

表 4 介護保険における施設サービス

	介護保険			医療保険
	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型医療 施設（病院の療 養病床の場合）	医療保険適用の 療養型病床群 （参考）
対象者	常時介護が必要 で在宅生活が困 難な要介護者	病状安定期にあ り、入院治療を する必要はない が、リハビリテ ーションや看護 ・介護を必要 とする要介護者	病状が安定して いる長期療養型 患者であって、 カテーテルを装 着しているなど の常時医学的管 理が必要な要介 護者（右に該当 する者を除く）	病状が安定して いる長期療養患 者のうち、密度 の高い医学的管 理や積極的なリ ハビリテーショ ンを必要とする 者 40歳未満の者 および40～65 歳未満の特定疾 病以外の者
介護保険施設 にかかる指定 基準*	居室（1人あた り10.65㎡以上） 医務室、機能回 復訓練室、食 堂、浴室など 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	療養室（1人あ たり8㎡以上） 診察室、機能訓 練室、談話室、 食堂、浴室など 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	病室（1人あた り6.4㎡以上） 機能訓練室、談 話室、浴室、食 堂など 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	病室（1人あた り6.4㎡以上） 機能訓練室、談 話室、浴室、食 堂など 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上
	医師（非常勤 可）1人 看護師3人 介護職員31人 介護支援専門員 1人 その他、生活相 談員など	医師（常勤）1 人 看護師9人 介護職員25人 理学療法士また は作業療法士1 人 介護支援専門員 1人 その他、生活相 談員など	医師3人 看護師17人 介護職員17人 介護支援専門員 1人 その他、薬剤 師・栄養士など	医師3人 看護師20人 介護職員20人 その他、薬剤 師・栄養士など

* 人員基準については100人あたり。

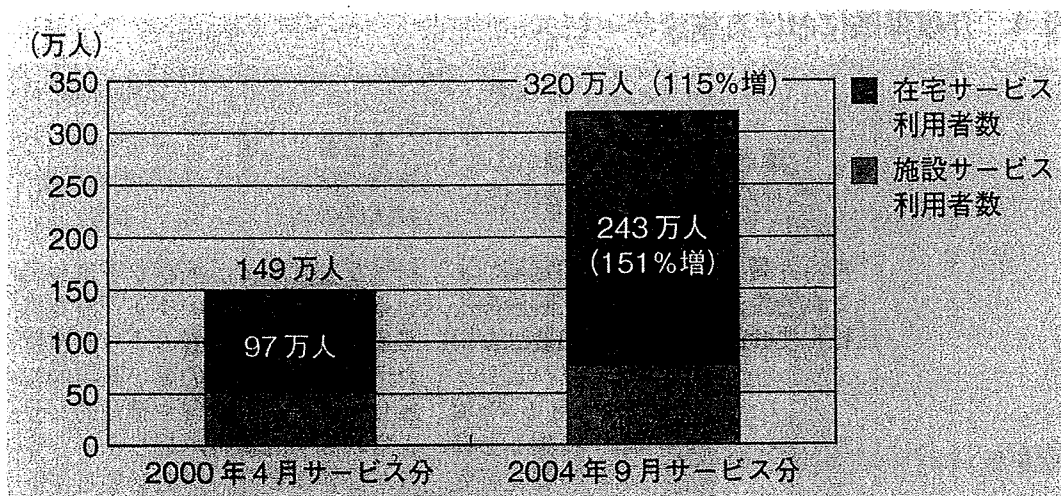


図5 サービス利用者の推移

(介護保険事業状況報告より)

れている。さらに居住系サービスとしてグループホームや特定施設（有料老人ホーム）がある。高齢化に伴い、これらの施設の重要性が増してきたことはいうまでもないが、特に認知症の人の居住施設としての役割が大きくなった。すなわち、介護保険申請者の約半数に認知症があり、介護施設の入所者の約8割に認知症を認めるという現状がある。一方、いぜん入居待機者が多く存在するなかで、国は在宅療養の必要性を説き、小規模多機能居宅介護などの居住系の居宅施設の増加を支援している。

図5に介護サービス利用者の推移を示した。すなわち、2000年と2004年と比較すると在宅サービス利用者は著しく増加しているが、施設サービス利用者も48%も増加している。

