

2007 18070A

別添 1

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究
（H19-長寿-一般-019）

平成 19 年度総括研究報告書

主任研究者 加知輝彦

平成 20 年（2008 年）3 月

別添2

目 次

I. 総括研究報告書

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究 加知輝彦	1
-------------------------------	---

II. 分担研究報告書

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究 －在宅療養支援診療所に関する全国調査－ 鷺見幸彦	5
--	---

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	7
---------------------	---

IV. 刊行成果の刊行物・別刷	9
-----------------	---

別添 3

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

総括研究報告書

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究

主任研究者 加知 輝彦 国立長寿医療センター 副院長

研究の要旨：これまでの調査と今回行った在宅療養支援診療所に対する実態調査とから、現在の在宅医療の問題点を抽出し、今後の対応について考察した。

在宅で死亡する人の割合は急激に減少してきているが、その背景として、患者・家族、医療者ともに、在宅で介護にあたる家族の負担や病状急変時の対応に不安のあることが考えられた。また、在宅療養支援診療所の実態調査からは、年間 20 例以上の看取りを行っている診療所では、医師と薬剤師、看護師等との連携がよく機能している場合が多いことが示された。いずれにせよ、在宅医療を推進するためには、病院、診療所、訪問看護ステーション等のネットワークを形成することが重要であると考えられた。

A. 研究目的

現在、我が国は高齢社会に入っているが、今後、団塊世代が大量に退職することで、加速度的に超高齢社会に突入することが確実に予想される。従って、現在の外来・入院という枠組みの医療体制の変革に早急に着手しなければならない。

そのためには在宅医療の整備、とりわけ終末期も含む在宅医療の量・質の拡充が喫緊の課題である。

本研究は現在ある入院医療と在宅医療の問題点を調査し、今後のあるべき在宅医療の構築に資することを目的とする。

B. 研究方法

まず、これまでに行われてきた在宅医療、終末期医療における現状を調査し、問題点を抽出した。

また、在宅療養支援診療所を対象にアンケート調査を行い、現場での問題点について検討した。

C. 研究結果

1. 医療機関と自宅における死亡割合の年次推移と自宅で最期まで療養することが困難な理由

厚生労働省大臣官房統計情報部の人口動態統計によれば、日本国民の死亡場所は、1955年に15.4%であった医療機関が、1975年には46.7%となり、1977年に50%を超えて1980年には57%になった。逆に在宅で死亡する割合は1955年の76.9%から1980年の39.3%へ激減した。2005年には病院で死亡する割合が82.4%と増加する一方、自宅で死亡する割合が12.2%にまで減少している。(図1)

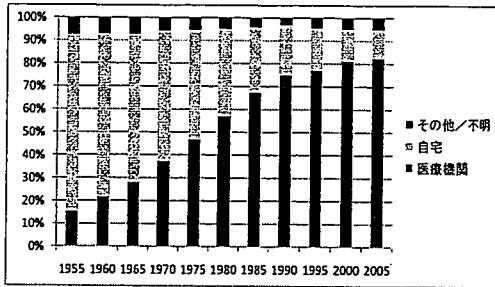


図1. 病院及び自宅での死亡割合

また、厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」報告書（2004）によれば、一般国民の58.8%が最期まで自宅で療養することを希望している一方で、同じく一般国民の65.5%は①介護してくれる家族に負担がかかる、②症状が急変した時の対応に不安があるといった理由により、実現困難であると回答している。（表1）

この傾向は医師、看護職、介護職等の医療提供側にもみられ、これらの制約を解消することも在宅医療、特に終末期の在宅医療を推進する上で重要である。

表1. 自宅で最期まで療養することが困難な理由

理由	一般	医師	看護職	介護職
往診してくれる医師がいない	27.0	33.6	24.1	25.2
訪問看護体制が整っていない	17.8	37.0	35.1	26.1
訪問介護体制が整っていない	10.7	21.3	18.2	17.9
24時間相談にのってくれるところがない	14.4	32.1	35.4	23.5
介護してくれる家族がいない	13.9	28.6	30.5	24.8
介護してくれる家族に負担がかかる	78.4	68.6	77.3	73.5
症状が急変した時の対応に不安がある	57.3	53.6	52.1	64.8
症状急変時すぐ入院できるか不安である	27.2	31.9	36.7	36.2
住環境が整っていない	18.6	23.2	23.6	17.8
終末期医療に関する調査報告書（2004） 経済的に負担が大きい	30.6	14.1	28.7	29.2

2. 在宅療養支援診療所の実態

在宅療養支援診療所の中で年間20例以上看取りを行っているところでは他職種との連携、病院からの退院時カンファランスへの参加、在宅医療啓発へ向けた社会活動に熱心、教育に積極的にかかわっていると特徴を有した。

また、看取り数多い診療所では対象疾患として悪性腫瘍が多い傾向にもあった。

D. 考察

在宅で死亡する人の割合は10%台にまで減少し、この減少傾向は今も続いている。この背景として、患者・家族側にも医療者側にも家族の介護負担や病状が急変した時の対応に不安があることなどがある。

一方、年間20例以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所では医師と看護師、薬剤師等他職種との連携がうまく行われている場合が多い。また、病状急変時等に当たっての病院との連携も欠かせない。そのためには、病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等のネットワーク化も必要である。

そういった体制を整えた上で、患者・家族を含む住民全体の在宅医療に対する意識改革も必要で、看取りまで行う在宅医療をより普及させるには、看取りまで在宅で行う体制の構築が必要であると考えられる。

E. 結論

在宅医療推進のためには地域全体での、特に終末期医療に対する意識改革と、その裏付けとなる病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等のネットワーク化が不可欠である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

