としてサービスが選択できることが触れ込みだったのです。ところが今度の介護予防は、「あなたは介護予防に適してるから、家事援助よりこっちを受けて下さい」ということになる。Q & Aにも「強制ではない」と書いてありますが、みんながどう感ずるか問題です。

佐々木 認知症の人はなぜ困ってるのかというと、やはり認知障害があるために、周囲の方とのコミュニケーションの障害がいちばんの問題じゃないかと思うんですね。そのコミュニケーションの障害が、また個人に起きた病気に跳ね返って、ますます病気を悪くしているという悪循環の輪があります。我々は、認知症の方とどうコミュニケーションをとったらいいのかとか、コミュニケーションのとり方とか、そういうものの研究はまだほとんどやられていないと思うんです。介護予防に対しても、やはり認知症の予防というのは、何か訓練をして、何か認知力を高めて点数が上がるというよりは、年を取っても豊かにというのは、認知力が落ちてもどのようにしたらコミュニケーションができ

るのかというような、そういうものをもっと研究をして、そういうものを介護予防に役立てていくような、新たな発想というものが重要だと感じます。僕は、こういう問題はQOLと重なってくると思うんです。だから、あまりにも単純なことでは解決できないなと思います。

井形 地域介護の視点から、今度地域包括支援センターが、各自治体に法律で置かれるようになるでしょう。そこは窓口もあり地域介護の本拠になります。地域全体として、認知症の人の特徴的な症状を持った平等な構成員の一人ですから、地域のなかで早く発見出来れば地域のなかで生活出来るよう早く対策を講じられます。つまり認知症の方を地域全体で支えましょう、ということの旗を振る場所になるのです。そこを中心に、認知症が標準化された指標で客観的な評価がされるようになるとよいですね。地域全体が認知症を大きな問題として受け止めて、人類の共通の問題として対処しましょうというムードが望ましいですね。

栗山 ありがとうございます。そろそろ時間も押し迫ってきましたので、最後に痴呆の患者さんがよりよい医療を受けられるためにということで、将来的な希望といったことも含めて、一言ずつでも結構ですのでお願いできませんでしょうか。では、遠藤先生から。

遠藤 言い忘れたことも含めてですけれども、やはりいままで医療と介護というのはバラバラだったのが、やっと介護保険でつながり出したと思います。認知症の人を見る上で、最近とくに言われているのは、先程佐々木先生はコミュニケーションと言われましたが、「生活機能」をもっと見ていこうという話が出てきています。お年寄り全体を見られるような仕組みというか、医者からの見方、それから福祉からの見方ということで、生活を見ていこうという発想の流れが今あるように思うのです。先ほどからの我々の話のキーワードは地域という問題だと思うので、それを中心に置いて、これから医者や福祉

が連携していくというのがいいのかなというように思います。

栗山 では、佐々木先生。

佐々木 奇しくも遠藤先生と同じような話になりますが、私の経験で20年、病院で認知症の人を見てきたんですけれども、最初はうまくいかなかったんです。いろいろやったのですが全然大丈夫でなくて、10年ぐらい前から考え方を変えたんですね。認知症の方は何を望んでいるのかなと。やはり、認知障害がありながらも生活を続けていこうと努力をしている人たちなんだと。だから、生活が大切だと思い、病棟の中を家のように変えたんです。グループホームの集合のように病棟の中を変えました。我々のところの病棟は非常に重症の方もいらして、物を壊したり、激しい方がいらしたんですけれども、そういうような生活の機能を充実させてあげたら、精神的には落ち着かれて、痴呆という病気を持ちながらもどうにかやっていく方がたくさん出てきた。

そういうことの経験から、やはり今後の認知症の医療においては生活ということ念頭に置いて診療したり活動する必要があるのではないかと強く思います。そういう面では、やはり認知症の医療というのは、地域に密着した地域にいらっしゃるお医者さんが関わっていただき、ケアと十分連絡をもって関わっていただくことが重要だと思います。

それと、もうひとつはやはり医学は急速に進歩しておりますので、鑑別だとか診断については、大きな病院だとか大学の先生方に努力していただいて研究し、医療はやはり、そういう2つの側面で関わっていく必要があると思います。しかし、そういう研究や診断をされる先生方も、心の底に認知症の方の脳の病気としてだけとらえるのではなくて、少し違う考え方も持って診断をして欲しいなと思っています。

栗山 月岡先生なにか。

月岡 私は群馬県で医療事故の担当をしてい

まして、最近、痴呆の施設の医療事故が急増しています。これは、ひとつは患者さん自体が高齢であるということ、それから看護体制が普通の病院と比べて手薄であるということもあります。今後は、そういう施設の医療事故防止ということも研究していったら、どうしたら防止できるかという、そういう面の研究も進めたほうがいいのではないかなという気がしております。

栗山 今日には十分に時間がとれず、議論できませんでしたが、これも非常に重要な御指摘だと思います。井形先生、最後になにか。

井形 医療と福祉が一体化すべきというのは私の年来の希望です。それから、認知症に対する社会の理解が進んでほしいと思いますね。「記憶がなくなった分だけ感性が豊かになった」そんな表現があるのですが、そういうのを見ると、従来の医学的な視点のみならず、福祉の視点からみる必要があると反省をしますね。松井久子という監督が認知症に関する映画をつくってますが、その中に、ご承知のように『スロー・グッドバイ』(寂寥郊野)、「折り梅」などがあります。

それらを見るとやはり、認知症患者に対し尊厳な生と云う精神で貫かれていますね。先ほど言った通り、認知症はそう遠くない将来に解決すると思ってますし、いろいろ試行錯誤しているうちに医学的な解決はなくても認知症に罹っても大丈夫な世界が来るように期待したいと思いません(笑)。

栗山 きょうは非常に多彩な話を短時間にいただきました。いろいろ言い足りなかったところもあったかと思えますけれども、お話を聞いて、やはり認知症の患者さんを取り巻く諸問題というのは、医療・福祉に対する考え方の文化度というのが非常に重要だと思いました。やはりこれは医療だけで解決せずに、患者さんに対する精神的文化度が成熟していけば、患者さんもだんだんハッピーになっていくと、そういうようなことを非常に強く思いました。本当にきょうはご多忙のなかお集まりいただきまして、非常に勉強になる話を聞かせていただきました。どうもありがとうございました。

介護保険の改正と認知症ケアの新しい潮流

遠藤 英俊

プライマリ・ケア Vol. 28 No. 3 161-168, 2005.9

1 はじめに

介護保険制度が改定され、平成18年4月からは新しい仕組みが運用される。本稿では、介護保険制度改定の流れと、それに伴い認知症の医療とケアがどう変わりつつあるのかについて概説する。