図6に施設・居住系サービスにおける件数の構成割合の推移を示した。すなわち2000年と2004年と比較すると、認知症のグループホームや特定施設の割合が急増しており、今後も精密な観察が必要である。

介護保険改正後の施設

2015年高齢者介護研究会の報告をベースに2005年介護保険の改正がなされ、2006年4月以降、介護保険の改正の動きが本格的に加速された²⁾。その趣旨は、超高齢化に突入する前の2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者

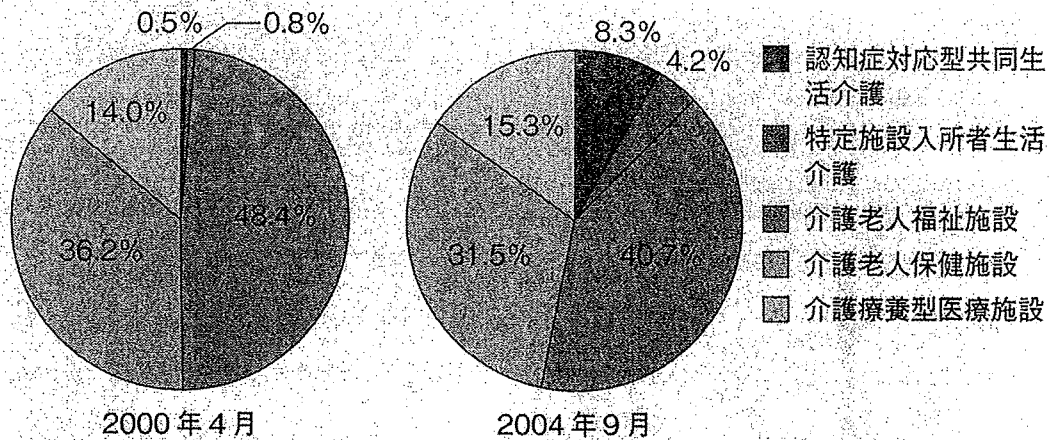


図6 施設・居住系サービスにおける件数の構成割合の推移

(国民健康保険中央会、介護給付費の状況より)

の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防の重要性があることが認識された。その結果、認知症ケアの普遍化をめざすことが指摘された。その第一段階として2004年12月に「認知症」へ痴呆の名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジすることで、認知症への理解と対応を進めようとしている。つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域ケアの進展であり、個別ケアの実現とユニットケアの進展が重点課題とされた。具体的には地域密着型サービスのなかでも小規模多機能居宅介護の創設が重要である。また地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある³⁾。こうした認知症の地域サービスは「生活圏域」単位のサービス基盤の整備が考えられている。施設の小規模化、地域展開がポイントとなっている。また近年は施設入所者の重度化が進み、ターミナルケアも重要視されてきている。ケアの内容も変化してきていることに注目すべきである^{4,5)}。図7に介護保険サービス別費用の変化を示した。施設においても全体に伸びをみせている。

地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村の指定、監督を行うサービスが位置づけられた。特に小規模多機能居宅介護は1日でも長く在宅を続け、リロ

