

200921018B

別紙 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～21 年度 総合研究報告書

研究代表者 加知輝彦

平成 22 年（2010 年）3 月

別紙2

目

次

I. 総合研究報告書

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

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

総合研究報告書

入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究

研究代表者 加知 輝彦 国立長寿医療センター副院長

研究要旨：在宅医療に関し、在宅療養支援診療所に対する実態調査、介護職員に対する研修、国立長寿医療センター在宅医療支援病棟の現状調査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。

1) 在宅療養支援診療所の多くは常勤医が1名の無床診療所であり、1か月に10名前後の訪問診療と1～4件の緊急往診に依っていた。時間外の往診も概ね1か月に1～4件行っている診療所が多かったが、約半数は夜間の往診を行っていなかった。在宅での看取り数も同様の傾向にあり、1か月に1～4名が多く、10名未満を合わせると過半数になったが、在宅での看取りを全くおこなっていなかった診療所もあり、診療所間の差が大きかった。

2) 在宅医療に関わる訪問介護専門員2級取得者に対する研修では医療、看護の知識、技術に関し、多職種協働の意義が理解でき、共通のことばでのコミュニケーションが図られたが、実際の現場での研修も必要と考えられた。

3) 国立長寿医療センター在宅医療支援病棟入院患者の平均年齢は77歳で男女比は92:61で男性が多く、平均在院日数は18.7日であった。患者の病態は38.6%が悪性腫瘍で最も多く、神経系難病、悪性腫瘍以外の呼吸器疾患、脳血管障害、認知症が続いた。退院先としては自分の家が最も多かった。

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視されている。

一方、病院では病床数が減少して急性疾患あるいは急性期の病態への対応が中心になり、障害を抱えて長期にわたり療法が必要な高齢患者は在宅での診療が中心になってくる。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、現在の入院医療と在宅医療の現状を調査し、問題点を探り出すとともに在宅医療を推進するための教育・研修の方法を考え、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

3年計画の初年度はまず過去の論文、報告書等から、これまでに行われてきた在宅医療、終末期医療に関する実態を調査し、

問題点を抽出した。また、比較的熱心に在宅医療に取り組んでいる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。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った。

2 年目には在宅療養支援診療所として登録されている全国の全 10,761 診療所を対象に、実情と相互連携、研修の可能性等について郵送によるアンケート調査を行った。調査期間は平成 20 年 1 月から 6 月までの 6 か月間とし、一部、直近の 7 月の実績も調査した。

3 年目は国立長寿医療センターに当該年に設立された在宅医療支援病棟の現状を平成 21 年 4 月から 10 月に入院した 153 例の年齢、疾患（病態）等について分析した。

また、愛知県大府市及び東浦町の介護施設等に勤務する訪問介護員 2 級取得者 48 名を対象に、主として在宅医療に関わる医療、看護的側面についての講習会を 2 グループ、2 回に分けて開催した。

受講者 48 名の意見を基に希望者を募り、スキルアップ研修として現場に即応した研修会も行った。

それらの研修会で得られた受講者の意見を集約し、今後の研修の在り方を考察した。

C. 研究結果

初年度に行ったそれまでの各種報告等からは、在宅医療を終末期まで続けたいと希望する一般国民が約 60%いるのに対し、家族への負担や緊急時の対応への不安等から

65%の国民が終末期を家庭で迎えることが困難であると考えていた。

また、在宅での看取りに積極的に取り組んでいる 502 診療所へのアンケート調査（回答率 45%）では、年間の平均看取りが 14.8 例であり、20 例以上看取った診療所では薬剤師や在宅歯科診療を行っている歯科診療所との連携が特に密な傾向にあった。

また、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 で年間看取り患者数 20 例以上の診療所が有意に高かった。さらにそういった診療所は教育への関心も高く、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た。

2 年目に行った全 10,761 個所の在宅療養支援診療所に対するアンケート調査では、回答率が 24%と少なかったが、そのうち、17%が有床の、83%が無床の診療所であった。また、多数（78%）の診療所は医師が一人であった。

特定月 1 か月の訪問診療患者数は、1~9 人が 31.6%、10~19 人が 19.4%と、この両方で半数を占めたが、50 名以上を訪問した診療所が 17%あった。一方、1 名も訪問診療を行わなかった診療所も 8.1%あった。