鷺見幸彦：Alzheimer病：介護の現状と問題点—認知症介護における医師の役割。（岩坪威編）別冊医学のあゆみ. 118-124, 医師薬出版 東京 2007

鷺見幸彦：認知症のケアと医療の地域連携の必要性 1)医療の視点から. Geriatric Medicine. 45. 1077-1081, 2007

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

（研究協力者）

川島孝一郎 仙台往診クリニック院長

蘆野 吉和 十和田市立中央病院院長

太田 秀樹 医療法人アスミス理事長

和田 忠志 千葉健愛会理事長

分担研究報告書

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究

－在宅療養支援診療所に関する全国調査－

（ H19-長寿 - 一般 - 019 ）

分担研究者 鷺見 幸彦 国立長寿医療センター外来診療部部長

研究要旨：全国の在宅療養支援診療所の所在情報を把握するとともに、アンケート調査等を通じて、全国の在宅療養医療支援診療所がカバーする患者数・患者特性をはじめ、入院医療と在宅ケアの連携の状況等について調査を行うことを目的に 全国の在宅療養支援診療所 502 ヶ所を対象とし、アンケート調査を行った。年間 20 例以上看取りを行っている在宅療養支援診療所は他職種との連携、病院からの退院時カンファランスへの参加、在宅医療啓発へ向けた社会活動に熱心、教育に積極的にかかわっているといた特徴を有した。このような在宅療養支援診療所は全国的には少数であり今後増加することが必要であると同時に、このような診療所を中心に在宅療養支援診療所がネットワークを形成することも重要かつ有用と考える。

A. 研究目的

全国の在宅療養支援診療所の所在情報を把握するとともに、アンケート調査等を通じて、全国の在宅療養医療支援診療所がカバーする患者数・患者特性をはじめ、入院医療と在宅ケアの連携の状況等について調査を行う。平成 19 年度は在宅医療推進会議の作業部会（3）在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の能力強化方策に関する部会（部会長・研究協力者太田秀樹（医療法人アムス）によって行われたアンケート調査について報告する。

B. 研究方法

対象：在宅療養支援診療所としての役割を果たしていると考えられた全国の在宅療養支援診療所 502 ヶ所を対象とし、アンケートを送付した。アンケートの内容は 1) 年間の看取り数 2) 訪問看護師、歯科、薬剤師など多職種との連携の実態、3) 病院と

の連携の実際、4) その他、在宅医療推進のための社会的活動などについてである。

C. 研究結果

回収率は 45%と満足すべき回収率であった。

これは在宅療養支援診療所の開設者の在宅医療推進への関心の高さを示すものと考えられた。年間の看取り数は、平均 16.68 例であったが、年間 100 例以上の看取りを行っている施設が 5 箇所あった。このうち 1 施設では年間 441 例を看取っており、他施設と数字に乖離がみられるためこの 1 施設を除外すると年間看取り数は平均 14.79 例となる。在宅療養支援診療所の届出には訪問看護ステーション・ケアマネジャーとの連携、さらには後方病院の整備が要件となっていることもあり、おおむね連携はうまく機能しているといえた。ここで平均年間看取り数に着目し、A 群（年間 20 例以上の

看取りを行った診療所)とB群(19例以下の診療所)の2群に分類し、その特徴を検討すると、A群においては、①薬剤師(保険薬局)や歯科医師との連携、②病院からの退院前ケアカンファランスへの参加、③診療以外の社会活動として、勉強会開催や、執筆講演など在宅医療推進のために尽力しているという項目において、有意水準0.05で有意と示された。さらにA群では教育への関心も高く、すでに実習の受け入れ態勢を整えている施設もあり、看取り数の多い在宅支援診療所は、地域への情報発信機能を持つだけでなく、在宅医療推進を通して、市民や地域全体の意識改革への力を有している可能性を示している。ただし年間看取り数が在宅支援診療所の機能を客観的に評価する指標として妥当でない場合があることに注意が必要である。すなわち対象患者に悪性腫瘍が多い場合には看取り数が多くなるのは避けられない。

D. 考察

読売新聞社社会保障部は全国の在宅療養支援診療所の年間看取り数を調査し、読売新聞(平成19年10月27日付)に実態調査を公表している。そのなかで高知県が48例に対して、宮城県では525例と大きな地域差がみられた。地方都市、町村、大都市と地域によって、在宅医療の展開の手法が異なることが考えられる。外来診療を行わないで、在宅医療のみを行う在宅療養支援診療所が都市部に多く見られ、このような診療所では看取り数も多く東京都においては20人以上看取った診療所が41箇所にとぼった。一方地方では在宅医療支援診療所届出要件を満たすことが困難な地域もあり、このような地域では一般診療所が、往診や在

宅での看取りに対応しているだけでなく、病院からの在宅医療も行われているものと想像される。読売新聞の調査では年間20例以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所は全国で200箇所程度という結果を考えると今回の調査は、機能の高い在宅療養支援診療所の実態を反映している可能性が高い。在宅療養支援診療所が求められる役割を担うためには、病院との連携の強化や、患者家族の意識改革が重要であるとともに、在宅療養支援診療所の機能強化のために在宅支援診療所を繋ぐネットワーク整備が急務と考えられた。

E. 結論

年間20例以上看取りを行っている在宅療養支援診療所は他職種との連携、病院からの退院時カンファランスへの参加、在宅医療啓発へ向けた社会活動に熱心、教育に積極的にかかわっているといった特徴を有した。このような在宅療養支援診療所は全国的には少数であり、今後増加することが必要であると同時に、このような診療所を中心に在宅療養支援診療所がネットワークを形成することも重要かつ有用と考える。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

(研究協力者)

太田秀樹(医療法人アスミス)

別添 5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鷺見幸彦	Alzheimer 病: 介護の現状と問題点 - 認知症介護における医師の役割	岩坪威	別冊医学のあゆみ	医歯薬出版	東京	2007	118-124

雑誌

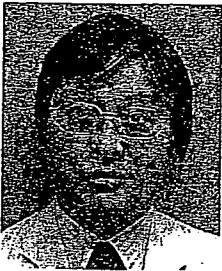
発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
鷺見幸彦	認知症ケアと医療の地域連携の必要性 1) 医療の視点から	Geriatric Medicine	第 45 巻	1077-1081	2007

