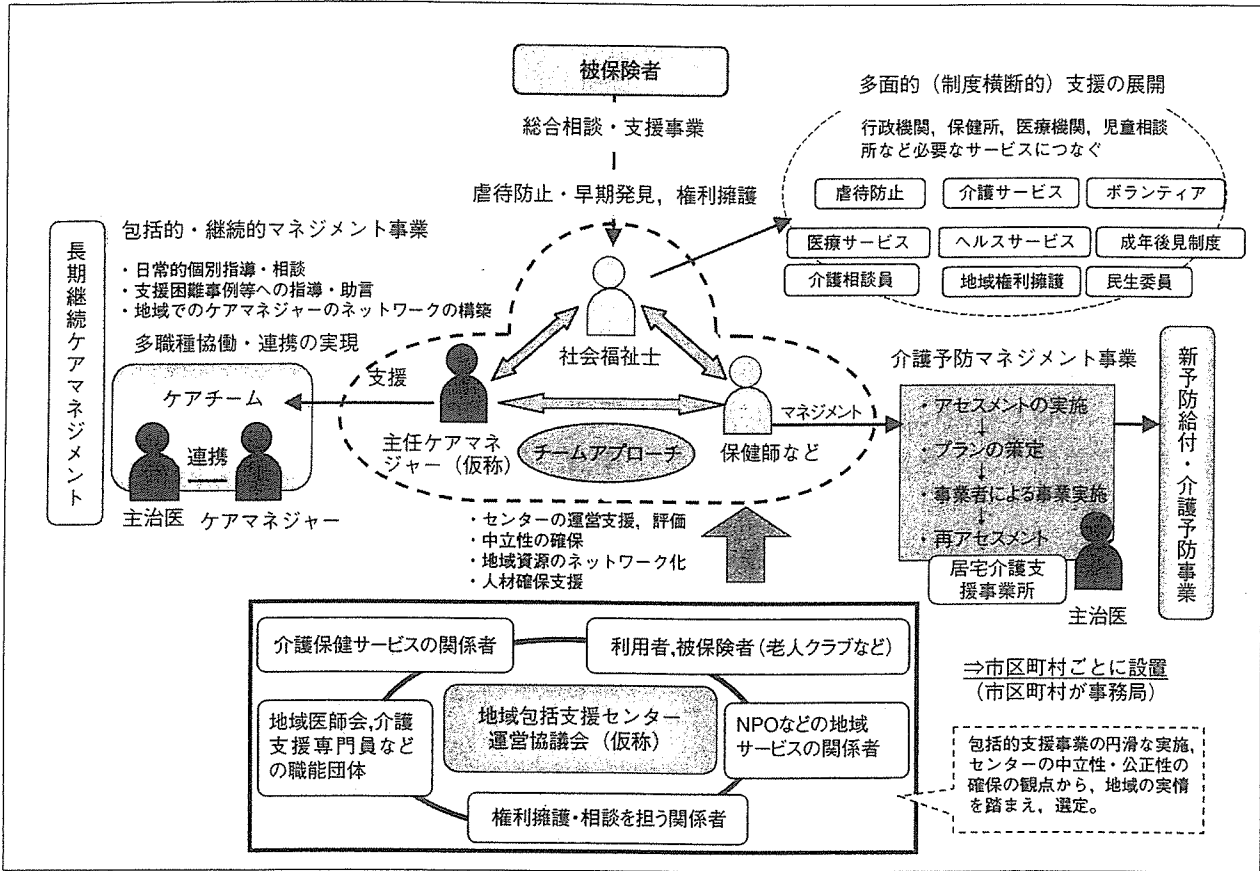


図3 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



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。

改正の考え方と今後の方向性

1. 在宅ケアの推進

国は在宅療養中心という考え方をもって、個々の家族に介護負担を強いるのではなく、社会化といていた流れを変えるものではない。そこで変形在宅あるいは第3の施設と呼ばれ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、現在たとえば特養では3.5～3.8の要介護度を対象基準としているが、おそらく今後はそれが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年ぐらい前よ

り入所のための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、この傾向は今後さらに加速すると思われる。

一方で、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が検討されている。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、たとえば昼間の時間帯だけではなく夜間でも対応する、緊急の対応もできるようにしていく、また自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備なども検討されている。

2. 認知症のケア

要介護認定を受けた人の半数が認知症であったというデータを見て国は、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。身体モデルケアから身体ケア+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。

3. 認知症ケアの地域における展開

新しい認知症ケアの考え方は、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、安心して身近に感じられ即時対応が可能な地域密着型のケアを実現するというものである。

サービス計画の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、地域全体で患者をみていく、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ことになる。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様々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。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。

介護施設は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に変わっていく。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していくことになる。



高齢者の虐待問題

介護の現場では、介護者が被介護者を虐待するケースが増えている。身体的虐待の場合には外傷などで病院に来ることが多いため、高齢者虐待防止法案ができると、医師や職員は虐待を発見したとき生命の危険が予測される場合には警察、市町村の窓口や地域包括支援センターへ通報することが義務付けられる。しかしこの法律は、介護者への制裁ではなく、介護者を支援し虐待を止めることを目的としている。

そのほか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が非常に多い。さら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”は外部の人が気づかないと発見されにくいいため、こういう虐待の種類があるのだということを知っていなければならない。

また、われわれ医療関係者には解決が難しい虐待として経済虐待がある。厚生労働省から昨年資料が発表されたが、そのなか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、弁護士に依頼して成年後見制度などを使うことになる。さらに自己放任（自分で食事を拒否）や置き去り（施設や病院におきっぱなしにして家族がどこかへ行ってしまう）というのがまれにある。

われわれの調査では、虐待される人は、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

や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、2005年度に2,300万の予算をかけてシェルターを作り、また虐待防止相談センターも設置した。神奈川県では横須賀市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こうした対策をとる必要がある。

おわりに

介護保険の改正には、大きく分けて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。実際の運営にあたっては細部に問題がないわけではないが、今回の改正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。そのほかに高齢者虐待防止、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。

看護教員募集

- 募集人員 若干名
課 程 3年課程 全日制 定員80名
担当領域 在宅・成人・母性・小児
応募資格 看護教員資格を有する方、または教員養成終了見込者(平成18年3月)
待 遇 日本大学の給与規定による
昇給 年1回
賞与 年3回
その他諸手当
社会保険(私立学校教職員・雇用保険・労災保険)
採 用 平成18年4月予定
応募手続 履歴書(写真貼付)1通を郵送または持参
詳細は下記へお問い合わせください
応募締切 平成17年12月17日(土)(当日消印有効)