今回の介護保険の改正は非常に革新的な部分と、運用に懸念のある部分とが混在している。平成15年、厚生労働省から「2015年の高齢者介護」という報告書が出された。「堀田レポート」と通称されているが、この報告書に今回の介護保険制度改定の基になった理念が示されている。この報告書の考えに沿って、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護給付部会などでの検討を進め、法律が作成された。今回の改定は5年前の介護保険制度の発足に匹敵するインパクトのある改定であると思っている。

2 介護保険と同時に検討されている法律

介護保険法の改定と同時に障害者自立支援法が審議されている。知的障害、身体障害、精神障害は3障害といわれるが、この方たちのこれまでの支援制度を改革することを目的としている。内容的には、介護保険制度とまったく同等の制度、すなわち障害者の介護保険版をつくっていくことになる。「主治医の意見書」は「医師の意見書」と名前が変わり、内容も若干違っているが、要介護認定を行うというところはまったく同じである。この法律は給付と訓練の2つの部分から成り立っており、3年後にはこの法律は介護保険法と合体することが予定されている。それに伴い、現在の介護保険制度では被保険者は40歳以上となっているが、平成21年頃には被保険者を20歳以上、場合によっては0歳からとするという方向性が出てきている。

また、高齢者虐待防止法が議員立法で検討されている。介護保険制度の発足に伴い、訪問看護師や介護支援専門

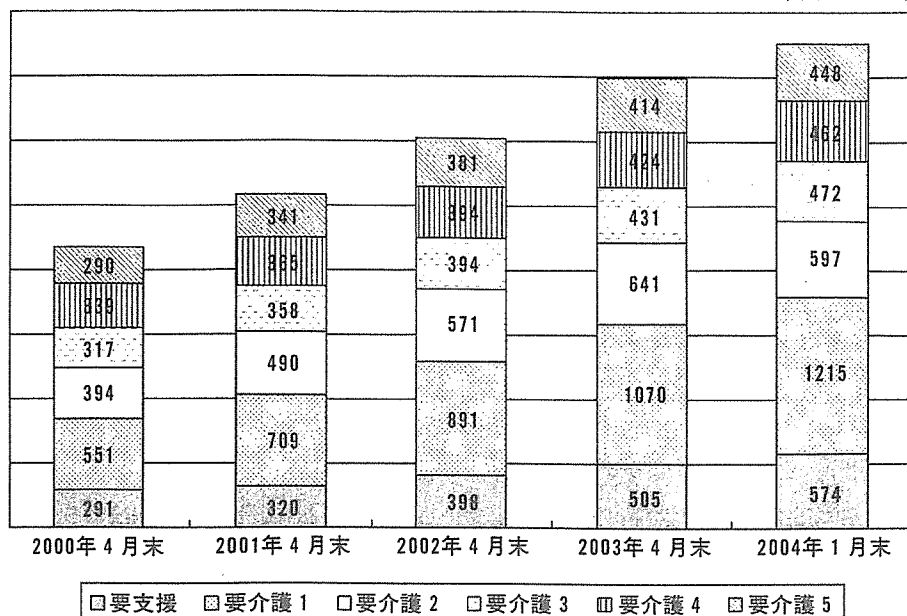
員もしくはヘルパーが被介護者の自宅に行くようになり、高齢者虐待が白日のもとに曝されるようになり、これを何とかすべきであるという機運が出てきた。高齢者虐待防止法では、今回の介護保険の改正で市町村に設立が予定されている地域包括センターに、虐待防止の窓口をつくり、相談支援をすることが計画されている。

さらに尊厳死法が検討されている。尊厳死の問題は長い間検討されてきたが、法律が成立すると事前の指示を認める方向に変わっていく。例えば人工呼吸器をつけて半年経ったときに、あらかじめ決められた何らかの条件が満たされれば、装置を止めてもいいという仕組みが運用されるようになるかもしれない。それを生前あるいは意識がなくなる前に、例えば免許証の裏などに意向を示していくという方向が考えられている。これは私たちにとっても無視できない法律となっている。

3 介護保険制度発足からの流れ

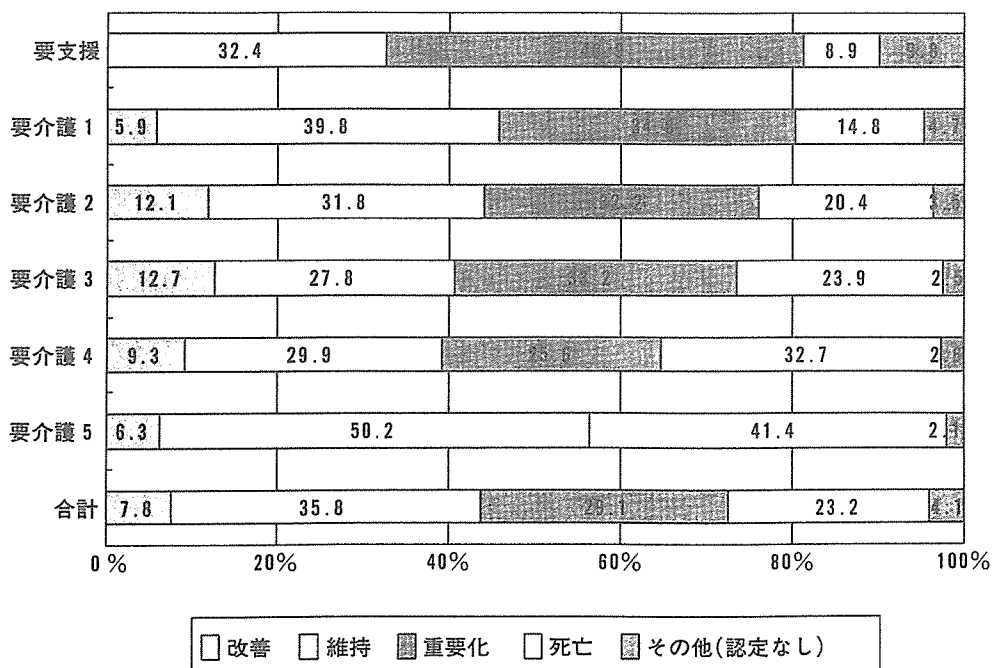
介護保険制度が始まってからの3～4年間のデータを見てみると、要支援・要介護が激増し、現在すでに380万人を超える方が給付を受けている(図1)。この増え方は実は厚労省の予想どおりではあったが、問題はその内容にある。図2は平成12年から13年にかけて島根県のある地域の数千人のデータベースで、認定状況の変化を見たものである。要支援という予防給付の概念が非常に新鮮であったが、運用を開始してみると要支援者で状態が悪化しているケースが非常に多いことがわかってきた。1年後には要支援の方の5割が悪化している。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持にはつながらないということで、厚労省は非常に深刻に考えた。それがあって、今回の新予防給付という考え方が出てきた。具体的には、100万人から200万人いる要支援や要介護1の方に対して、新予防給付として筋力トレーニング、口腔ケア、栄養改善を行う。また、対象者のアセスメント