刊行成果の刊行物・別刷

Alzheimer病：介護の現状と問題点

— 認知症介護における医師の役割

Care and medical support for the person with Alzheimer's disease



鷺見 幸彦

Yukihiro WASHIMI

国立長寿医療センター外来診療部

◎ここ数年、認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。そのような状況下で医師の認知症への対応も変化を求められている。認知症においては医師あるいは医療サイドだけでは対応は困難であり、福祉や行政との連携が必要となる。かかりつけ医としては早期段階での発見・気づき、専門医療機関への受診誘導、一般患者として日常的な身体的対応、健康管理、家族の介護負担、不安への理解、地域の認知症介護サービス諸機関との連携などが求められる。専門医療機関では認知症の鑑別診断、うつやせん妄、精神行動症状の治療、身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療が中心になる。地域包括支援センターを拠点とする地域包括ケアシステムを念頭におき、今後の認知症のケアについて、医療と福祉の連携、医師の果たすべき役割、また現在考えられている問題点と検討課題を概説した。



Alzheimer病, 認知症, 介護, 医療と福祉の連携, 地域ネットワーク, かかりつけ医

ここ数年、認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には、認知症患者が今後爆発的に増加することが予測されること¹⁾、介護保険制度の開始により認知症介護に関する議論の高まりや啓発活動によって、認知症は家族だけのケアから社会全体で支え介護サービスを中心に第三者の力を借りるという方向へ考え方が変わってきていることがあげられる。このような状況下で医師の認知症への対応も変化を求められている。

本稿では、平成 18 年度(2006)から施行されたあらたな介護保険制度改革のなかで示されている、地域包括支援センターを拠点とする地域包括ケアシステムを念頭におき、今後の認知症のケアについて、医療と福祉の連携、医師の果たすべき役割、また現在考えられている問題点と検討課題を提示する。

うな先駆的な試みもあるが²⁾、1990 年代になってから各地で医療と福祉の連携が構築されはじめた。地域ケアといっても東京や大阪といった大都市圏と、地域の中核都市や町のレベル、人口過疎

サイド
メモ

環境エンリッチメント

Alzheimer 病をはじめとする神経変性疾患の発症には遺伝的要因と環境因子が関係することが推測される。Lazarov らは Alzheimer 病モデルマウスで、餌と水しかないケージで飼育した場合よりも回し車やトンネルといった遊び道具を備えた環境のほうが、凝集 Aβ40 が約 90%、Aβ42 が約 50%低下し、nepriylsin も非トランスジェニック野生型マウスと同等になったと報告した。この報告では 3 週目に環境エンリッチメントの状況にしており、ヒトにあてはめるとすれば若いうちにこのような環境にさらす必要があることになる。ヒトではどのような環境がエンリッチに値するのか課題であるが、Alzheimer 病の予防を考えるうえで興味深い結果である。