半年間の緊急往診の月平均回数は 1 回以上 5 回未満が 51.7%であった。また、20 回以上の緊急往診を行っていた診療所が 4.3%ある一方、全く往診を行わなかった診療所が 25.6%あった。

そのうち、時間外に往診を行った回数を

尋ねたところ、49.2%が1回以上5回未満であった。20回以上の時間外往診を行った診療所が2.9%あったが、0回と答えた診療所は42.0%にのぼった。

半年間に在宅で看取った患者数を尋ねたところ、1~4人が44.9%、5~9人が6.5%と、この両方で半数あったが、在宅での看取りが1件もなかった診療所が45.1%あった。

在宅医療を目指す医師の研修受け入れの可否を聞いたところ、10%は長期の研修(1か月以上)を受け入れることが可能であり、20%が短期なら可能であるとしていたが、残りの70%は研修の受け入れが不可能であるとしていた。

本研究最終年度に行った介護者の研修会は1回につき5日間とし、医療・介護制度、連携支援機器、褥瘡、排便、口腔ケア、服薬、吸引、バイタルサイン、緊急時対応等につき延べ約12時間を使った。講師には国立長寿医療センターの医師、歯科医師、薬剤師、看護師があたった。

受講者は第一グループが22名、第二グループが26名で、室内での講義形式で行われ、研修終了後、受講者に今後の研修方法について意見を出してもらった。それらの中では、もう少し現場の状況に即した研修を希望する意見が多くみられた。

そこで、研修を受講した48名のうち19名に対し、実際の事例を中心にフォローアップ研修を行った。

フォローアップ研修は3日間、延べ9時間行われ、講師には国立長寿医療センター医師、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカーに加え、在宅医療を積極的に行っている開業医2名、訪問看護ステーションの看護師2名があたった。

研修は講義だけでなく、事例を通してのロール・プレーも行い、多職種協働の中での訪問介護員の役割を理解してもらうようにした。

研修終了後、受講者に自由記述の形式で意見を提出してもらい、今後の研修の在り方を考える上での参考にした。

それらには

- 1) 多職種で意見交換できた意義は大きい。
- 2) 治療や看護の内容や意味を知ることの重要性が理解できた。
- 3) 共通のことばでのコミュニケーションが可能になった。
- 4) 現場での研修も必要ではないか。

などがあつた。

当該年度(平成21年度)に国立長寿医療センターに開設された在宅医療支援病棟に4月から10月までの7か月間に入院した患者は153名で、男女比は92:61、平均年齢は77歳であった。

患者の疾患(病態)は悪性腫瘍59例(38.6%)、神経系難病35例(22.9%)、悪性腫瘍以外の呼吸器疾患19例(12.4%)、脳血管障害16例(10.5%)、認知症13例(8.5%)、その他11例(7.2%)であった。

入院目的は疾患の治療が最も多く79例(51.6%)、次いで在宅療養指導が22例(14.4%)、在宅療養継続のための調整が14例(9.2%)、その他38例(24.8%)であった。

入院後の転帰では自宅への退院が116例(75.8%)と最も多かったが、1例は他院へ転院し、2例は介護老人保健施設へ入所した。また、入院中の死亡は27例(17.6%)であった。

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。

本研究で平成 19 年度に実施した調査によると年間 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。

在宅医療を積極的に行っている在宅療養支援診療所では、訪問看護ステーション、調剤薬局、訪問歯科診療所との連携がよく行われていたが、特に年間の在宅での看取り患者数が 20 例以上の診療所ではそれが顕著であった。

多くの国民が望んでいる「在宅で看取る」医療の遂行には、単にそれを支援する診療所だけでなく、関係諸機関との連携が重要な役割を有していることを示唆している。特に緩和医療等に直接関わる薬剤のデリバリーを含む調剤薬局との関係は欠かせないと言えるであろう。

一般敵な在宅療養支援診療所の現況として、平成 20 年度に行った調査では、医師一

人で無床であるところが多数であり、恐らくは周囲の諸医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等と連携をとりつつ、個の努力で在宅医医療を行っているであろうことが示唆された。