日本大学医学部附属看護専門学校

〒173-0032 東京都板橋区大谷口上町71番12号
TEL 03-3972-8111(内線2173) FAX 03-3973-2701
担当：教務主事 仁木

介護保険制度の現状と展望

遠藤 英俊¹⁾

1) えんどう ひでとし/国立長寿医療センター包括診療部 部長

- ◇ 現行の制度では、要支援・要介護者の悪化するケースが多いことが分かったため、今後は筋力トレーニング・口腔ケア・栄養改善を取り入れて予防・維持を図る介護予防が重要になる。
- ◇ 平成18年度から運用される介護保険制度改正の主要なポイントは、①地域包括支援センターの設置、②介護予防、③包括ケアマネジメント、であり、これらの制度が介護保険の中核となる。
- ◇ 国の方針として、今後は在宅療養が中心となる。自宅での療養だけではなく、施設ケアも、地域包括支援センターの設置によってより小規模な地域での展開となり、小規模多機能型サービス拠点の設置やユニットケアが推進される。
- ◇ 高齢者の虐待では、精神的虐待の報告が多い。経済的虐待には医療関係者では解決できない問題もあり、虐待についての知識を深めて防止を図る必要がある。

KeyWords

介護保険制度改正
地域包括支援センター
介護予防
ユニットケア
認知症ケア
高齢者虐待

【連絡先】

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター包括診療部

はじめに

介護保険制度が改正され、平成18年4月から順次新しい仕組みが運用される。一昨年、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。この「堀田レポート」と通称される報告書に、今回の介護保険制度改正の基になった理念が示されている。その考えに沿って、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が進められ、法律が成立した。

今回の改訂は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、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

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400万人を超える方が給付を受けている(図1)。この増え方は実は当初の予想どおりではあったが、その内容に問題があった。

図2は、平成12年から13年にかけて島根県内のある地域での認定状況の変化を見たものである。要支援の方の5割が1年後には悪化していることが分かってきた。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持にはつながらない。そこで、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・栄養改善を行うというものである。しかし、対象者のアセスメントの主体が一様では

図1 要介護度別認定者数の推移(2000年4月末～2004年1月末)

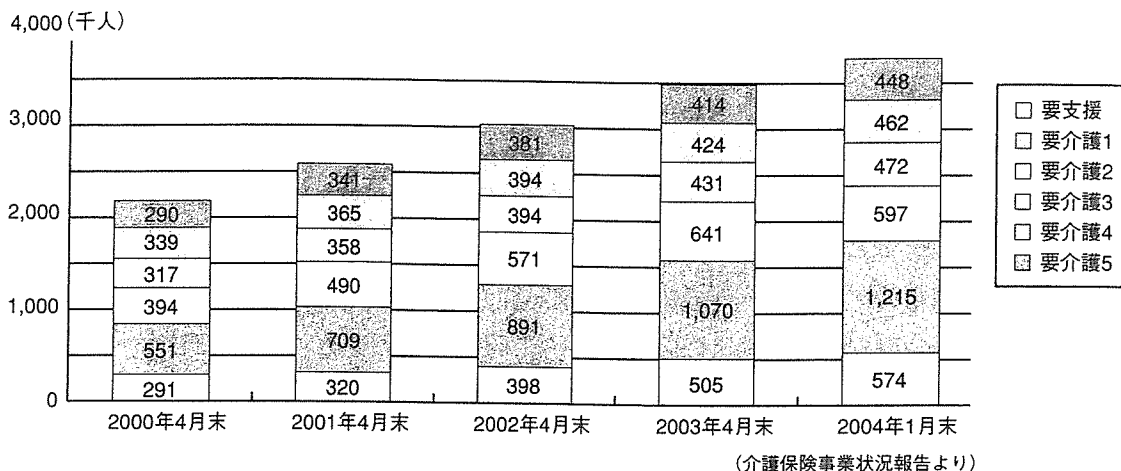
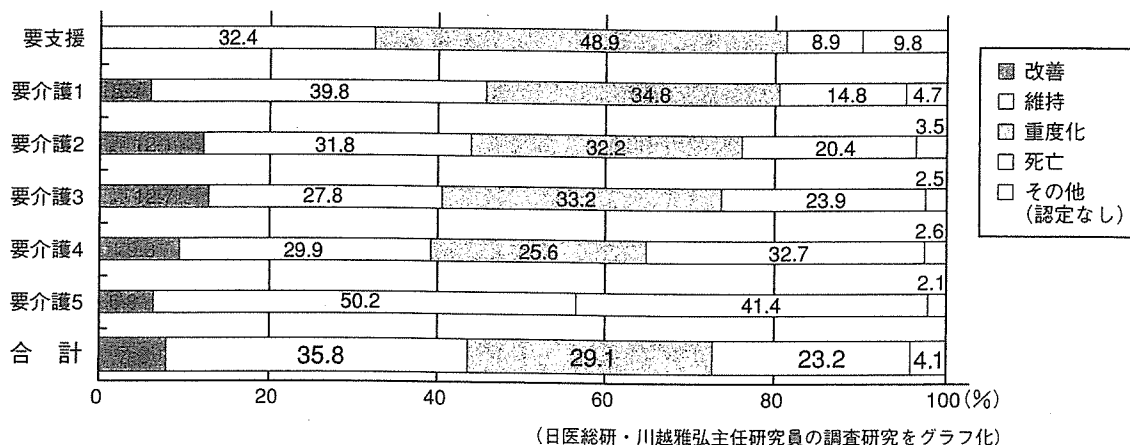


図2 要介護度別認定状況の変化(2000～2001年)



なく、市町村もしくは市町村が委託するところに行くことになる。つまり、アセスメントの主体が異なるので、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。

また、老人保健(老健)施設では1年経過すると入居者の28.9%、いわゆる特養ホームでは18.8%の認知症が悪化するという調査結果が出ている。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%であった(図3)。このふたつの調査結果を基に、国は今後30床以上の規模の特養ホームは作らないという、大胆な計画を立てている。つまり言葉を変えれば、発想を大きく変えて、これからの施設ケアは小規模かつ多機能ケアに代えていくという方向性を打ち出したということである。それに沿って、今後の施設ケアは個室化・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く