III 法的知識

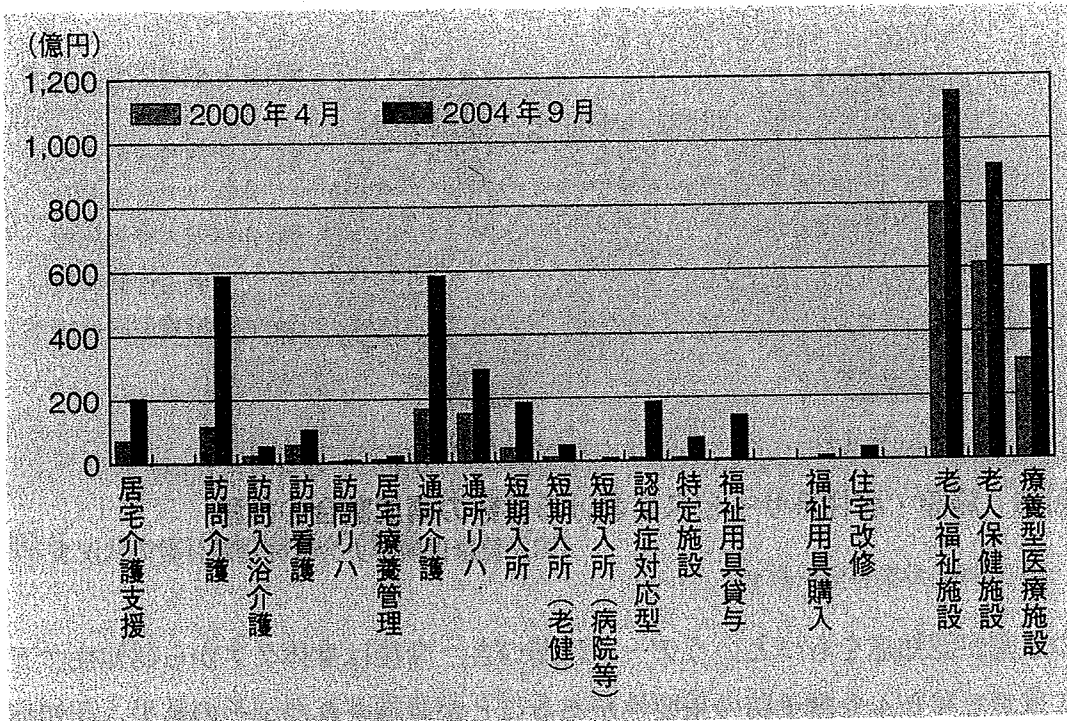


図7 介護保険サービス別の費用の伸び額

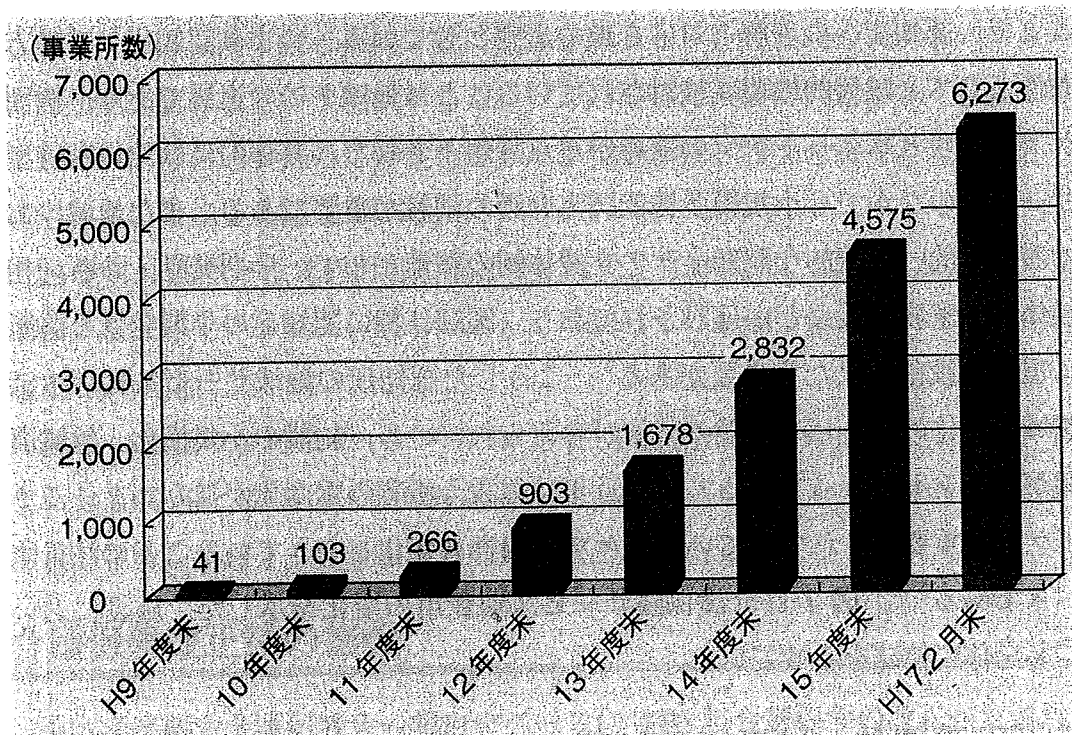


図8 認知症高齢者グループホーム

(厚生労働省老健局計画課認知症対策室調べ)