(単位：千人)



(出典：介護保険事業状況報告)

図1 要介護度別認定者数の推移(2000年4月末からの増加率)



(日医総研・川越雅弘主任研究員の調査研究をグラフ化したもの)

図2 要介護度別認定状況の変化

を市町村が、もしくは市町村が委託するところが行うことになる。アセスメントをする主体が変わるので、予防給付を実施する施設にも大きな変化があると予想される。

もう1つの問題点は、老健施設では1年経過すると入居者の28.9%が、特養ホームでは18.8%が悪化するという調査結果が出ている(図3)。これに対して、在宅に極めて近い小規模な施設であるグループホームでは、悪化率が1年後に6.7%であった。この2つの調査結果を基

に、国は今後特養ホームは30床以上の規模のものはつくらないという、大胆な計画が生まれてきた。つまり、言葉を換えれば、発想を大きく変えて、これからの施設ケアは小規模で多機能のケアに変わっていくという方向性を打ち出した。施設ケアは個室ユニットケアが主流となり、老健でも5割を個室にしなければならない。基本的には施設は地域に展開する方向へと変わりつつある。この流れをつかまないと、これからの経営はうまくいかず

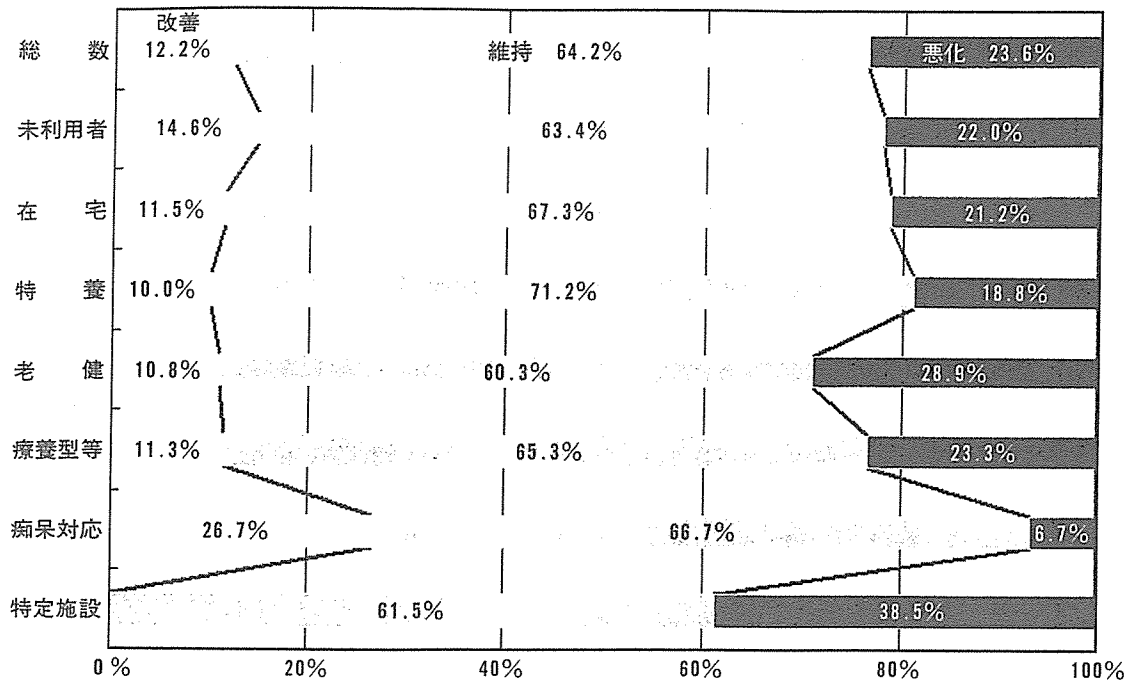


図3 所在地別にみた痴呆度改善／維持／悪化率の状況(H12年・13年間の比較)

取り残されていくと思われる。これからは施設であっても在宅であっても個別ケア，キーワードでいうと person-centered care 変わっていくと思われる。

ソフトの面での介護保険の改正の大きな点は，介護予防というキーワードで，筋力トレーニングが目玉になっている。モデル事業では，筋力トレーニングを行うと5割ぐらいは効果があるが，18%は悪化したというデータが出ている。これをいかに減らすかというのが市町村の課題になる。非常に優秀な人材を配置しないと，筋力トレーニングの効果を出すことは難しいと考えている。

訓練の拠点となるのは地域包括支援センターで，センター運用の指導の中心となるのは財団法人である長寿開発センターである。地域包括支援センターでは，介護予防研修や，社会福祉士が相談窓口となる虐待防止などについての研修が，これから次々に実施される。特に注目されるのが，介護予防という筋力トレーニングが地域でうまく実施できるかどうかである。これまでPTやOTが，リハビリという概念をもう少し地域で広げてゆけば実施できたと思われるが，今回のまったく新しい政策としての介護予防が成功するかどうかは大いなる実験だろうと考えている。

施設ではユニットケアが推進されるが，同じ人員配置でユニットケアを行うと，ケアの質が下がるというわれわれのデータがある。したがって，ある程度人員を増やさなければいけないし，またスタッフがユニットケアの本質を理解していないとよいケアができない。形を変え

るだけではよいケアはできず，今後の研修でユニットケアの本質というのが末端まで伝わらないとうまくいかない可能性がある。特養については，2013年頃までには個室を7割確保することが予定されている。財源の問題はあるが，実現することが期待されている。

もうひとつ大きなテーマは介護保険にかかる財源の問題である。介護保険の保険料が上昇し，赤字の市町村が増えてきている。介護予防の導入も，給付対象者を減らし保険料を減らしたいという財源の問題が背景にある。また，食費の支払いも介護保険からの給付から自己負担に変えていくという流れがあり，平均で2～4万円程度の利用者負担になると予測されている。これが実現すると打撃を受けるのは老健施設と思われる。