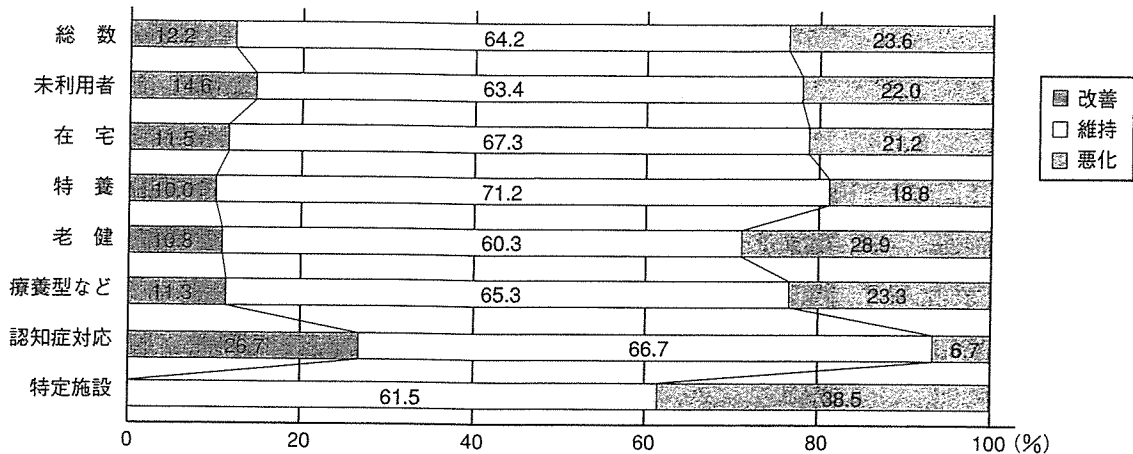
なる。基本的には、施設は地域に展開する形へと変わり、施設であっても在宅であっても個別ケアに移行することになる。

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割くらいには効果があるが、18%は悪化したというデータが出ている。有能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。新しい施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、これま

図3 利用施設別に見た認知症度改善／維持／悪化の状況(2000年と2001年との比較)



でと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。

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・居住費の支払いも介護保険からの給付を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、大きな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、食費や生活費が例えば月に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どう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のが考えられる。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。

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。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。

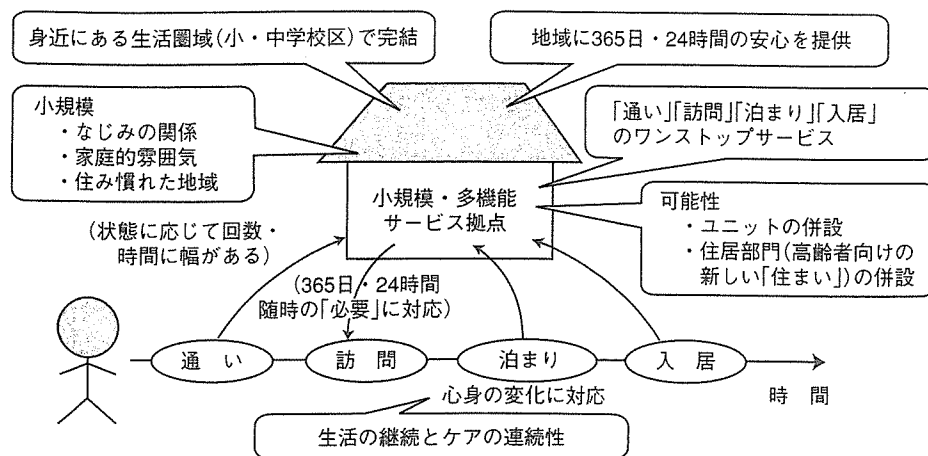
改正の2番目に介護予防がある。運営協議会を作って介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託は保健師が責任を持つことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止の方向にあり、今後は地域包括支援センターが介護予防サービスを事業者委託することになるため、優れた機能を持つ事業者の選定が重要になる。

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就任する予定である。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。

在宅ケアの推進

国は、在宅療養中心という考え方を持っている。しかし、個々の家族に介護負担を強いるのではなく、介護の社会化と言っていた流れを変えるものではない。変形在宅あるいは第3の施設という、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、例えば特養ホームでは3.5～3.8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と思われる。特養ホームには2年く

図4 小規模・多機能サービス拠点のイメージ図



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、この傾向は今後さらに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でも在宅が可能な体制を作っていくことが検討されている。地域ケアでは、訪問介護もケアプランに沿ったものだけではなく、例えば、昼間の時間帯のほか夜でも対応する、緊急の対応もできるようにしていくことなど、自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備についても検討されている。

認知症のケア

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(がくぜん)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ケアの標準とすべきと言っているが、一方、介護予防はADLが中心であり、この辺は矛盾していると筆者は感じている。

身体ケアモデルから身体ケア+認知症ケアモデル、もしくは予防モデルへの転換が図られ、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。

認知症ケアの地域における展開

認知症ケアは、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

を実現することである。サービス計画の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。

ケアの在り方としては、地域全体で見て、そこに当然ながら医療も必要であり、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ケアを実施していく。小規模・多機能サービスの拠点は、在宅利用者の容態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時間切れ目なく一体的・複合的に提供する(図4)。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」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活を支持することを目的としている。

施設は約10人単位の個室で、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に変わっていく。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。

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、オランダや英国はperson-centered careに沿ったケアが提供される仕組みになっている。

高齢者の虐待問題

身体虐待を受けた人は外傷などがあり、病院に來ることが多い。現在は、医師には発見したときの通報義務がないが、高齢者虐待防止法案ができると、生命に危険が予測される場合には警察・市町

表1 高齢者虐待リスクアセスメント表

(各項目の点数を合計し、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	よいと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	よい	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	よい	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	—

(名古屋市高齢者虐待調査研究会作成)

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。ほか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。この放任は気付かないと発見されず、こうした虐待の種類があるのだということを知っていなければならない。

また、われわれ医療関係者には解決が難しい虐待として、経済虐待がある。厚生労働省から昨年資料が発表されたが、そのなか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存在する。高齢者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して成年後見制度を使うことになる。さらに、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放しにして家族がどこかへ行ってしまう)ということがまれにある。

虐待される人は、われわれの調査では、要介護度の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。虐待は医療機関や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

付ける法律が必要である。名古屋市では、平成17年度に2,300万円の予算をかけてシェルターを作り、また虐待防止相談センターも作った。神奈川県では横須賀市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こうした対策を取る必要がある。

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付けをして、点数化している。16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携えて評価を行うことで、虐待のリスクを発見できる。

おわりに

介護保険の改正には、ハード面とソフト面のふたつがある。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、今回の改正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。ほかに、高齢者虐待防止、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。

認知機能を保つ

国立長寿医療センター包括診療部長
遠藤 英俊



1. はじめに

健康長寿とは高齢期に健やかに長生きできることをいうが、寝たきりや痴呆（認知症）はそれを阻む要因である。すなわち誰しも、寝たきりや認知症になりたくないというのが本音である、そのために認知機能を若いうちから保つ方法について考えてみたい。