診療所の多くでは訪問診療患者は月に 10 名前後、月に 1~4 回の往診を行っていた。一方、1 か月に 50 名以上を訪問診療している診療所が約 17%ある反面、夜間の往診が全くなかった診療所も約半数あり、診療所間の差が大きかった。

このような状況下で在宅医療を普及させるためには、それに携わる人材の育成が欠かせない。従って、医療職に対する研修システムの構築も重要であるが、この調査では在宅療養支援診療所のうち 70%がそういった研修が不可能であると答えていた。しかし、残りの 30%は少なくとも短期の研修については可能であるとしている。当面はこういった診療所を利用しながら研修をすすめていくという選択もありうるのではないかとおもわれる。

一方、国立長寿医療センターを中心に平成 21 年度に行った介護者に対する研修では、単に知識を得るだけでなく、在宅医療の現場を動かす多職種相互のコミュニケーションが図られた。こういった研修をより普及させるためには時間と人が必要で、研修を行う側としても質、量の向上が求められる。

更に、国立長寿医療センター在宅医療支援病棟の今回の調査では、その期間が短いため断定的に俯瞰することは避けるべきであるが、比較的短い在院期間の中で在宅医療を受けている患者の継続を可能することに医療面からも一定の役割を果たしている

と思われた。

とりわけ、入院患者の退院先として自宅が多かったのは評価できる。

一方、在宅医療を続けながら、あるいは在宅死を希望しながらも当該病棟で最期を迎えた患者もいたことは、広い意味での在宅医療の現状を表しているとも考えられた。

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。

現時点における在宅医療は、まだ個々の努力に支えられている側面が強く、今後、在宅療養支援診療所連絡会等の活動を中心に、お互いの連携を強め、より組織的に行う必要があると考えられた。

訪問介護員2級の資格を有する介護者に対する研修では一定の効果がみられたが、今後、こういった研修をより普及させ、介護職員の質の向上を図るためには、研修を行う側の質量の向上も求められる。

平成21年には同年4月に開設された国立長寿医療センター在宅医療支援病棟入院患者の経過を俯瞰したが、今後は日常診療の中でデータを集め、地域連携のもとに在宅医療のモデル作りを行う必要がある。

F. 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。別冊医学のあゆみ(岩坪威編)，医歯薬出版，

東京，2007，p. 118-124

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 2007 ; 45 : 1077-1081

鷺見幸彦：認知症サポート医. 医学のあゆみ. 224 : 166-168, 2008

鷺見幸彦：認知症患者のケア. 今日の治療指針，山口徹，北原光夫，福井次矢編，医学書院，東京，P. 1153-1154, 2008

鷺見幸彦：脳から見た高齢者の転倒の病態. 転倒予防医学百科，武藤芳照編，日本医事新報社，東京，P. 84-88, 2008

2. 学会発表

鷺見幸彦：アルツハイマー病の診療と介護～診療・介護の現場から～第1回SPシンポジウム「アルツハイマー病診断・治療の将来展望」2008年11月5日 東京ポジウム「アルツハイマー病診断・治療の将来展望」2008年11月5日 東京

鷺見幸彦：認知症の診断と薬物療法. J Clin Reh 18 : 204-211, 2009

鷺見幸彦：日常生活から見た認知症の原因と予防法. 日常生活から見た認知症の原因と予防法 18 : 7-10, 2009

鷺見幸彦：高齢者の脳疾患と転倒・骨折予防－整形外科医に必要な実践知識－. 日MB Orthop, 22 : 59-66, 2008

鷺見幸彦：実地医家が遭遇する精神疾患の症状、鑑別診断および治療ストラテジー－

実地医家の守備範囲と対処の実際一.

Medical Practice 26: 1515-1519, 2009

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
鷺見幸彦	認知症の診断と薬物療法	J Clin Reh	18	204-211	2009
鷺見幸彦	日常生活から見た認知症の原因と予防法	Ageng Health	18	7-10	2009
鷺見幸彦	高齢者の脳疾患と転倒・骨折予防—整形外科医に必要な実践知識—	MB Orthop	22	59-66	2009
鷺見幸彦	実地医家が遭遇する精神疾患の症状、鑑別診断および治療ストラテジー—実地医家の守備範囲と対処の実際—	Medical Practice	26	1515-1519	2009
鷺見幸彦	認知症サポート医	医学のあゆみ	第 224 巻	166-168	2008
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