老健施設は利用者の出入りがあり，食費，生活費が例えば4～5万円上がった場合に，いったん退所した方が老健施設に戻ってくるかという心配がある。経済的な問題から，在宅を希望される家庭がかなり出てくるのではないかと，それが1～2割出てきた場合に，経営的に難しくなる老健施設が出てくることが考えられる。今後の老健施設は，ショートステイを増やす，在宅者の利用促進を図るなどの対策が必要になるとと思われる。

4 制度改正の主要なポイント

今回の改正で最も重要なのは地域包括支援センターの設置である。市町村に3,000弱の地域包括支援センターを置くことになっている。センターの機能としては，ひと

つ目は初期相談、家族支援などの相談窓口の設置、2番目に権利擁護への取り組みがある。この問題は市町村で社会福祉士が担当することになると思われるが、成年後見制度から虐待問題まで扱う必要があり、担当者には十分な研修が必要となる。

改正の2番目に介護予防がある。種々の協議会をつくらせて介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託には保健婦が責任を持つことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止の方向にあり、今後は地域包括支援センターが事業者を委託することになる。優れた機能をもつ事業者の選定が重要になる。

次にケアマネジメントの問題がある。ケアマネジャーに主任ケアマネジャーという上級資格を設け、今までのケアマネジャー・リーダーがバージョンアップする予定である。将来的にはケアマネジャーの5人に1人が主任ケアマネジャーになり、場合によっては、市町村でケアマネジメントを統括する役割を担うことになる。ケアマネジャーの研修強化、背番号制度、再研修を単位制にするなどが計画されている。

これらの制度が介護保険の一番の中核となる改正点である。市町村が今から準備をして、どういう体制でやるかということを決めておかなければならない。これまでに誰も経験がないチャレンジな制度であり、しっかりした組織をつくる必要がある。

a) 在宅ケアの推進

国は在宅中心という考え方をくずしてはいない。個々の家族に介護負担を強いるのではなく、社会化といった流れを変えるものではない。変形在宅あるいは第3の施設とっている新しい考え方に基づいた施設型在宅が提案されている。施設入所の対象者は、現在例えば特養では3.5とか3.8の要介護度であるが、おそらく今後は4以上に上がり、介護度の高い人だけが施設に入ることになると思われる。特養には2年ぐらい前にポイント制度が導入され、以前より介護度の重い人が入るようになったが、この傾向は今後かなり加速されると思われる。

一方では、これまで以上に介護度が重い人も在宅が可能な体制をつくっていくことも検討されている。地域ケアでは、訪問介護もケアプランに則ったものだけではなく、例えば、昼間の時間帯だけではなく夜でも対応する、緊急の対応もできるようにしていく。さらに、通所看護というアイデアも出てきて、すでにモデル事業が始まっている。通所看護とは訪問看護の改訂版ともいえるもの

で、訪問看護ステーションに要介護高齢者に来ていただき、例えば1日ケアを提供する、点滴を1本行う、褥創の処置をする、インスリンの注射をする、などが考えられている。利用者がある程度集まれば有効だと考えられる。また、自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備も検討されている。

b) 認知症のケア

今後団塊の世代が高齢者に仲間入りし、高齢化のピークは2025年に来る。高齢者が増え、痴呆性高齢者も増えてくる。それまで待ってられないので、2015年までの改革の方向性を検討したものが「2015年の高齢者介護」という高齢者介護研究会の報告書であり、この報告書が重視したのが認知症のケアである。要介護認定を受けた方の半数が認知症であったというデータを見て国は愕然とし、ADL中心の身体的ケアから認知症中心のケアへと転換を図ることになった。認知症高齢者に対するケアを高年齢者ケアの標準とすべきとっているが、一方介護予防はADLが中心であり、このへんは矛盾していると筆者は感じている。

身体モデルケアから身体ケアプラス認知症ケアモデル、もしくは予防モデルへと転換が図られ、地域における総合的・継続的認知症ケア支援体制の整備が計画されている。その骨格にあるのは、早期発見、早期診断、相談体制、家族支援である。相談体制、家族支援は、これまで在宅介護支援センターが行っていたが、市町村の仕事として地域包括支援センターを中心に実施する。早期発見と診断は医療の分野であり、かかりつけ医がやっていくという方針がみえてきた。生活区域単位のサービスの基準と基盤を構築するこうした体制は、広域で考えるのではなく、だいたい中学校区もしくは小学校区の生活単位で考えていくという体制になっている。

c) 認知症診療のサポート医

地域における認知症の早期発見・早期診断の仕組みをどうするかという問題がある。認知症ケアに関する人材の育成については、これまで認知症の実務者とか指導者とかいう資格はあるが、そういったものをもっと拡大していく、さらにバージョンアップするということを考えている。

例えば、認知症ケア学会が5月に学会認定の認知症専門医制度を発足させた。第1回目の認定が始まり、5,000人が受験しているが、とても5,000人の面接やレポートを見ることはできないので、その対応に苦慮している。また、例えばリウマチで診察をしてもらったかかりつけ医の専門が整形外科医で、認知症に対する認識が低く、主

治医意見書には「認知症なし」と書かれることがある。それではケアマネジャーや家族が困ることになる。

これまでのかかりつけ医には認知症の相談にはのってもらえないということがあったかもしれない。今後はプライマリ・ケアのレベル、かかりつけ医のレベルでの研修を日本医師会を通じて強化し、この問題の解決を図っていききたい。

現在私たちはそのカリキュラムを16年度の事業としてほぼつくり終えた。平成17年度以降このかかりつけ医の認知症研修を強化することを始めているが、その研修を誰がするのかという問題がある。専門医が全国を飛び歩くわけにいかないで、今後サポート医をつくることにしている。サポート医には特別なドクターではなく、地域で専門的に認知症の診断ができ、かかりつけ医との連携ができ、相談を受けたり、アドバイスをしたり、勉強会の開催ができる先生をイメージしている。

厚生労働省としては長寿医療センターを中心として、サポート医の研修または認定を実施することを予定している。その人数や予算規模はまだ未定であるが、当面全国で800人程度、県のレベルでは20～30人程度、地域医療圏に1～2人を予定している。まずサポート医を育成し、この医師がかかりつけ医の研修を行ったり、相談を受けたり、もしくは専門診断という連携診断をすることを考えている。