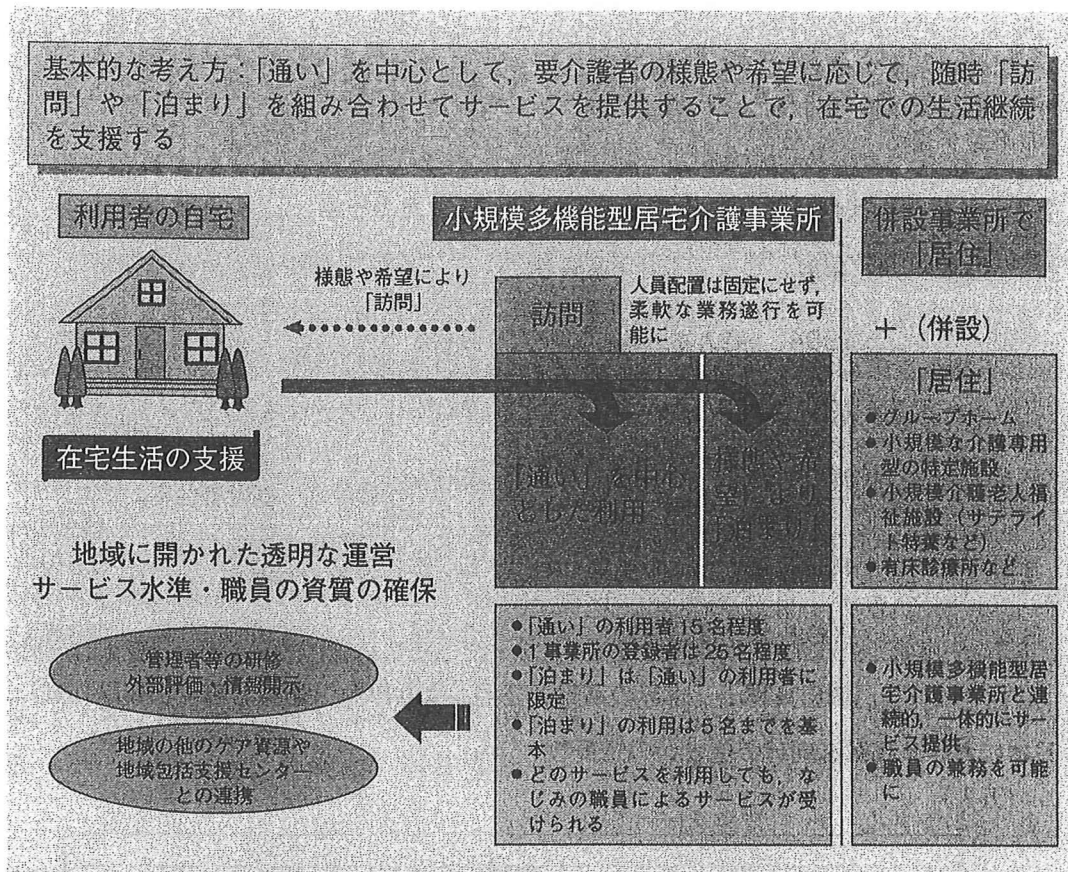


図9 小規模多機能型居宅介護のイメージ

ケーションダメージを回避することで、新しい形のサービスといえる。その後、有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。認知症のグループホームの増加を図8に示した。

介護施設のユニットケア化が徐々に図られようとしている。またユニットケア研修が開始されている。介護福祉施設においては個室70%の確保が、介護老人保健施設においては個室50%の確保が目標とされている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている(図9)。こうした認知症を対象とした施設ではセンター方式と呼ばれるアセスメントが広く利用されはじめている。認知症ケアは「パーソンセンタードケア」と呼ばれる理念が重要であると考えられている⁶⁾。

介護施設とケア付き高齢者住宅の高齢者人口に対する割合は、諸外国が8%を超える水準であるのに対して、わが国では4%にすぎない。特に、ケア付き高齢者住宅の不足が際だっている。

各国の高齢者の居住状況（65歳以上人口に対する定員の比率）

国名	(年度)	介護施設	ケア付き高齢者住宅
英国	1984	(老人ホーム) 3.0%	(リタイアメント・ハウジング) 5.0%
スウェーデン	1990	(老人ホーム) 3.0%	(サービス・ハウス) 5.6%
デンマーク	1989	(老人ホーム〈プライエム〉) 5.0%	(サービス付き高齢者住宅・高齢者住宅) 3.7%
米国	1992	(ナーシングホーム) 5.0%	(リタイアメント・ハウジング) 5.0%
日本	2002	(介護3施設) 3.2%	0.8%