認知症ケアの医療と福祉の連携モデル

杉山らが川崎市で 1980 年代から行ってきたよ

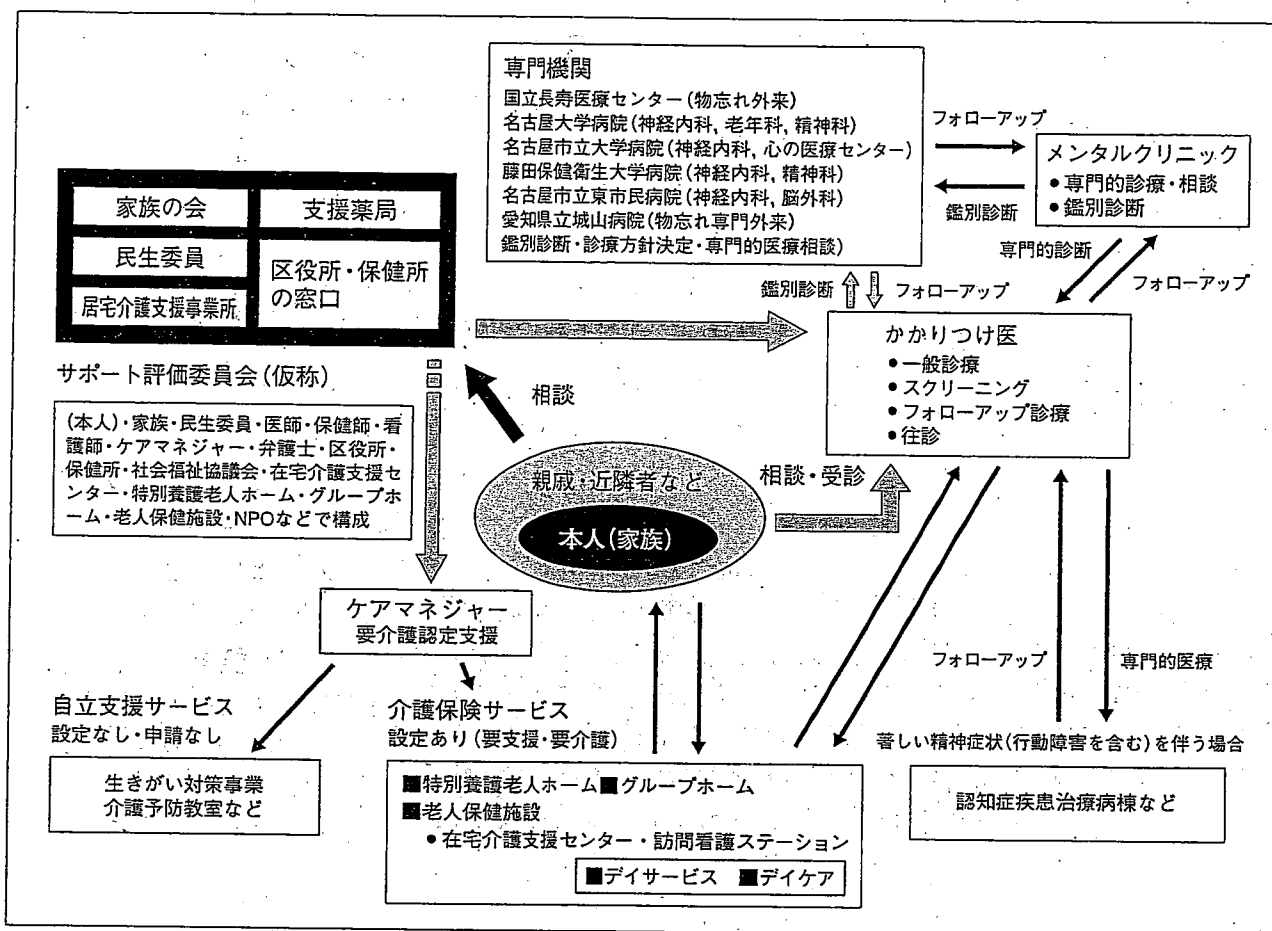


図 1 名古屋市中種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク⁴⁾

の地域では、その地域ケアの形態や問題点が異なるのは当然と考えられる。ここでは、これまでにわが国で試みられてきた代表的な地域ケアの例を示す。

大都市型の地域ケアの形態としては認知症に限定してはいないが、北九州市の構造様式が知られている³⁾。北九州市では政令市ではもっとも高い高齢化率(18.9%, 2000年9月)を背景に、市民や地域の保健・医療・福祉関係者の協力を前提として総合的な“高齢社会対策”を策定した。137ある小学校区域をひとつの単位として、それを7つの行政区レベル、市レベルの拠点が支える保健・医療・福祉ネットワークを構築した。

名古屋市⁴⁾においても試みは開始されている。名古屋市のモデルの概要を図1に示す。これらの地域では区の単位で連携がはかられており、地域の医師会がカバーしている範囲と一致している。

都市型の構造様式としては大津市の試みが知られている。滋賀県ではすでに1990年代のはじめか

ら、滋賀県立成人病センターが中心となってネットワークづくりを行ってきたが^{5,6)}、2000~2003年にかけて大津市において“痴呆性老人地域ケア整備事業”を立ち上げた。その内容は、普及・啓発、医療体制整備、認知症ケア体制整備、ケースカンファレンス、権利擁護体制整備に大別される。藤本はこの経験からいくつかの地域ケア構築のポイントを指摘している⁷⁾。第1はかかりつけ医の役割であり、受診しやすいことから認知症の窓口としての重要性が高いことを指摘した。この段階で“年のせい”や“気のせい”で片づけてしまうと専門医への受診は大きく遅れることになる。そのためには認知症の初期症状をよく理解して早期発見の窓口であるという自覚が必要になる。第2は専門医の役割、第3はかかりつけ医と専門医の連携、第4は認知症ケアの受け皿とその質の確保である。早期発見しても受けられるサービスが少ないと、早期受診・診断の意味がなくなる。第5は啓発活動の重要性で、認知症の早期発見・早期対応とし

てなによりも重要であるとしている。この大津モデルは都市型の構造様式として意義が大きい。

一方、東北大学の粟田らは1990年半ばから、宮城県北西部の地域を中心に地域連携システムを構築した^{8,9)}。このシステムは1997年から宮城県の事業として採用され、2002年までに仙台を除く県内すべての保健福祉事務所管内で実施されるようになった¹⁰⁾。この地域は過疎化と高齢化が著しい地域であり、独居率が高く、専門医療機関が少ないなど、大津市とは別の問題点があげられている。この取り組みは高齢過疎地域での地域ケアの構造様式として意義が大きい。

● 認知症の医療と福祉の役割分担と連携

国立長寿医療センターと地域の関連施設や医師会が中心となって、認知症の医療と福祉の役割分担と連携を調査した。具体的には、認知症患者の重症度、あるいは問題行動の有無に応じて、診断、治療、介護をどのような医療機関、福祉施設のどこにどのレベルの患者が存在するのか、また連携上どのような問題があるのか調査した¹¹⁾。

2001年4月～2004年12月に国立長寿医療センターのもの忘れ外来を受診した大府・東浦地区の認知症患者の家族130名にアンケート調査を行った。介護度は2～3が多いが、未申請も23.7%にみられた。未申請の例は軽症例が多かった。何らかの施設に入所していたのは25%で、75%は自宅で生活していた。入所者は要介護度が3を越すと急速に増加し、要介護度4以上では69.2%が自宅以外の施設に入所していた。要介護度2から3に上昇すると、介護困難の理由として徘徊、尿便失禁が増える。また、これらの症状がでている患者では施設・病院への入所率が高い。

同時期に、知多郡医師会における認知症高齢者の現状調査に資するためのアンケート調査を行った。大府市、東浦町の医院および病院51施設に送付し、28施設から回答を得た。在宅認知症高齢者の診療経験の有無に対して“あり”と答えた施設は16施設(57%)であった。“施設入所後に患者はかかりつけ医に戻ってきますか”という質問に対し、“戻ってくる”という回答は半数であり、紹介されたり入所するとかかりつけ医に戻らない状況

にある。在宅でみている認知症高齢者数は1～5人が10施設で最多であり、6～10人が4施設で、これに次いだ。病院で31～50人の施設と51～100人の施設があり、最大240人程度が通院していた。

さらに、大府東浦地域にある介護老人保健施設2施設、介護老人福祉施設3施設の施設長に対してアンケート調査を行った。入所中の認知症老人日常生活自立度Ⅱ以上の患者は493名。診断がついているかどうかに関しては30%から90%と施設格差が大きかった。“入院が必要と思われるときに受け入れ医療機関がなく死期が早まった例があるか”との問いに、特養3施設のうち1施設、老健2施設のうち1施設で“ある”という回答が得られた。入所継続困難症例への対応では、“自施設で対応するかかかりつけ医に連絡し検討する”が多くみられた。大府市・東浦町の65歳以上人口は約15,000人であり、65歳以上の認知症の有病率が5%前後であることを考えると、この地域には約750人の認知症患者がいるものと推定される。