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	認知症患者のケア	山口徹, 北原光夫, 福井次矢	今日の治療指針	医学書院	東京	2008	1153-1154
鷺見幸彦	脳から見た高齢者の転倒の病態	武藤芳照	転倒予防医学百科	日本医事新報社	東京	2008	84-88
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

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

Yukihiko 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。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。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。



Key Word 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。

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

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、neprilysin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、ヒトにあてはめるなら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。

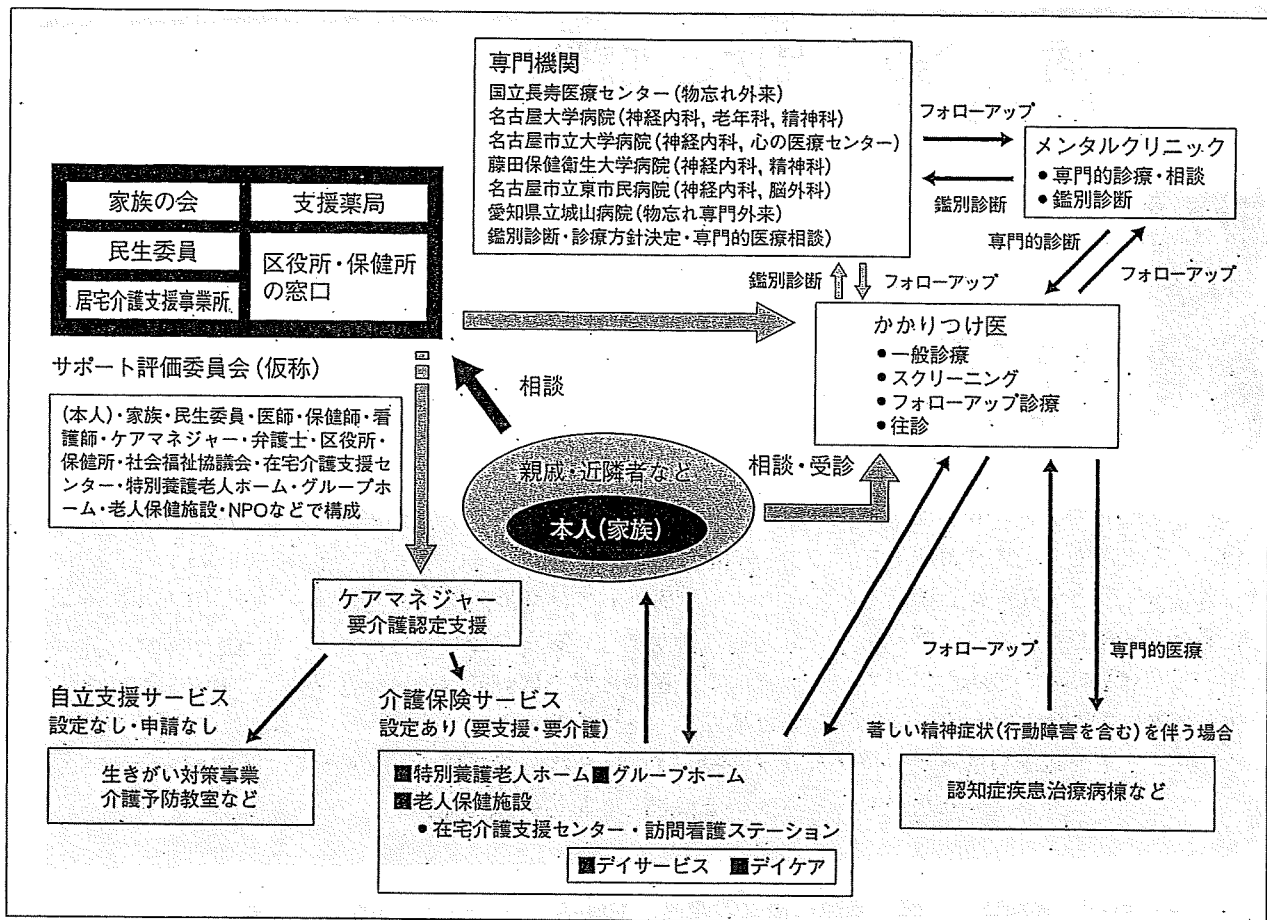


図 1 名古屋千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク⁴⁾

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・福祉関係者の協力为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にあり、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