(園田真理子「世界の高齢者住宅」より厚生労働省老健局振興課作成)

日本における高齢者向けの住まいの定員数

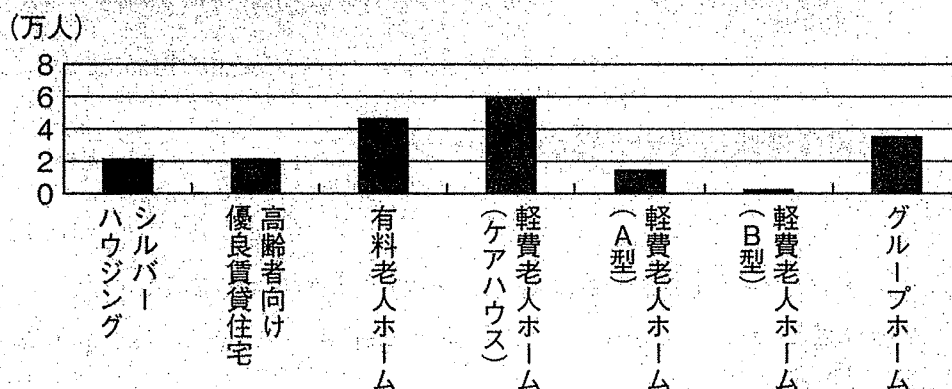


図 10 ケア付き高齢者住宅の整備状況

地域医療計画の見直し

医療制度改革における医療費適正化のための方策として、平均在院日数の短縮を計画的に行うこととされ、療養病床の再編成はその一環として行われる。療養病床は全廃されるのではなく、医療サービスの必要性の高い医療療養病床は存続する。その対象者は医療区分2と3が中心となる。療養病床は介護保険移行準備病棟や経過型介護療養型医療施設を経て、徐々に転換型介護老人保健施設等への転換が図られる。このために軽症の要介護者は施設の利用が困難と

なることが予想され、「介護難民」の出現が各方面で予想されている。方向としては、在宅療養支援診療所をかかりつけ医として在宅医療、在宅介護を選択せざるをえない場合が多いと予想される。

今後の施設の動向

介護保険が改正され、いくつかの課題がまた明らかになってきた。たとえば、介護予防のサービスの質と量の問題、介護予防チェックリストの問題、小規模多機能居宅介護がそれほど増加していないこと、介護療養型医療施設が転換されることなど、多くの課題がある。また病院での認知症の患者の増加が喫緊の課題でもある⁷⁾。しかし、介護保険の最大の課題は受給者の拡大である。現在も議論が続けられているが、知的障害者、身体障害者、精神障害者も介護保険の対象となる可能性がある。ただし、その前途には多くの課題が存在する。つまり精神障害者も地域での生活や就労を中心としたケアが求められている。今後は精神保健施設や、居住性サービスの進展が期待される。

また介護施設の増加が望めないなかでケア付き高齢者アパートや高齢者専用住宅は今後増加することが予想されているが、その質の確保には課題が多い。図10にケア付き高齢者住宅の整備状況を示した。スタッフ数やケアの内容に関してはまったく野放しの状況である。今後の動向に注意したい。せめて介護施設なみの基準は必要であろう。

おわりに

介護施設は大きく変化しつつあり、その数だけでなく、環境や質の問題も大きい。介護施設はケアの改善を図り、高齢者の第二の住宅と考えられるような展開が必要であろう。どの施設においてもスタッフの研修などケアの質の改善への継続的な取り組みが必要であろう。

【参考文献】

- 1) 遠藤英俊. 高齢者総合診療ガイド. 東京:じほう;2008.
- 2) 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 2004; 676:8-16.
- 3) 中村重信(編著). 痴呆疾患の治療ガイドライン. 東京:ワールドプランニング;2003.
- 4) 井形昭弘, 遠藤英俊. 在宅ホスピス緩和ケア. 名古屋:日総研;2007.
- 5) 櫻井紀子. 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック. 東京:中央法規;2008.