今回の調査では概算700～800人の認知症患者に調査できており、この地域の認知症患者をカバーしているものと考えられた。今回の調査から、①介護度が高くなるにつれて入所の率は高く、要介護3以上で入所が増加する、②入所のきっかけは徘徊、尿便失禁、③介護認定を受けていない例が約1/4にみられたが比較的軽症例が多い、などが明らかとなった。これらを総括すると、おおむね重症度に即した入所が行われていると考えられた。今後の課題は連携面であり、身体合併症を生じた際の連携、かかりつけ医への逆紹介などの問題がある。現在、知多郡医師会と長寿医療センターが中心となって知多郡認知症総合支援ネットワークを構築しつつあるが、福祉施設とのネットワーク形成が今後の課題である。

● かかりつけ医の役割

図2に示したように、地域ネットワークにおける医師の役割はきわめて重要かつ多様である。認知症ネットワークかかりつけ医には、①早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診誘導、③一般患者として日常的な身体的対応、健康管理、④家族の介護負担、不安への理解、⑤地域の認知

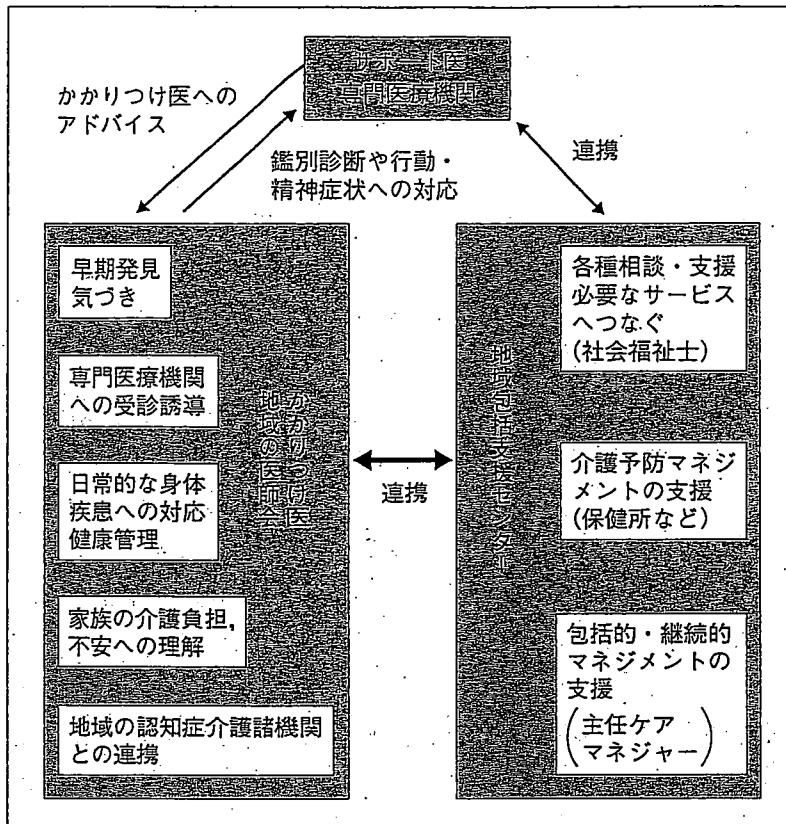


図 2 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

症介護サービス諸機関との連携，などの役割が期待される。一般にはかかりつけ医という用語の定義に明確なものはないが，認知症ネットワークにおけるかかりつけ医とは，勤務形態(病院か診療所か)や診療科に関係なく，地域において認知症患者の医療を含めた生活全般の相談ができる医師をいう。

1. 早期段階での発見・気づき

認知症を早期に発見することの意義として，つぎのことがあげられている¹²⁾。

- ① 本人および家族の両者に対して認知症は病気であるという意識と，治療により進行抑制や改善する認知症があるという希望をもたせることができる。家族や介護者が認知症の行動障害に対する対応方法や公的福祉制度への知識を得ることで，介護が容易になり虐待が減る。
- ② 医師は，早期診断・早期治療を通じて認知症の症状の改善や進行抑制，日常生活の指導が可能となり，治療意欲が生じる。
- ③ 行政は，医療費の削減が可能となり医療経済効果が期待できる¹³⁾。

2003年に本間らが行った調査では，家族が相談した際に否定的な対応(家族がもの忘れなどで相談した際に，歳のせいと片づけてしまう，治らないので仕方がないといった対応)が初診時の医師の30%近くにみられていた¹⁴⁾。また，神経内科や脳外科でMRIをとってもらったが異常なしといわれたので放置していたという訴えも多い。しかし，一般診療のなかで，初期の認知症に気がつくことはかならずしも容易ではなく，技術を要する。短い診療時間内に外来を受診した高齢者すべてに長谷川式簡易認知症スケールやミニメンタルテストを行うことは困難であり，妥当ではない¹⁵⁾。高齢者の診療では観察式の初期認知症観察リストを念頭において¹⁶⁾，認知症の可能性をつねに意識することが必要であり，受付事務や看護師などからの情報も重要である。

2. 専門医療機関への受診誘導

認知症が疑われた場合にどのような病型なのかを確定することは，治療方針，経過を考えるうえで重要である。また，専門医療機関を受診することによって入院が必要となる事態に対しての連携の糸口となる。

3. 一般患者として日常的な身体的対応, 健康管理

認知症専門外来では日常的な身体的対応, 健康管理は逆に不十分である。高血圧の管理, 糖尿病の管理など, いわゆる生活習慣病の管理はかかりつけ医で行う。

4. 家族の介護負担, 不安への理解

認知症患者の家族の負担は大きい。進行した時期には肉体的な負担も大きくなるが, 初期から中期の日常生活に大きな支障がないがさまざまな遂行障害が出ている時期には相手や時間によって発揮できる能力が変動し, 周辺の理解が得られず, 介護者を振り回し, 介護者の精神的な負担がきわめて大きい。介護者自身も, “わざとやっているのではないか”と疑心暗鬼になっていることも多い。