かかりつけ医に求められることは、認知症の気づきや診断、認知症ケアを支える医療である身体や合併症の治療、介護支援の援助、介護保険の役割、ケアスタッフとの連携、それから最近の問題である虐待への対応などがある。家庭内で虐待されている方の8割には認知症があるというデータがあり、これらの方々への支援や対応もかかりつけ医に求められる。また、専門医との連携、一般病院との連携、施設との連携、ケアマネジャーやケアスタッフとの連携など、連携機能が強く求められる。これらの事業を推進し、地域で早期診断や相談ができる体制を整えることを考えている。

d) 介護理念の転換

認知症のケアは2000年の介護保険導入後に流れが変わり、これまでの福祉、医療と介護から、最近では生活機能、生活を支えていくということがキーワードになっている。

例えば、都会に住んでいる方の親が一人で田舎に住んでいて、認知症が進行したため都会に呼び寄せる。この呼び寄せ高齢者は環境の問題から認知症がさらに悪くなることがある。そこで、一人暮らしの高齢者や認知症の方でも地方で生活できる体制をつくり、地域でケアを行

っていくという提案がされている。

認知症のケアの環境は、小規模のほうがよい、昔からのなじみの環境が大事であるといわれている。家庭的な雰囲気、住みなれた地域でみていくという体制をいかにつくっていくかが今後の課題になる。

2000年ぐらいから認知症のケアが変化してきたが、その1つにはグループホームの導入が大きかった。グループホームはスウェーデンで1990年直前から始まったが、これは認知症のケアを施設からグループホームへ、すなわち小規模かつ地域でという流れに沿ったものである。スウェーデンでも経済的な利点も考えて導入された制度が、日本でも踏襲され始めた。その後グループホームが一挙に6,000箇所もできたが、今後はさらに地域でのケアの展開へと、国は福祉の方向転換をしようと考えている。

施設ケアから地域ケアに変えていくには、ハードの変更と同時に、ソフトも提供者中心から利用者中心へと変えていかなければならない。例えばこれまでの施設のケアプランを見ると、全員が同じ時間にお風呂に入るなどというケアが行われている。30人が1時間でお風呂に入るとか、50～60人が2時間でお風呂に入るといった驚異的なケアが行われている。これは person-centered care の考え方からいうとありえない話であり、プライバシーへの配慮がなされているとは言い難い。認知症が進行し本人がどこにいるかわからないとか、家族の顔がわからないという状況になれば、集団ケアもやむをえないと思うが、やはり個別で対応できるような制度が望ましい。

利用者中心のケア、person-centered care の概念は、Tom Kitwood がイギリスで1980年代後半に提唱した。この理念とグループホーム、すなわち小規模多機能という理念が合体して、日本のケアをこれから変えようとしている。介護中心から小規模多機能の施設を利用し地域でみていくとか、グループホームという生活を中心とした施設でのケアに変えようとしている。これまでの排泄ケアや食事介護などのようにこちらがサービスを提供するという「与える介護」から、「生活を支えるケア」が変わっていく。例えば食事は要介護者の隣に一緒に座って、同じ目線で介護するというふうに根本的に変っていく。

以上述べたように、介護の理念が、提供側中心から利用者中心へ、介護中心から生活中心へ、与える介護から支える介護へと、根本的な転換が図られている。このオールドカルチャーからニューカルチャーへの転換が、施設構造でもケアスタッフにおいても徐々に図られることが必要である。現場においてこの新しい介護理念を実践

大事にしたい、共通の「5つの視点」

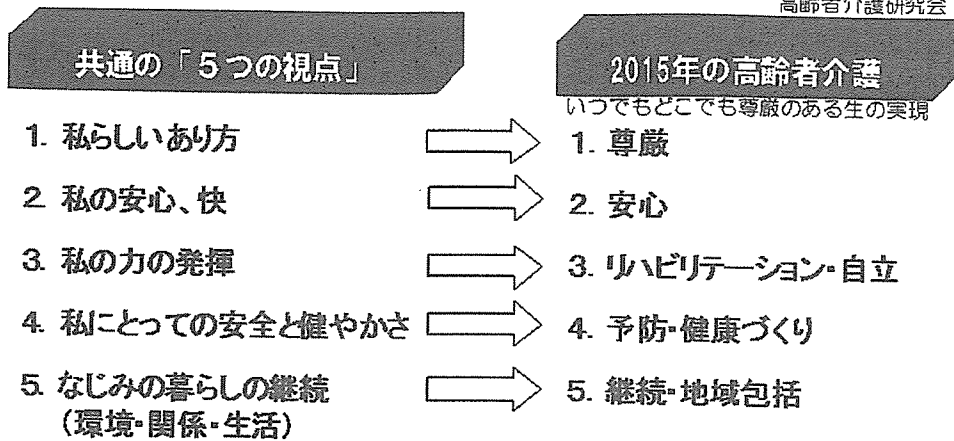


図4 センター方式の5つの視点と高齢者介護研究会の理念との対応関係

するためのツールとして開発されたのが、センター方式によるアセスメントである。

e) 認知症の人のための新しいアセスメント・ツールとしてのセンター方式

認知症のケアの標準化・普遍化の第一歩として、まず名前を平成16年12月に「痴呆症」から「認知症」と変更した。これは一般用語と行政用語の変更であり、まだ医学用語は変更されていない。次にアセスメント手法として、認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式（通称センター方式）が開発された。

センター方式のアセスメントの実施により高齢者認知症の見方が変わり、person-centered care の概念に基づいたケアプランが作成され実施されるようになる。300～400万人の要介護認定者の半分は認知症であるといわれており、これらの人々にこのアセスメントが使用される。国はこれを強力に推進していきたいと考えており、今後グループホームとか小規模多機能ユニットケアでは、これを使用することが強く求められ、使用していない場合には監査の際に指導の対象になるといったことになりそうである。これまでにも各種のアセスメントが提案され現場では混乱もみられるが、今後はこのセンター方式が使われることになると思われる。

利用者本位のケアマネジメントを実現するうえで鍵となるのが、センター方式で取り上げた共通の5つの視点である。各々の視点は「2015年の高齢者介護」で示された新しい認知症のケアの5つの理念に対応している（図4）。その根本にあるのは認知症のケアの標準化とその人らしいケアを行うことにある。

その人をよく知るということは、ライフレビューのような、その人の昔の趣味や考え方やか、住んでいた地域などのいろいろなことを理解することであり、そのうえでケアを提供していく。ケアスタッフ全員がその人を理解するという意味でのアセスメント方式になっている。

センター方式は、Aシート群：基本情報、Bシート群：暮らしの情報、Cシート群：心身の情報、Dシート群：焦点アセスメント、Eシート群：24時間アセスメントまとめのシート、の5つの構造から構成されており、15枚から20枚のアセスメントシートになっている。これは施設でも在宅でも共通に利用でき、1回作成するとそれが個々の認知症の人の財産となる。