加齢に伴い、一般に認知機能は衰えるといわれているが、心理学の分野では流動性知能は衰えるが、結晶性知能は衰えないといわれている。認知機能とは記憶力や判断力、見当識、失語、失行などをいい、日常生活においては思考力や推理、判断、適応、問題解決力の全体をいう。従って高齢になっても認知機能を保つことは誰しも望むところである。しかしその方法はあるのかというと、今のところ確実な方法はない。しかし将来はアルツハ

イマー病によい治療薬ができれば、多くの患者の認知機能を保つことができよう。まずは現状で考えられる認知症にならないための工夫を紹介する。

2. 認知機能について

アルツハイマー病にドネペジルという薬剤ができて、一時的に認知機能の進行遅延が可能となることがあることがわかり、認知症が治療できなくても進行を遅延させることにも意味があることが、一般にも、研究者の間でも了解されはじめてきた。また最近の研究では脳の機能を使うことで、脳を刺激することで、脳の機能が衰えない可能性が示されはじめた。最近、欧米では、初期の認知症や認知症と診断がつく前の状態、さらには、正常の老化から病的な知的低下がおこりはじめる最初の過程に研究の関心が移ってきている。い

プロフィール

Hidetoshi Endo

1982年 滋賀医科大学卒業 87年 名古屋大学医学部大学院修了 90年 米国国立老化研究所客員研究員 92年 市立中津川総合病院内科部長 93年 国立湊病院内科医長、国立療養所中部病院内科医長 04年 国立長寿医療センター包括診療部長 専門分野は老年医学、ケアマネジメント。

いわゆる軽度認知障害（MCI）で、盛んに研究されるようになってきた。認知症になる前の状態（前認知症状態）を早く見つけて早く対処しようというわけである。最近の脳の研究や、疫学的な研究から、高齢になっても脳の機能をしっかり使うことが、認知機能を保てる可能性がある。海外では「Use it, or lose it」という言葉がある。なぜなら脳は、可塑性を持っており、ある部分に障害が発生しても別の部分で補う代償性機能または可塑性を持っているという考えである。いわゆる認知機能にも廃用症候群という考え方があり、頭も使わないと、機能が低下するという意味である。

認知機能を保つということは、健常高齢者のためにいえることであり、認知症を畏れる人のために、必要なことである。遺伝的に規程されている家族性のアルツハイマー病をのぞけば、認知機能を保つための生活スタイルや行動は重要である。従って環境やよい人間関係を保つことで、認知症の悪化の予防や進行の遅延が期待される。臨床的には対象者は軽度の認知症患者もしくは軽度認知機能障害（MCI）の方が主な対象となるであろう。MCIとは記憶障害が認められ、見当識障害や生活機能が維持されている方をいう。それでは認知機能が悪化しないような国が検討している「介護予防」のメニューは具体的に明らかにされているかといえ、そうではない。本来認知症のリハビリや非薬物療法（生活療法）とは最近の概念であり、まだエビデンスが少なく、確立されてはいない。つまり認知症予防のメニューは今後の課題である。あるグループは体操がよいとしているし、またあるグループは高齢者へのパソコンなどの趣味活動に効果があるともされている。しかしエビデンスの観点からはコントロール群の設定

などいぜん課題は山積している。

3. 認知症の予防への取り組みについて

今後は各市町村において、介護予防の対象者は、地域包括支援センターにおいてケアマネジメントが提供され、介護予防プランが作成され、デイサービス、デイケアを始め訪問リハなどが対象となる¹⁾。しかし質がよく適正なサービスがなければ、介護予防の効果は示されないであろう。一方60歳くらいからの定年後の生き甲斐づくりの活動も認知機能の予防に役立つに違いない。戸外での活動や運動も有効であると思われる。また痴呆症に音楽を取り入れた運動療法を行ったところ、気分や認知機能において改善がみられた。15名の中等度から重度の患者で3ヶ月介入をしたところ、MMSEのスコアが有意に改善した²⁾。さらにバイアスロンをする人を対象とした研究で言語性短期記憶を改善することを示した報告もある³⁾。こうした認知症対策は今後地域支援事業で行われることになるだろう。

4. 高齢者への回想療法

認知症の非薬物療法には病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容については音楽療法、芸術療法、運動療法、現実見当識訓練などがあり、それぞれの療法により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではない。しかし認知症患者の表情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知症そのも

のは改善することは困難であるが、認知症の行動心理症状（BPSD）の改善が観察されたり、一時的には認知機能の維持ができることにより、間接的ではあるが認知症の進行遅延できる可能性が期待されている。少なくとも認知症に対するリハビリを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上をはかることが重要である。さらにいえば、これらの取り組みをミニデイや宅老所などで行えば、認知症の進行遅延が可能となることを示唆しており、認知症の介護予防そのものとなる。またデイサービスやデイケアで行えば、それはアクティビティであり、より専門的に行えば、認知症の認知リハビリテーションとなる。

認知症の非薬物療法の一つである回想療法は今新しい展開を迎えている。心理療法としてのグループ回想療法やライフレビューの歴史とその展開をふまえ、高齢者本人にとどまらず、介護者やスタッフへの影響もポジティブにと捉えられるようになってきている。しかし心理療法士による回想療法の有用性や限界もわかりはじめている。さらに回想療法への導入を促す映像を用いる回想療法の新しい取り組みの中から痴呆性高齢者への認知機能への効果のエビデンスもでてきている。さらに回想療法を取り組みやすくする、記憶を鮮明にする博物館所蔵の懐かしい古い物の貸し出しも可能になってきている。そこで現在の回想療法の状況と位置付け、さらに問題点とこれからの行方についてまとめる。

1960年代にアメリカの精神科医であるバトラー博士は「回想は価値があり、必要なものである」と定義し、回想療法を治療に取り入れることを開始した。彼の理論は、エリクソンの高齢者も含めた人間の「発達理論」に基づいている。回想により、過去の経験を再

評価し、成功、失敗といった経験を振り返ることで自分とその時代を取り巻く家族や友人、社会を見渡せ、成功したという人生観によって、人生が価値あるものと捉えられ、過去の執着や失敗から立ち直らせ、自我の統合と絶望の葛藤の解決が得られるとした。バトラー博士は高齢者には、自我の統合に達するために、熟練した療法士やグループの援助が必要なことがあると述べている。