介護者のおかれているこのような状況を複雑な家族関係のなかで理解し, 共感的に介護者を支える必要がある。

5. 地域の認知症介護サービス諸機関との連携

かかりつけ医と地域包括センターとの連携が必要となるのは, ①かかりつけ医が早期の認知症と気づいた場合で患者が独居やさまざまな理由で介護者が存在しない場合, ②専門医療機関での診断や治療が必要と判断したがその地域の専門医療機関の情報がない場合, ③かかりつけ医が介護サービスの活用をはかったほうがよいと判断した場合, ④逆に地域包括医療センターから住民が認知症ではないかと相談や連絡を受けた場合, が想定される。図1で示したように, 在宅介護支援センター(地域包括支援センター)のケアマネジャーとの連携は認知症診療においてきわめて重要であるが, 現状ではこの両者を連携させる具体的なツールが欠けている。藤本らの“滋賀認知症ケアネットワークを考える会”では毎月, かかりつけ医, 専門医, 一般病院勤務医と介護スタッフ, ケアマネジャー, 行政職と合同の勉強会を行っており, ひとつの方向性を示している¹⁷⁾。このように大規模な形式ではなくとも, ケアマネジャーや介護スタッフとの小さなミーティングの積み重ねが必要と考えられる。

このような状況下で医療と福祉の連携を推進するためには, かかりつけ医にいつそうの知識と技

術が必要となる。厚生労働省では平成16年度(2004)老人保健事業推進費等補助金による事業として“地域における認知症性高齢者の早期発見・対応のあり方に関する調査研究事業”を立ち上げ, “認知症患者の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会”を発足させた¹⁸⁾。その目的は, かかりつけ医の認知症対応向上のための研修のあり方や, かかりつけ医の診療および地域における役割を支援サポートする認知症診療に習熟した医師との連携方法およびシステムのあり方などについて幅広く検討し, 合わせて研修のモデル事業を実施することである。

● 専門医の役割

専門医療機関のおもな役割は3つある。第1は認知症の鑑別診断を行うことであり, 第2に経過中起こってくる, うつやせん妄の治療を行うことである。第3は身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療である。

1. 認知症の診断

画像診断の進歩¹⁹⁾から認知症の早期診断や鑑別診断がある程度可能となってきた。また, 病型によって治療方針や今後の経過を予測することも介護者には大きな情報となる。たとえば, Lewy小体型認知症とわかっているならば, 精神行動症状が起こった際の薬物療法が慎重になると思われるし, 前頭側頭型認知症であればつねに精神行動障害の出現の可能性を考慮しておかなければならず, 適切な収容施設を早くから検討する必要がある。また, 甲状腺機能低下症やビタミン欠乏といった治療可能な認知機能低下を鑑別し見逃さないようにすることが求められる。

2. うつ・せん妄の治療, 身体合併症を起こした際の受け入れと治療

これらはともに, 専門医のいる施設で診断治療方針を決定することが望ましい。

認知症患者が骨折や肺炎, 脳血管障害といった身体合併症を併発して入院すると, せん妄や徘徊, 大声興奮, 点滴ラインの引き抜きといった精神行動症状を起こし, 治療困難になる場合がある。急性期病院で認知症の専門医がいないと対応困難となり, 早期に退院を勧告されたり, 入院そのもの

を忌避されることすらある。著者らはかつて、東海・北陸地方医務局管内国立病院・療養所における認知症患者の実態に関する研究を行った²⁰⁾。東海・北陸地方医務局管内の24施設についてアンケート調査し、認知症患者を専門に診療する医師のいる施設といない施設では診療内容に大きな隔たりがあるという結論を得た。

このなかで専門医がいない施設では、外来に認知症患者が受診した際の対応について、13施設中10施設は専門医のいる病院に紹介すると返答していた。しかし、それらの施設の入院患者のなかで認知症を有する患者の割合を尋ねると、8施設で10%以下であるが、4施設では10~50%であり、50%以上と答えた施設も1施設存在した。入院管理困難となる理由は徘徊、せん妄、興奮が多かった。急性期病院における標準化された認知症患者への対応は確立されておらず、今後の課題である。また、急性期病院も医療と介護の連携により強く関心をもち機能強化をはかるべきである。

よりよいケアに向かって今後なにが必要か

最後に繰り返しになるが、よりよいケアに向かって今後なにが必要か、なにが問題となっているのかを表1にまとめた。認知症のケアにおいて家族支援はきわめて重要であるが、標準的な家族支援の方法や家族支援プログラムの開発は十分とはいえない^{21,22)}。一方でケアスタッフについては、ケアの質の評価法や介護スタッフのストレス調査と対策が求められる^{23,24)}。在宅療法と地域連携についてはこれまで述べてきたように、①認知症患者の重症度と生活の場の適応性、②在宅認知症患者の地域における情報共有システム、③身体合併症発症時の一般病院での対応システム、④認知症患者の日常生活制限に関する検討、が必要であろう。また、特殊な病態のケアとして、FTDや若年性認知症のケア、尿便失禁の治療とケアが問題となる。終末期ケアは認知症に限定された問題ではないが、大きな課題である^{25,26)}。

医師も含めた認知症スタッフの教育は端緒にすぎたばかりであり、今後の継続が必要である。また、すべての医療介護行為の医療経済的側面での検討はつねになされるべきであり、限られた財源