去年、約900人を対象にモデル事業が行われた。その結果、このアセスメントを用いると、23%に効果が認められ、「どちらかといえば効果があった」との回答が56%であった。シートの作成はかなり大変ではあるが、効果があることがわかった。暮らし方や生活環境、生活史に関することをよく聞き取ることによって、本人も変わってくるし、本人へのケアや考え方も変わり、家族も変わってくるという効果がある。シート全体は膨大なことから、全部を埋める必要はなく、選択式で行ってよいといわれている。

f) 認知症ケアの地域における展開

センター方式は、認知症のケアを隔離された施設で行うのではなく、地域で展開することを目指して導入された。すなわち、小学校区や中学校区程度の広さの利用者の生活圏域内で完結する、安心で身近に感じる即時対応が可能な地域密着型のケアを実現する。サービス計画の

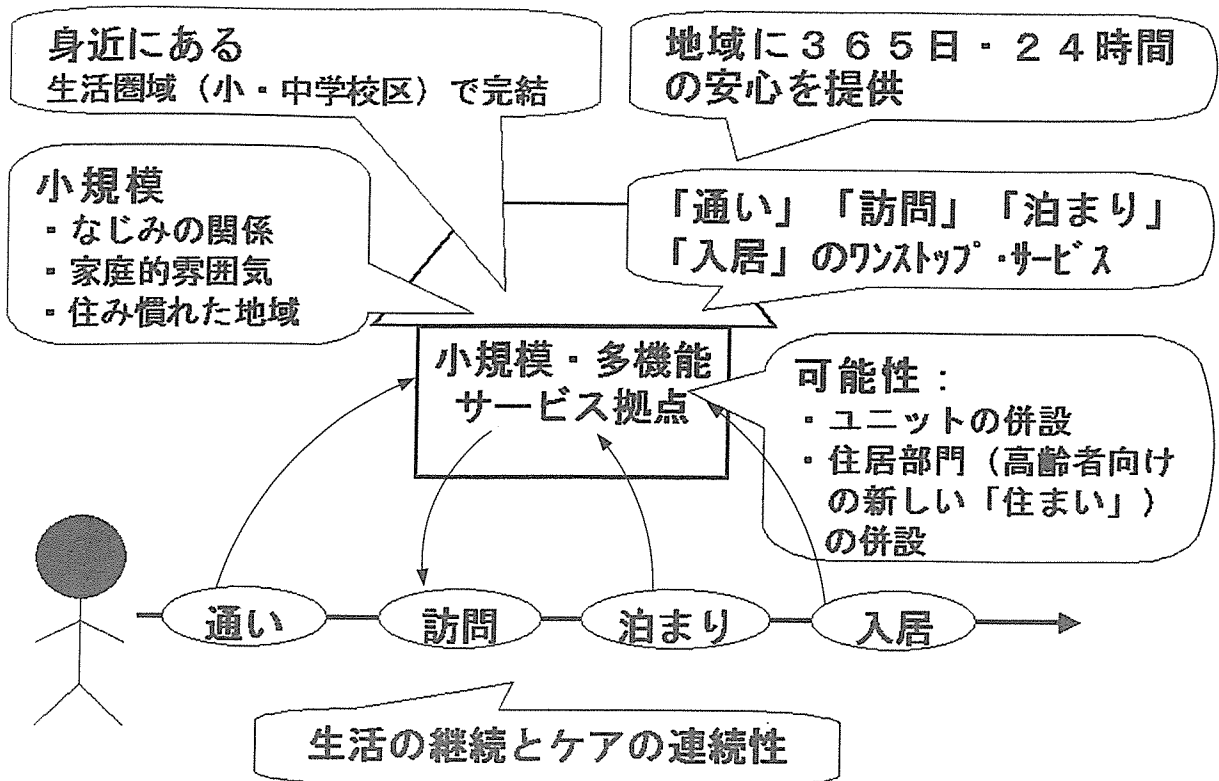


図5 小規模・多機能サービス拠点のイメージ図

策定にはサービス圏域という概念を導入し、市町村長の介護保険事業計画として圏域単位でのサービス提供の完結が基本となる。ケアのあり方としては、地域全体でみていく、そこには当然医療も必要であり、かかりつけ医も必要となる。介護保険発足時にはグループホームが設けられたが、今回の介護保険の改正では新たに小規模多機能型のサービス拠点を立ち上げ、そこが中心となり認知症のケアを実施していく。その拠点づくりには市町村レベルでは地域包括支援センターが中心となる。

小規模・多機能サービス拠点は、在宅の利用者の容態の変化に対応したさまざまな介護サービスを随時適切に、すなわち365日・24時間切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供する(図5)。基本的な考え方は、「通い」を中心として、要介護者の容態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることでサービスを提供することで、在宅での生活を支援することを目的としている。

施設は10人個室で、10人単位で簡単な食事ができ、施設職員と一緒に生活していくようなイメージのユニットケアが変わっていく。施設はこれまでとは構造も運用も変わり、一部は施設の外へも展開することになる。この数年間は施設長は発想を変え、事務長がしっかりしていないと変化に取り残されるということが起こりうる。

認知症ケアの世界の流れを見てみると、デンマークでは施設はもうなくなり在宅で介護をしている。ドイツは

介護保険が運用され始め、ケアの質が重視されるようになってきたが、大きな赤字が出ている。スウェーデンではユニットケアが、オランダやイギリスでは person-centered care に沿ったケアが提供される仕組みになっている。

5 高齢者の虐待問題

身体虐待を受けている人は病院に来ることが多いが、医師は発見したときの通報義務が現在はない。しかし、法律ができると警察、市町村の窓口や地域包括支援センターに通報しなければならない。この法律は、介護者の制裁ではなく、介護者を支援し虐待を止めることを目的としている。性的虐待や心理的虐待、特に在宅における心理的虐待の報告は非常に多い。「食事を摂らなくてよい」などいろいろな言葉による暴力、それに意図的に食事を提供しない、病院に行かせないなどの放任がある。この放任は気づかないと発見されず、このような種類の虐待があることを知っていなければならない。また、われわれには解決が難しい虐待として経済的虐待がある。

プライマリ・ケアで認知症の疑いがある人を診察したときに注意すべき3つのポイントがある。1つは火の元の管理、2つ目が車の運転である。認知症の疑いと診療録に書いてある場合には、車の運転をしてよいとはいえない。平成14年に道路交通法が改正され、認知症がある

表1 高齢者虐待リスクアセスメント表

名古屋市高齢者虐待調査研究会作成(5点以上で要注意)