回想の中で承認し、統合し、方向付け、結びつけることにより、高齢者の生活は再統合される。高齢者は、回想により自分の存在を確認し、時間の概念を正し、若い世代を導く責任を果たし、周囲との関係を理解する。回想の効果についての研究は限られており、結論があいまいで、必ずしも一致していない。たとえば客観的評価の指標がないとか対照群がない。最近の回想に関する文献は、回想の治療的効果、用いる回想の種類、対象の性格、回想が有効な環境についてまで踏み込んでいものがある。有効性を更に証明できる再現性のある研究が待ち望まれるが、回想療法はその人を理解し、社会性を保つ尊厳ある活動の一つである。

われわれは現在回想療法の変法として映像を用いた回想療法を検討している。これにより映像をみて、介護職員が積極的に参加することが重要なポイントである。映像により回想療法の標準化ができ、いつでも、どこでも回想療法が可能となる。ただ現実的にはグループ回想療法とテレビ回想療法を組み合わせることがより効果が高いと考えている。介護施設での共同研究ではやや軽度の痴呆症に有用であり、3ヶ月間のコントロールの後に週2回セッションを行ったところ認知機能の低下が抑えられ、改善する傾向がみられた。

イギリスでは博物館を利用した回想療法センターがあり、我々も地域での高齢者を対象にした介護予防事業として2002年愛知県師勝町において「回想法センター」の設立を行った。博物館（師勝町民俗資料館）所蔵の十萬点を超える古い物、懐かしい物を利用し、回想療法をしやすくする環境を整え、同時に地域に根ざした回想療法の情報・研修センターを設置する計画である。古い家を改築し、介護予防を主として行う回想療法を実践する空間を構築している。さらに今後はテレビ映像を用いた回想療法の取り組みを行ったり、懐かしい物を詰め込んだ回想ボックスの貸し出しや思いでの写真などを利用した回想キットの作成を通じてボランティアの参加を得て、地域での回想療法の普及・定着をめざし、地域在住の高齢者のQOLの向上をめざすこととした。

研究についてはテレビ映像を用いた回想療法のビデオを作製し、これを用い毎週1回、計8回の回想療法スクールに参加してもらい、その効果について検証した。ビデオの内容としては昔の遊び、料理、洗濯などである。対象者は健常者、閉じこもり傾向のある高齢者、認知機能障害をもつ高齢者の3群とし、それぞれコントロール群をつくり、効果を比較した。評価には認知機能テストとしては改訂長谷川式簡易知能診査スケール、MMSE、SKT、CDT、さらに精神・行動評価としてGDS15、西村式ADL評価表、介護者の介護負担感などについても臨床心理士、保健師が検討した。SKTとはヨーロッパで用いられている集中力と記憶力を調べる鋭敏な検査法である。また閉じこもり群には新たに作成した指標を用いて評価を行った。表1に痴呆（認知症）のない健常高齢者に回想療法に参加してもらっ

表1 回想療法の健常高齢者への影響

対象群前 対象群後	回想法群介入前 回想法群介入後
MMS	
SKT-M	
SKT-A	
SKT-T	1.0±1.0 * 0.2±0.4
SF36 身体機能	
心の健康	73.7±10.9 * 85.3±13.1
日常役割機能(身体)	94.4±16.6 * 83.3±35.3
日常役割機能(精神)	
体の痛みの無さ	79.5±20.0 * 63.8±24.3
全体的健康感	
活力	
社会生活機能	

たところ、参加しなかった人に比べ、SKTという認知機能の検査において記憶力や注意力が有意に改善した。また短期効果として会話量の増加、社会性・社交性の改善、抑うつ症状の改善がみられた。

回想療法はこれまで専門家によりグループ回想療法やライフレビューが行われてきた⁴⁾⁵⁾。しかし本事業のように、地域に根ざした回想療法の取り組みは街づくりの一つであり、健常高齢者をより元気にする取り組みであり、

また虚弱高齢者に対して介護予防や認知症の進行遅延をめざした事業でもある。さらに今後の予防医学や健康長寿を考える上でも効果が期待できる取り組みである。海外ではイギリスのパム・シュバイツァーにより「回想法センター」として同様の取り組みが行われているが、文化も歴史も異なるため、日本の各地の風土や文化に根ざした新しい取り組みが重要であろうと思われる。本事業には平成14年に厚生労働省の老人保健健康増進等事業費の補助をうけた。地域での取り組みとして愛知県師勝町を皮切りに岐阜県恵那市明智町、沖縄県宜野湾市などがすでに取り組みを開始している。

回想療法はもともと当然、古くて新しい試みである。その効果は人により異なる。人によっては昔を思い出したくない方もいる。それはあくまでも選択として、可能な限り、生涯にわたり、健やかで長生きを実現するための工夫が必要である。その取り組みのひとつが回想療法であり、しっかりとした理論とデータに基づいた取り組みが今後も続ける必要がある。最後に回想療法により、懐かしく、思い出がよみがえることによる精神的な安定がはかれることはいうまでもない。しかしその後の生活にどう反映され、維持されるかが今後の課題であろう。回想療法が有用であることはいうまでもない。しかし普遍化と共通の効果をうみだすために必要な要素があるはずである。今後はこれがしっかり見出され、エビデンスを積み重ねることが重要である。なお回想療法の内容は常に時代や文化とともに変化するものであることはいうまでもない。常に新しいものを追う必要はないが、内容については個人により異なるものもあれば共通のものもある。今後さらに回想療法が広がり、

高齢者のQOLの向上に役立つことを期待する。

5. おわりに

認知機能の低下を防ぐ方法はまだ確立されてはいないが、重要なテーマであり、今後種々のエビデンスがでてきて、少しでも認知機能の低下の進行遅延ができれば、本人や介護者のQOLの向上はいうまでもなく、介護保険制度や介護報酬にとっても効果が期待できよう。つまり、本稿で強調したかったことは運動によって身体の衰えを最低限にすること、生き甲斐をもって、心の健康を保つこと、そして仲のよい人と毎日積極的に会話をして、一つの方法として回想療法を行うことで、生き生きとした高齢者の生活を維持できれば、認知機能の予防が可能ではないかと考えている。今後の取り組みが期待される。

文献

- 1) 鈴木憲一, 介護保険制度の見直し=新予防給付を中心として=, 群馬県医師会報676, p 8-16, 2004
- 2) Van de Winckel A et al. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia, Clin. Rehabil 2004; 253-260
- 3) Grebot C et al. Effects of exercise on perceptual estimation and short-term Recall of shooting performance in a biathlon, Percept Mot Skills 2003; 1107-1112
- 4) 野村豊子, 回想法とライフレビュー, 中央法規出版, 2000
- 5) 黒川由紀子, 高齢者の心理療法 回想法, 誠信書房, 2005