表1 介護・ケアに関する問題点、今後の研究課題

1. 家族支援
1) 家族支援の方法
2) 家族支援プログラムの開発
2. ケアスタッフ
1) ケアの質の評価法
2) 介護スタッフのストレス調査と対策
3. 在宅療法と地域連携
1) 認知症患者の重症度と生活の場の適応性
2) 在宅認知症患者の地域における情報共有システム
3) 身体合併症発症時の一般病院での対応システム
4) 認知症患者の日常生活制限に関する検討
4. 特殊な病態のケア
1) FTDのケア
2) 若年性認知症のケア
3) 尿便失禁の治療とケア
5. 認知症の終末期ケア
6. 認知症スタッフの教育
7. 医療経済的側面での検討

を効率よく運用することが求められる。

文献

- 1) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護。厚生労働省老健局総務課，2003，pp.72-75.
- 2) 杉山孝博：老年精神医学雑誌，7：613-618，1996.
- 3) 舟谷文男：ジェロントロジーニューホライズン，14：217-221，2002.
- 4) 柴山漢人：明日の臨床，17：37-47，2005.
- 5) 藤本直規・他：老人性痴呆—地域ケアの実践に向けて（琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編）。医歯薬出版，1993，pp.79-87.
- 6) 大津市痴呆性老人地域ケア整備事業報告書。2002.
- 7) 藤本直規・他：Gerontology，15：41-48，2003.
- 8) 栗田主一：老年精神医学雑誌，10：339-346，1999.
- 9) 栗田主一：老年精神医学雑誌，13：1175-1184，2002.
- 10) 栗田主一：臨床看護，31：1193-1196，2005.
- 11) 鷺見幸彦・他：痴呆患者の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデル構築と検証。平成17年度厚生労働科学研究費補助金総合研究報告書。2005.
- 12) 宮永和夫：日本老年医学会雑誌，42：40-41，2005.
- 13) 鷺見幸彦，太田壽城：日本老年医学会雑誌，41：451-459，2004.
- 14) 本間 昭：老年精神医学雑誌，14：573-591，2003.
- 15) Brogaty, H. et al. : *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*, 12：1-13，1998.
- 16) Hopman-Rock, M. and Staats, P. G. : *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 16：406-414，2001.
- 17) 藤本直規・他：Progress in Medicine，10：87-91，2004.
- 18) (財)日本公衆衛生協会：認知症患者の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会報告書。2004，p.3.
- 19) Minoshima, S. et al. : *Ann. Neurol.*, 42：85-94，1997.

- 20) 鷺見幸彦：東海・北陸地方医務局管内国立病院，療養所における痴呆患者の実態に関する研究．長寿医療共同研究報告書，2004，p.75.
- 21) Hebert, R. et al. : *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 58B : S58-S67, 2003.
- 22) 尾野内直美：老年精神医学雑誌，15 : 949-955, 2004.
- 23) 水野 裕：老年精神医学雑誌，15 : 1384-1391, 2004.
- 24) 藤本直規：痴呆症学 3—高齢社会と脳科学の進歩．日本臨床社，2004，pp.367-372.
- 25) 別所遊子・他：日本公衆衛生誌，52 : 865-873, 2005.
- 26) 原 健二：LTC, 37 : 52-57, 2003.

* * *

特集：認知症ケアと医療の地域連携

認知症のケアと医療の地域連携の必要性

1) 医療の視点から

鷺見 幸彦

認知症のケアと医療の地域連携の必要性

1) 医療の視点から

鷺見 幸彦*

KEY WORD

認知症
地域連携
かかりつけ医
地域包括支援センター

POINT

- かかりつけ医の役割の重要性。
- 専門医の役割の重要性。
- 認知症の地域連携の重要性。

はじめに

ここ数年、認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には、介護保険制度の開始による認知症介護に関する議論の高まりや、認知症に対する啓発活動によって、家族だけのケアから社会全体で支えるケアへ、介護サービスを中心に第三者の力を借りる、という方向へ考え方が変わってきていることが挙げられる。また、今後爆発的に増加することが予測される認知症は¹⁾、いまや特殊な脳の変性疾患ではなく、common disease となってきた。このような状況下で、医師の認知症への対応も変化を求められている。本稿では、平成18年度から施行された新たな介護保険制度改革の中で示されている、地域包括支援センターを拠点とする地域包括支援ケアシステムを念頭に置き(図1)、認知症ケアと医療の地域連携の必要性について医療の視点から述べ、医師の果たすべき役割、問題点と検討課題を提示する。

かかりつけ医の役割の重要性

図1に示したように、地域ネットワークにおける医師の役割は極めて重要かつ多様である。認知症ネットワークかかりつけ医には、①早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診誘導、③一般患者として日常的な身体的対応、健康管理、④家族の介護負担、不安への理解、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携などの役割が期待される。一般にはかかりつけ医という用語の定義に明確なものはないが、認知症ネットワークにおけるかかりつけ医とは、勤務形態(病院か診療所か)や診療科に関係なく、地域において認知症患者の医療を含めた生活全般の相談ができる医師をいう。

1. 早期段階での発見・気づき

認知症を早期に発見することの意義は、①本人および家族の両者に対して、認知症は病気であるという意識と、治療により、進行抑制や改善する認知症があるという希望をもたせることができる。家族や介護者が認知症の行動障害に対する対応方法や公的福祉制度への知識を得る