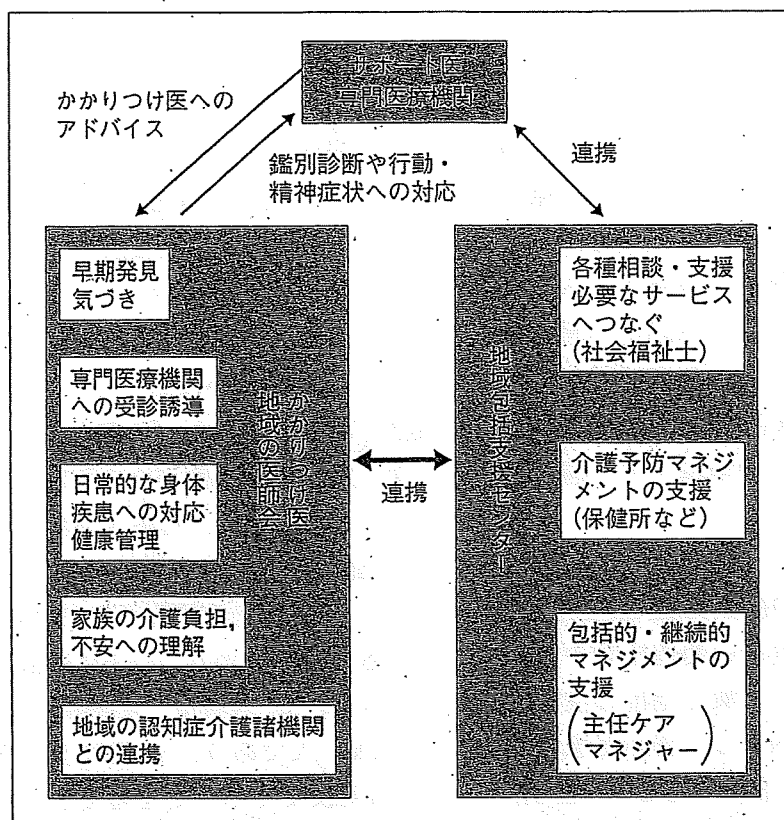


図 2 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

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れば, 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え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ない施設では診療内容に大きな隔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いたばかりであり、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) 栗田圭一：老年精神医学雑誌，10：339-346，1999.
- 9) 栗田圭一：老年精神医学雑誌，13：1175-1184，2002.
- 10) 栗田圭一：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
プライマリ医
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

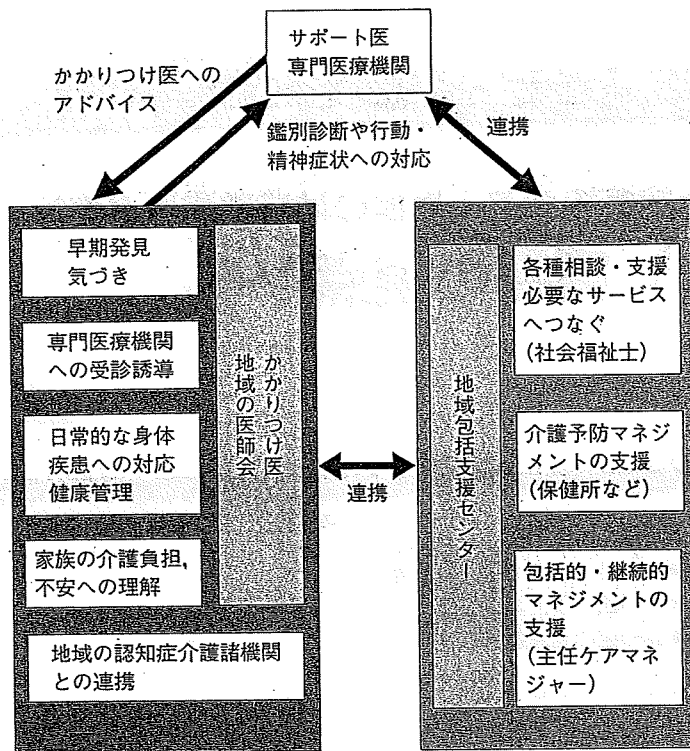


図1 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

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。