認知症の ケアマネジメント

国立長寿医療センター包括診療部 遠藤英俊

● 抄録

認知症のケアマネジメントは、平成18年度以降の介護保険の改正を端緒にハード、ソフトとも返還期を迎えている。とくに「パーソンセンタードケア」という理念のもとに、グループホームやユニットケア、さらには小規模多機能居宅介護と認知症のケアが変わりつつあり、なかでも認知症ケアマネジメントセンター方式が厚生労働省により推進されており、徐々に利用されつつあるところである。このアセスメントを用い、個別ケアを実現していくことが新しい時代の認知症のケアマネジメントの方向であると確信している。また今後は、地域包括支援センターができ、認知症対策の相談、助言の窓口ともなり、高齢者虐待防止や成年後見制度の利用の促進も含め、地域の医療と福祉の認知症対策の中核として機能することが計画されている。介護支援専門員を中心に在宅であれ、施設であれ、認知症のケアマネジメントが前進することを期待している。

Key Words：認知症，ケアマネジメント，センター方式，パーソンセンタードケア

ケアマネジメント学，(4)：24-28，2005

はじめに

2003年6月に厚生労働省からだされた「2015年の高齢者介護」報告によれば、介護保険の利用者の分析から、身体ケアモデルから痴呆ケアモデルへの転換と痴呆ケアの普遍化が目標とされた。その答申を受ける形で、2006年4月以降に介護保険の改正が実施されようとしている。そのなかで国が第1に行ったのが、厚労省によって学識経験者の意見を踏まえ、平成16年12月より痴呆という用語を一般用語や行政用語において「認知症」と言い換えることであった。用語を換えることで、認知症の印象や概念も変わる。その中心の1つとなるのが、認知症のケアマネジメントの確立であ

る。認知症介護研究研修東京センターが中心となり、現場を中心にアセスメントが作成された。そこで現在検討されているのが認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式といわれるものである。高齢者の増加に伴い認知症をもつ人も急激に増加し、超高齢社会において認知症のケアは避けて通れない。認知症のケアマネジメントは認知症を的確にアセスメントする方法や専用のサービスの欠如のために、これまで認知症のケアの提供において十分ではなかったといえよう。そのため今後、このセンター方式アセスメントが在宅であれ、施設であれ、認知症をもつ人の場合には、政策的にも広く利用されるようになると思われる。

I. 認知症ケアマネジメント・センター方式

介護保険では、サービスの質を確保するための共通方法として、ケアマネジメントが導入された。

Hidetoshi Endo
Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

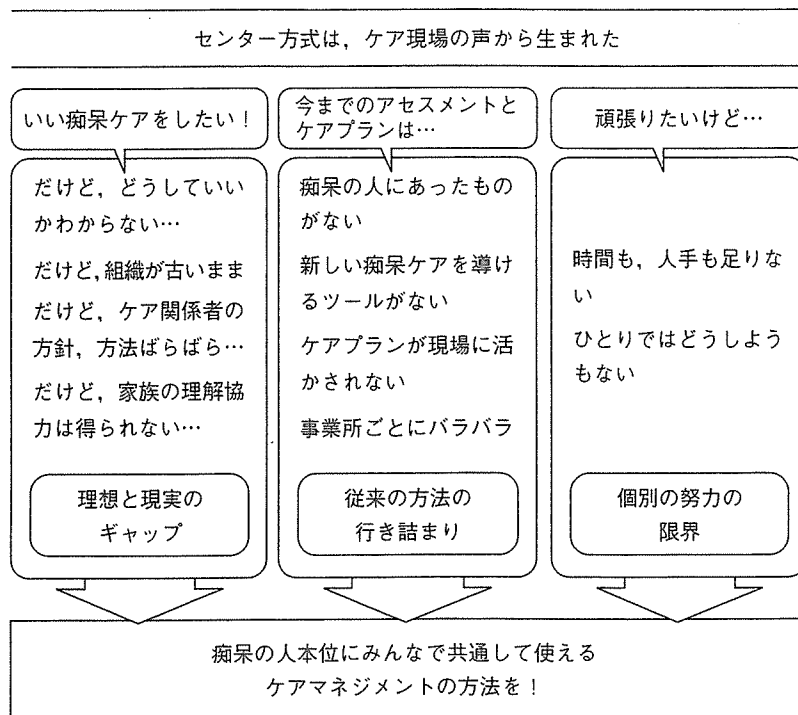


図1 センター方式の経過

それは、利用者の暮らしとケアの課題を見極め (=アセスメント)、課題解決のための計画 (=ケアプラン) をつくり、実践してみた結果を点検し、よりよくしていく一連のシステムである。認知症の1つのモデルとしてオーストラリアのハモンドグループがモデルケアプランを作成している¹⁾。しかし、とくに認知症をもつ人の場合、なにをアセスメントし、どんなケアプランを立てたらよいのか、その共通の方法がこれまでは存在しなかった。ケア関係者が各自まちまちの方法で取り組んでいたため、ケアの方針や内容がサービス事業所や職員の間でバラバラになってしまい、ケアの成果を得られないだけでなく、本人や家族が混乱を強めていくという残念な事態が続いてきた。そんななか、“新しい認知症ケアを目指して、関係者がいっしょに使える共通の方法と仕組みをつくりたい”というケア現場の強い要望を出発点に、『新しい認知症ケア』を目指した認知症高齢者ケアマネジメントシートが開発が始まった。そして「認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）」を中心に認知症ケアに関する研究者や現場