*わしみ ゆきひこ：国立長寿医療センター外来診療部

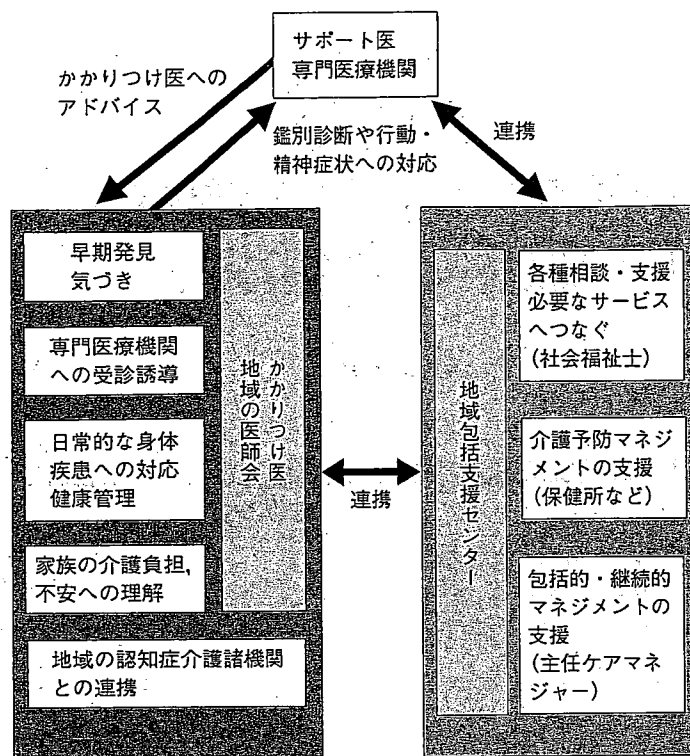


図1 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

ことで、介護が容易になり虐待が減る。②医師は早期診断・早期治療を通じて認知症の症状の改善や進行抑制，日常生活の指導が可能となり，治療意欲が生じる。③行政は医療費の削減が可能となり医療経済効果が期待できる²⁾ことが挙げられている³⁾。

2003年に本間らが行った調査では，家族が相談した際に否定的な対応(家族がもの忘れなどで相談した際に，歳のせいと片付けてしまう，治らないので仕方がないといった対応)が初診時の医師の30%近くにみられていた⁴⁾。また，神経内科や脳外科でMRIをとってもらったが，異常なしといわれたので放置していたという訴えも多い。しかし一般診療の中で，初期の認知症に気がつくことは必ずしも容易ではなく，技術を要する。短い診療時間内に外来を受診した高齢者すべてに長谷川式簡易認知症スケールや，ミニメンタルテストを行うことは困難であり妥当ではない⁵⁾。高齢者の診療では観察式の初期

認知症観察リストを念頭に置いて⁶⁾，認知症の可能性を常に意識することが必要であり，受付事務や看護師などからの情報も重要である。

2. 専門医療機関への受診誘導

認知症が疑われた場合にどのような病型なのかを確定することは，治療方針，経過を考える上で重要である。また，専門医療機関へ受診誘導することによって入院が必要となる事態に対する連携の糸口となる。

3. 一般患者として日常的な身体的対応，健康管理

認知症専門外来では，日常的な身体的対応，健康管理は逆に不十分である。高血圧の管理，糖尿病の管理など，いわゆる生活習慣病の管理はかかりつけ医で行う。

4. 家族の介護負担, 不安への理解

認知症患者の家族の負担は大きい。進行した時期には肉体的な負担も大きくなるが、初期から中期の日常生活に大きな支障がないが、様々な遂行障害が出ている時期には、相手や時間によって発揮できる能力が変動し、周辺の理解が得られず、介護者を振り回し、精神的な負担が極めて大きい。介護者自身も「わざとやっているのではないか」と疑心暗鬼になっていることも多い。

介護者の置かれているこのような状況を複雑な家族関係の中で理解し、共感的に介護者を支える必要がある。

5. 地域の認知症介護サービス諸機関との連携

かかりつけ医と地域包括支援センターとの連携が必要となるのは、①かかりつけ医が早期の認知症と気づいた場合で、患者が独居や様々な理由で介護者が存在しない場合、②専門医療機関での診断や治療が必要と判断したが、その地域の専門医療機関の情報がない場合、③かかりつけ医が介護サービスの活用を図った方がよいと判断した場合、④逆に地域包括支援センターから住民が認知症ではないかと相談や連絡を受けた場合が想定される。図1で示したように、在宅介護支援センター(地域包括支援センター)のケアマネジャーとの連携は、認知症診療において極めて重要であるが、現状ではこの両者を連携させる具体的なツールが欠けている。藤本らの「滋賀認知症ケアネットワークを考える会」では、毎月、かかりつけ医、専門医、一般病院勤務医と介護スタッフ、ケアマネジャー、行政職と合同の勉強会を行っており、1つの方向性を示している⁷⁾。このように大規模な形式以外に、ケアマネジャーや介護スタッフとの小さなミーティングの積み重ねが必要と考えられる。

このような状況下で連携を推進するためには、かかりつけ医に一層の知識と技術が必要となる。厚生労働省では、平成16年度老人保健事業推進費等補助金による事業として「地域における認知症性高齢者の早期発見・対応のあり方に関する調査研究事業」を立ち上げ、「認知症患者

表1 専門医の役割

1. 認知症の診断
2. 認知症の鑑別診断
3. 患者・介護者への病態の説明と教育
4. 介護者へのカウンセリング
5. 社会資源の紹介
1) 介護保険
2) 成年後見制度
6. 経過中起こってくる、うつやせん妄の治療
7. 身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療
8. 地域との連携
9. 勉強会(院内、院外)を通じた啓蒙活動

の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会」を発足させた⁸⁾。その目的は、かかりつけ医の認知症対応向上のための研修のあり方や、かかりつけ医の診療および地域における役割を支援サポートする認知症診療に習熟した医師(サポート医)との連携方法、およびシステムのあり方などについて幅広く検討し、併せて研修のモデル事業を実施することである。

■ 専門医の役割

専門医療機関の主な役割を表1に示す。診断と合併して起こってくる多様な病態への対応が中心になる。1つは認知症の鑑別診断を行うことであり、第2に経過中起こってくる、うつやせん妄の治療を行うことである。第3は身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療である。かかりつけ医としての機能も基本的には必要であり、地域によってはサポート医としての機能も兼ねることになる。また、専門医療機関として院内、院外の認知症に対する啓蒙活動、教育活動が求められる。このように専門医には多様な機能が求められるが、偏在することなく各地域に充足する状態からは遠い。

1. 認知症の診断

画像診断の進歩⁹⁾から、認知症の早期診断や鑑別診断がある程度可能となってきた。また、病型によって治療方針や今後の経過を予測