	0	1	2	3
日常生活自立度	J・A	B	C	—
問題行動	無	有	—	—
本人の経済状態	良いと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	良い	どちらともいえない	—	悪い
要介護状態になる前の家族との人間関係	良い	悪い どちらともいえない	—	—
介護の負担感	無	—	有	—
主介護者に対する他の家族の協力	有	無	—	—
家族の飲酒問題	無	—	有	—
主介護者が怠惰な生活をしている	していない	している	—	—
主介護者の介護サービス受け入れの状況	積極的	—	勧められていやいや拒否	—

場合には運転免許証を返還しなければならないことになった。認知症が軽度の場合に運転をやめさせると症状が悪化する可能性があるが、診療上は運転をやめるように指導しなければならない。3つ目が経済的虐待である。厚労省から平成16年資料が発表されたが、その中で目立ったのが男性介護者による虐待である。自分が働かずに親の年金で生活している人がかなりの数存在する。本人が納得してお金を渡しているのであればよいが、介護者が勝手に通帳などを持っていってしまうケースがある。これは医療では解決できず、弁護士に依頼するなど成年後見制度を使うことになる。また自己放任(自分で食事を拒否)や置き去り(施設や病院に置きっぱなしにして家族がどこかへ行ってしまふ)というのがまれにある。

虐待される人は、われわれの調査では、要介護度が高い人が多く、半数が要介護3以上であり、7割が要介護認定者で、認知症の人が5～6割いる。全国調査では被虐待者の8割に認知症があるというデータがある。虐待は医療機関とか訪問介護で見つけやすいが、虐待対策としてきちんと通報を義務づける法律が必要である。名古屋市では、2,300万円の予算をかけてシェルターをつくり、また虐待防止相談センターもつくった。神奈川県では横須賀が先進的な取り組みを行っているが、今後はすべての市町村が対策をとる必要がある。

虐待の発見については、リスクアセスメント表が開発されている(表1)。要介護度、問題行動の有無、認知症の有無、本人の経済状態、人間関係、家族の負担が高いなどの項目について重みづけをして、点数化している。15点満点であるが、5点以上では虐待のリスクがあるというデータが出ている。訪問看護師やケアマネジャーがこれをもっていって評価を行うと、虐待のリスクを発見できる。

6 おわりに

介護保険の改正には、ハード面とソフト面の2つがある。ハード面では、地域包括支援センターの設立、小規模多機能型のサービス拠点の設置が中心となる。実際の運営に当たっては細部に問題がないわけではないが、今回の改定は特に認知症のケアに対して影響が大きいと考えられる。最も重要なのは、認知症の新しいアセスメント・ツールとしてのセンター方式の導入である。センター方式によるアセスメントの実施により、認知症のケアマネジメントは大きく進歩すると考えられる。しかし、なお虐待、車の運転や告知の問題など今後の課題も少なくない。さらに、プライマリ・ケアのレベルでは早期診断と早期治療をどのように的確に行うか、地域における連携システムをいかに構築していくかが重要になる。

ここが変わる介護保険法

—改正のポイント—

えんどうひでとし
遠藤英俊

国立長寿医療センター 包括診療部・部長

はじめに

2005年6月22日、国会において介護保険制度が改正された。改正の内容は2006年4月から順次運用される予定である。2004年に厚生労働省から「2015年の高齢者問題」という報告書が出された。通称「堀田レポート」といわれている。この報告書に今回の介護保険制度改正のもとになった理念が示されている。この報告書に従って、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護給付部会などでの検討が進められ、国会の審議を経て法律が成立した。

今回の改正は5年前の介護保険制度の発足に匹敵するインパクトのある改正であると思っている。しかし今回の介護保険の改正は非常に革新的な部分と、運用に懸念のある部分とが混在している。

介護保険制度発足からの流れ

1. 要支援・介護者の増加

介護保険制度がスタートしてからの3～4年間のデータを見てみると、要支援・要介護が激増し、現在すでに400万人を超える人が給付を受けている（図1）。この増え方は実は当初の予想通りではあったが、問題はその内容にある。

2000年から2001年にかけて島根県のある地域の数千人の認定状況の変化を見たデータがあ

る。その結果から、要支援者が1年後に状態が悪化しているケースが約50%と非常に多いことがわかってきた。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持につながらないということで、今回の新予防給付という考え方が登場した。

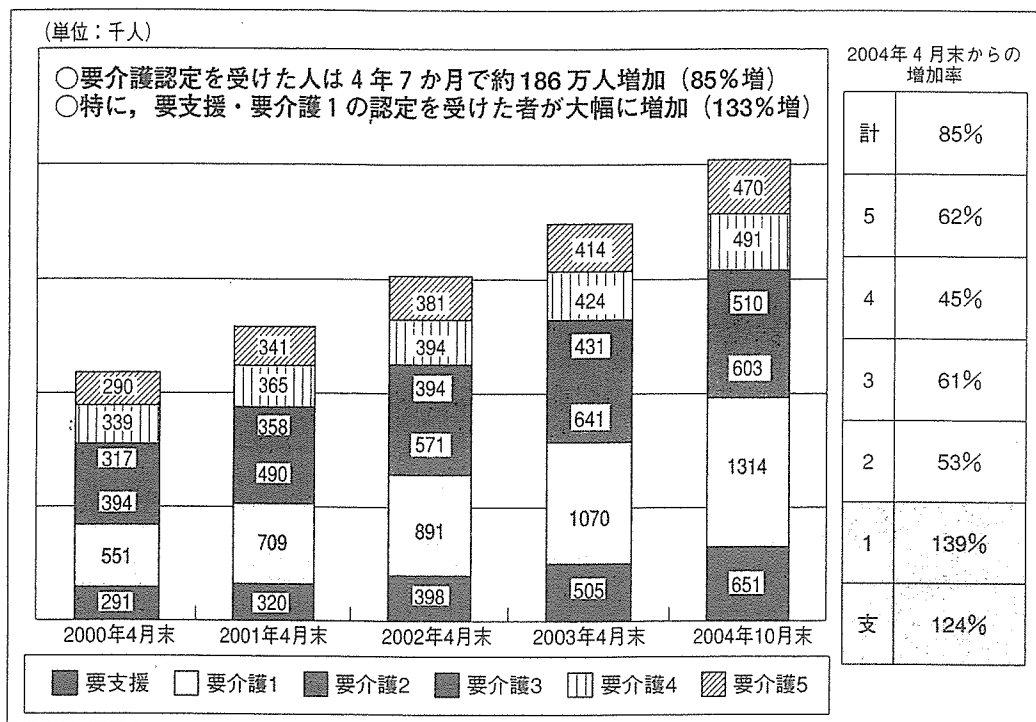
その具体的な内容は、150万人いる要支援の人に対し、新予防給付として筋力トレーニング、口腔ケア、栄養改善を行うものである。また、対象者のアセスメントを市町村、もしくは市町村が委託するところが行うことになる。これまでとはアセスメントをする主体が変わるので、予防給付を実施する施設にも大きな変化があるものと予想される。