表1 センター式アセスメントの理念

① 尊厳，利用者本位
② 安心，生の充実
③ 自立支援，リハビリテーション
④ 安全・健康・予防
⑤ 家族や地域と共に進むケア（地域包括支援）

表2 センター方式アセスメントの5つの視点

① その人らしさ
② 安心・快
③ 力の発揮
④ 安全・健康
⑤ 暮らしの継続性

のエキスパートの協働成果として、「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」が開発された。

II. 尊厳あるケアを求めて

人がその人らしく最期まで生きることは憲法で保障されている権利である。しかし施設という特

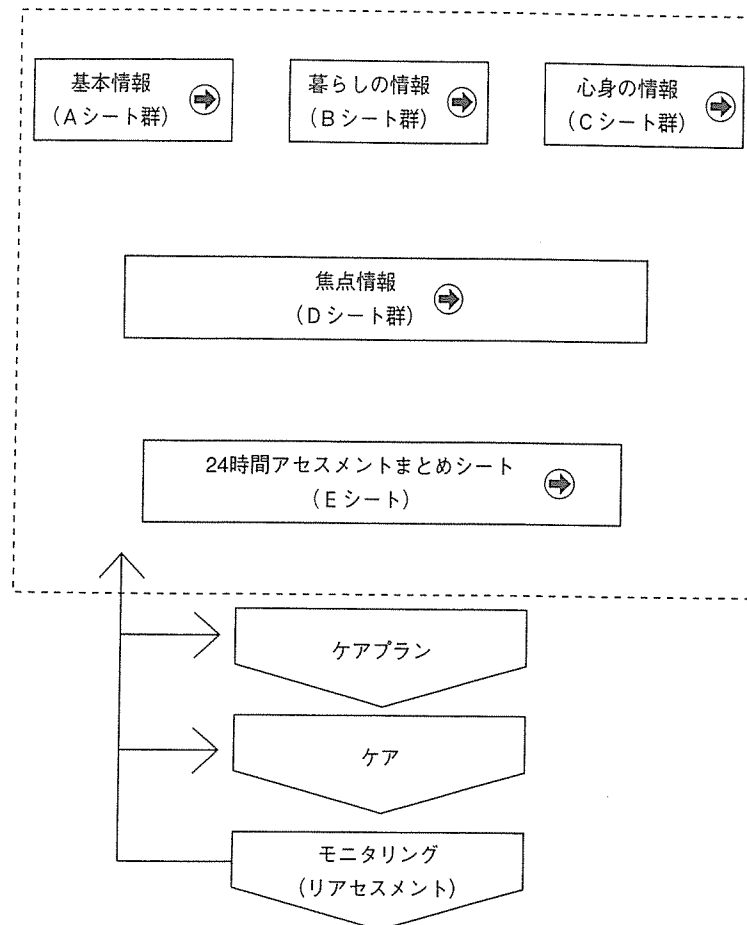


図2 センター方式シートのA～Eまで5つのシート

殊な環境のなかで「与えるケア」に終始しているのは、仕方のないことであろうか？ 決められたケアを提供することは、受動的な生活を助長しているのではないだろうかと考えている。高齢者には与えるケアではなく「支えるケア」や「寄り添うケア」が重要である。今後介護施設は大規模施設から29床程度までの小規模多機能地域ケアに転換されようとしている。そういう環境やハードの転換にとどまらず、同時にケア提供者の理念や心の転換が必要である。つまり新しい認知症ケアとは認知症をもつその人と共に暮らす共生の姿勢が求められる。そのとき介護職は集団ケアから個別ケアへの意識改革が求められる²⁾。そういう観点からのケアマネジメントが重要であることはいうまでもない。

Ⅲ. パーソンセンタードケア(PCC)について

「その人らしいケア」とは尊厳あるケアである。しかしその人らしくあるために、その人をよく理解することが重要であり、得てしてそれがむずかしい。このアセスメントは記述式であるが、これを利用すると「認知症その人」がよくみえるように作成されている。今後多くのサービス事業者や施設で利用されることを期待する。またこのセンター方式はこれまでのアセスメントとは視点が異なるため、革命的でもある。この点の理解が進まないと古い体質の現場は混乱する可能性もある。

認知症ケアマッピング(DCM)とは、PCCを基に構築されており、認知症の行動やスタッフのかわりなどを分析し、その人にあったよりよい認知症ケアを提供していくための認知症ケアにお

ける評価ツールの1つである。痴呆ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み 2001-スタンダード2において PCC を実施するように規定され実施されている。

DCM は、1989 年イギリスの心理学者 Tom Kitwood らにより提唱されたパーソンセンタードケア (PCC) の概念に基づいた認知症ケアの評価ツールのことをいう。DCM の実施にあたり、PCC の概念の理解は不可欠といえる。医療・看護の世界にも「患者中心の看護」という言葉がある。患者の意思を尊重した個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる³⁾。

認知症という疾患は一般の患者に比べ、関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難を要する。そのため、介護者側が認知症患者側との距離を縮めていくためにその人にあったケアが必要となる。これが PCC である。これを評価するためにキットウッド博士により DCM は考案された。DCM は、患者の行動を 24 のカテゴリーに分類し、well-being (よい状態) と ill-being (悪い状態) のスケールを用いて患者の行動を評価し、ケア担当者にその結果をフィードバックしていく認知症評価のツールである。表 1 と 2 にその内容の一覧を示した。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、人材育成にもつながり、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて介護施設を選択し、1日6時間、5分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、宅老所などのケアの評価、ケアの標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。また3か月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

IV. これからの認知症ケアの潮流

だれでもが安心して暮らせる社会を構築するこ

とは人間の理想である。たとえ認知症を患っても、尊厳を保ち、安らかに暮らせる社会こそが理想である。そのために教育も社会制度もしっかり構築することが重要である。真の福祉はそこから始まり、そこを求めて発展すると思う。制度上は今後小規模多機能型居宅介護に順次移行していくものと思われるが、認知症のためのサービスやコミュニケーション技法などがあり、さらにケア提供者の意識改革がどうしても避けて通れない。医師も看護師も急性期の病院では医療モデルも重要であるが、介護ではいわゆる QOL を追求した生活モデルの導入が必要である。そうでなければ認知症の長期にわたる生活を支援するケアはできないであろう。またオーストラリアのクリステチーンブライデンさんのように、アルツハイマー病患者自らが患者であることを告白し、その患者の悩みや気持ちを表し、その声に耳を傾けてほしいと主張しだしている。つまりこれからの介護提供者はより患者や病める人の声に傾聴し、そこからケアを始める必要があるからである。これは新しい認知症ケアの潮流に他ならない。

V. 尊厳ある生活療法

認知症の生活療法という分野があるとすれば、日常生活における通常の生活により、認知症の進行を遅延させることを意図した活動であると定義することができる。通常われわれが診療時に患者や介護者に指導することを記述してみる。物忘れを主訴に来院する患者のほとんどが新聞を読まない、テレビを見ない、字を書かない生活をしている。またはテレビを見てもほとんど眺めているだけという状況である。そこででてくる課題は、高齢者や退職後、もしくは料理などをしない状況で、することがないという状況がみえてくる。日常生活において、人と会話をすること、字を書くこと、歩くことなど当たり前のことが重要である。そしてケアアセスメントを立て、その後ケアプランを立案し、実際の介護サービスの提供となるが、ケ