もう一つの問題点は、老人保健施設では1年経過すると入居者の28.9%が、いわゆる特養ホームでは18.8%が悪化するという調査結果が出たことである（図2）。これに対して、在宅に極めて近い小規模な施設であるグループホームでは、1年後の悪化率が6.7%であった。

2. 施設ケアの方向性の転換

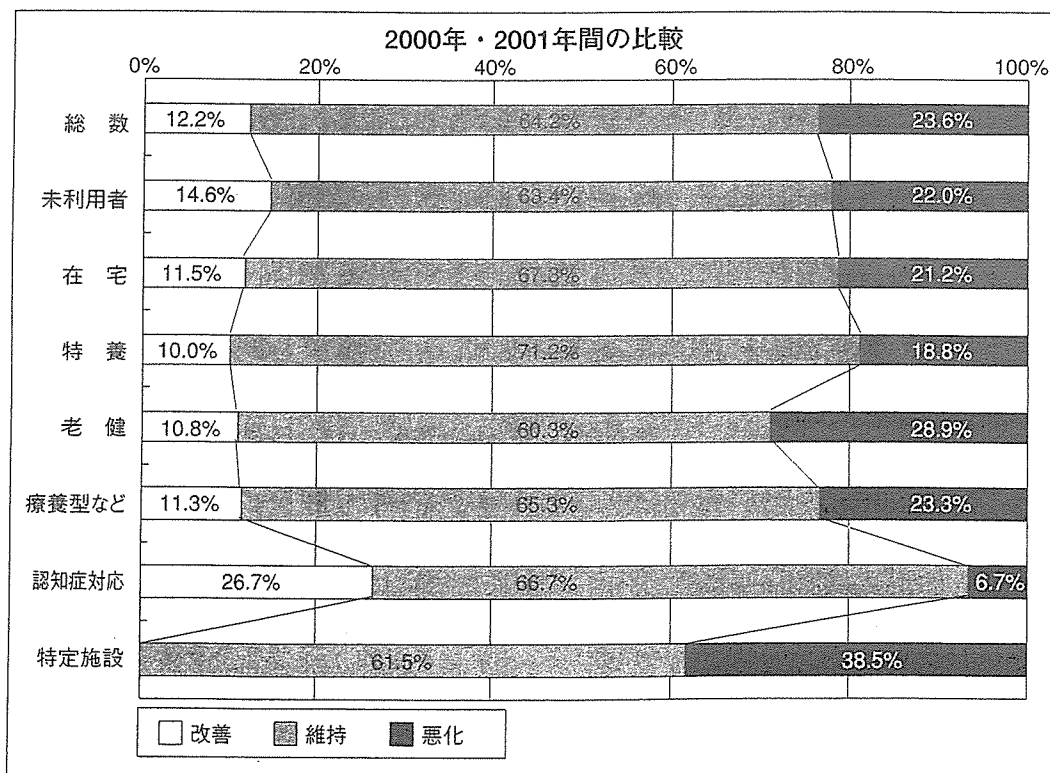
この2つの調査結果をもとに、国は今後特養ホームなどにおいては30床以上の規模のものはつukらないという、大胆な計画が生まれてきた。つまり、発想を大きく転換し、これからの施設ケアは小規模で多機能ケアにかわっていくという方向性を打ち出した。施設ケアは個室化・ユ

図1 要介護度別認定者数の推移



* 介護保健事業状況報告(2004年10月分(8月サービス分))より

図2 所在地別にみた認知症改善/維持/悪化率の状況



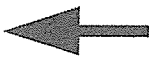


表 介護保険制度改革の主な内容

1. 予防重視型システムへ転換
2. 施設給付の見直し
3. 新たなサービス体系の確立
4. サービスの質の向上
5. 負担のあり方・制度運営の見直し
6. 被保険者・受給者の範囲の見直し

ニットケアが主流となり、老健施設でも5割を個室にしなければならない。また、基本的に施設は地域へ展開する流れへと変わりつつある。これからは施設であっても在宅であっても個別ケアに移行していくものと思われる。

3. 介護予防の展開

ソフトの面での介護保険の改正の大きな点に、介護予防がある（表）。モデル事業では、筋力トレーニングを行うと5割ぐらゐは効果上がるが、18%は悪化したというデータが出ている。これには筋力トレーニングに堪能な人材を配置し、対象者をうまく選定する必要があり、現実的にはその効果を全国的に出すことは難しいと思われる。

介護予防アセスメントの拠点となるのは地域包括支援センターであり、介護予防や社会福祉士が相談窓口となって行う虐待防止や介護予防などの研修が、これから次々に実施される。新しい政策としての介護予防が成功するかどうかは大いなる実験だろう。

4. 利用者負担の増加

もうひとつ大きなテーマは介護保険にかかる財源の問題である。介護保険の保険料が上昇し、赤字の市町村が増えている。介護予防の導入には、給付対象者を減らし保険料を減らしたいという財源の問題が背景にある。また、食費・居住費の支払いも介護保険給付から自己負担に変

えていくという流れがあり、平均で2～4万程度の利用者負担になると予測されている。



制度改革の主要なポイント

1. 地域包括支援センターの設置

今回の改正で最も重要なのは地域包括センターの設置である（図3）。市町村に3000弱の地域包括センターをおくことになっている。センターの機能としては、一つは初期相談、家族支援などの相談窓口の設置、もう一つに権利擁護への取り組みがある。成年後見制度から虐待問題まで扱う必要があり、担当には保健師、経験のある看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが配置されることになっている。

2. 介護予防

改正のポイントの2番目に介護予防がある。運営協議会をつくって介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託には保健師などが責任をもつことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止される方向にあり、今後は地域包括センターが介護予防サービスを事業者に委託することになり、優れた機能をもつ事業者をいかに選定するかが重要になる。

3. 主任ケアマネジャーの新設

次にケアマネジメントの問題がある。ケアマネジャーに主任ケアマネジャーという上級資格を設け、今までのケアマネジャー・リーダーがバージョンアップする予定である。将来的にはケアマネジャーの5人に1人が主任ケアマネジャーになり、場合によっては、市町村でケアマネジメントを統括する役割を担うことになる。ケアマネジャーの研修強化、背番号制度、再研