アの提供にあたり、質のよいサービスとチームアプローチが重要である⁴⁾。

つまり、初期の段階では生活やケアそのものが生活療法というべきものであり、ADL（日常生活動作）、IADL（日常生活関連動作）を実行し、維持訓練することが生活療法そのものであると定義できよう。しかし近年グループホームやユニットケアにおいて生活を支援することが最大の目標であり、リハビリ的行為が否定される傾向がある。そのためにADLの低下が著しいのではないかというデータもある。散歩にしる、軽度負担の体操にしる、日常で行われる最低の日常行為である。さて生活療法はもともと作業療法においても実践されてきた。しかしここでは一般的日常生活のなかでの生活療法が重要である。こうした行為を日常的に、継続的に行うことが認知症の進行遅延に重要であると思われる。実際、運動、ダンス、音楽、ジャグリングなどは脳神経活動の賦活に有用であるとされている。排泄ケアも実は生活療法の1つであり、おむつを外すことでADLやQOLが改善する。このことをより検証し、標準化して、日本中に広めることがわれわれの役目である。

VI. 医療からみた認知症

アルツハイマー病については最近脳血流シンチの結果を画像統計解析することにより、早期診断が比較的確実にできるようになってきている。一方で、早期に診断が可能となってきたためにアルツハイマー病の告知の問題がでてきた。また個人

情報保護法の施行により、より診断については慎重に扱う必要がでてきている。65歳以下の初老期、若年期の認知症の告知は慎重であるべきであり、臨床心理士によるカウンセリングなども含め、面接を繰り返し、病気の理解を得て、病気を受け入れる準備の支援をしていく必要がある。そこでナラティブベイスドメディスン（NBM）の重要性がある。薬の使用や生活療法の視点も相談しつつ、医療判断をしていく必要がある。

VII. おわりに

尊厳ある認知症ケアについて、筆者なりに現状の考え方、これからの新しい認知症ケアの方向性についてまとめた。キーワードはセンター方式アセスメント、パーソンセンタードケア、認知症ケアマッピングである。認知症になっても優れたケアマネジメントにより、本人ならびに介護者が安心して暮らせる社会がくることを祈念する。

【文 献】

- 1) 内藤佳津雄, 今井幸充, 改訂高齢者障害スケール使用のための準備, 痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプラン, xi-xxii, ワールドプランニング(2004).
- 2) 長谷川和夫, 痴呆ケアの理念, 痴呆ケアの標準テキスト, 19-28, ワールドプランニング, 東京 (2004).
- 3) 太田黒友子, DCM を用いた評価方法とケアの導き方, 痴呆介護 5, 1, 32-44 (2004).
- 4) 遠藤英俊, 痴呆性高齢者のアセスメントとチーム医療, 痴呆性高齢者のクリニカルパス, 46-48, 日総研出版, 名古屋 (2004).

特集 認知症—実地診療における早期診断から介護まで—
総説：外来における認知症の診断と治療の進め方

大阪大学大学院・医学系研究科・内科系臨床医学専攻・
情報統合医学講座・精神医学

数井裕光、武田雅俊

連絡先：数井裕光

大阪大学大学院・医学系研究科・内科系臨床医学専攻・
情報統合医学講座・精神医学

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2 D3

TEL：06-6879-3051 FAX：06-6879-3059

E mail：kazui@psy. med. osaka-u. ac. jp

I. はじめに

認知症という診断は非常に重い診断である。現時点でほとんどの認知症が根治できないということ、また進行性の疾患も多いことなどから、認知症と診断されるということは、不治であるということ、今後さらに悪化していくことを宣言することになる。まず、我々医療者が行うべき事は正確な診断をすることである。薬剤の副作用、抑うつ状態、栄養障害、廃用症候群など認知症と間違いやすい病態の鑑別、特発性正常圧水頭症(idiopathic normal pressure hydrocephalus:iNPH)のような治療可能な認知症の鑑別は特に重要である。根治が望めない認知症に対しても疾患や重症度に基づいた治療法や対応法によって患者の予後が改善させることができる。特に適切な介護体制の構築は重要で、患者の予後の改善だけでなく、介護者の介護負担が軽減し、しいては患者と介護者の生活の質が向上する。本稿では、外来診療における認知症高齢者の診療の手順をまとめる。

II. 症状の評価と鑑別診断

認知症が疑われる患者が外来受診したときには、まず、認知症か否か、認知症であれば原因疾患は何か、そしてその重症度はどの程度かという3点を念頭に置きながら診察を開始する。実際の診療手順としては、主訴および病歴の聴取、症状の評価、神経画像検査の順で進めていく。

1. 主訴の聴取

認知症の診断には患者の日常生活の様子をよく知っている家族、介護者などからの情報が重要である。患者の状況をよく知らない家族が同伴し十分な情報が得られない場合には、次の診察時には患者の様子をよく知った家族に同伴してもらうよう依頼する必要がある。初診時、患者および同伴の家族からそれぞれの主訴を聴取する。そしてその主訴を(1)物忘れ、(2)物忘れ以外の言語や行動の症状、(3)精神症状に分類すると整理しやすい。ただし家族の主訴が「物忘れ」であっても、それがエピソード記憶の障害であるとは限らない。家族の主訴を鵜呑みにせず、その内容を確認することが重要である。「さっきのことでもすぐ忘れる」、「最近の出来事の記憶があやふや」、「置き場所を忘れて物をなくす」などであれば、物忘れに分類する。これに対して「物の名が思い出せない」、「(使い慣れた)器具や道具の使い方を忘れている」、「物が何だかわからない」といった訴えは、学習され知識や技能として蓄えられた能力の障害、すなわち失語(喚語困難も含む)・失行・失認、あるいは意味記憶障害を疑わせる。また「(料理や家事の)段取りが悪くなった、要領が悪くなった」などは実行機能障害を疑わせる。さらに「幻覚が見える、聞こえる」、「妄想的な発言がある」、「怒りっぽくなった」などは精神症状に分類する。家族が病院を受診させるときには複数の障害が存在していることも多いが、家族は、障害の一部あるいはほとんどを「年のせい」と解釈して自発的に訴えないこともある。また精神症状、特に物盗られ妄想や嫉妬妄想は、家族が訴えるのをためらうこともある。主訴の中で家族が以下のような項目に触れなかった場合には、診療者の方から尋ねて確認しなければならない。例えば、以下のごとくである。

(a) 物忘れについては、

- ・ さっきのことがあやふやだったり、昨日の出来事を忘れていたりしていないか。
- ・ 出来事があったことを忘れてしまうことがないか。「〇〇がありましたね」というように聞いてもあったことがわからないことがないか。
- ・ 置き場所を忘れて物を探すということがないか。

(b) 言語や行動の症状については、