III 法的知識

- 6) 認知症介護研究研修東京センターほか(編), 認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式の使い方・活かし方, 東京: 認知症介護研究研修東京センター; 2005.
- 7) 遠藤英俊, 痴呆性高齢者のクリティカルパス, 名古屋: 日総研; 2004.

(遠藤英俊)

Standard Textbook of Internal Medicine

7
内科学書

Vol.

1

内科学総論
臨床症状

●総編集

小川 聡

●部門編集

伴 信太郎

山本 和利

中山書店

状態をどのように主観的に評価しているか（主観的幸福感など）が重要であるとの考え方が主流になってきた。

高齢者が自らの治療や生活をどのようにしたいか、自らが判断し、自らが決定するという自己決定の重要性の認識が徐々にではあるが、日本でも高まっている。医学における生命倫理の考え方はかなり浸透しており、医師が治療方針を決定し、患者が従うというパターンリズムは払拭され、高齢者が自らの治療法の選択に関与するようになってきた。

3 わが国の高齢者対策の方向

保健・医療分野における高齢者対策の一大転換が、2006年の医療制度改革関連法案の成立である。従来の高齢者対策は、1982年の老人保健法を中心に、保健と医療の総合的なサービスを提供し、基本健康診査など早期の疾病の発見、早期治療を目的として、将来の医療費増大に備えようというものであった。しかし、医療費を含め、高齢者関連の社会保障給付費が急増し、経済発展の妨げになるとの懸念から、制度全体の見直しがされた。このなかで、国と都道府県は、医療費適正化計画を策定し、生活習慣病対策や長期入院の是正など中・長期的な医療費適正化のための政策目標の策定が義務づけられた。医療分野における対策の方向は、生活習慣病予防対策としては、特定健診・保健指導の実施、在院日数の短縮のために医療機能の分化・連携の促進、在宅医療の推進、介護療養型医療施設における療養病床の転換支援などがあげられており、医療費削減が明確な目標になっている。

医療制度改革の一環として「健康保険法等の一部を改正する法律」により2008年4月からは「高齢者の医療を確保する法律」（高齢者医療確保法）として、老人保健法は廃止され、特に75歳以上の高齢者の事業については、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）に規定されることになった。後期高齢者においては健康診査の実施は、後期高齢者医療広域連合の保健事業の一環として努力義務として課されることになり、全員が受診しなければならないという義務ではなくなった。後期高齢者を含め、高齢者では基本チェックリストなど介護予防を目的とした生活機能評価が2006年から実施されることになり、「疾病予防」より「介護予防」が中心課題であると判断されていることがうかがえる。

いずれにせよ、高齢者においても疾病や障害が発生してからの対策は後手であり、発生予防を目的とした一次予防が重要であることに変わりはない。

4 在宅ケア支援システム

高齢の患者のみならず誰でも病院や施設での生活を望む者はおらず、自宅での生活を希望していることは論を待たない。急性期や高度・先進的医療が必要な場合や、手術などを除いて、可能であれば、自宅で療養したいと考えるのは自然である。そのような患者の意思を尊重するという考え方から、在宅ケア、在宅医療は推進されてきた。しかし、現実には在宅で死亡する者の割合は減少し、現在は約8割が病院・施設死亡である。本人の療養したいところで療養できるようにする、自己決定の尊重の思想のもと、携帯型X線撮影装置や携帯型超音波診断装置の開発など、在宅での療養を可能にする医療機器の進歩がその背景にある。ただ、在宅での療養費用が病院などでの費用ほどかからないということも医療費適正化の流れのなかで強く推進されてきた要因の一つである。後期高齢者医療制度においては、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応も診療報酬の対象になった。

高齢者が在宅で療養していくためには、主治医の理解や家族の協力があるだけでは不十分であり、在宅ケアを支える支援システムの整備が必要である。訪問看護のほか、居宅における介護サービスとして、訪問介護（ホームヘルプサービス）、訪問入浴、訪問リハビリテーションなどの適切な提供が必須である。

2008年に導入された後期高齢者医療制度（長寿医療制度）については、導入直後からさまざまな意見が出されており、制度の見直しが始まった。誰もが安心して医療を受けられ、長寿を喜べる制度づくりが求められている。

〔安村誠司〕

〔文献〕

- 1) 東京都老人総合研究所：サクセスフル・エイジング。東京：ワールドプランニング；1998。

介護保険

介護保険は、日本の高齢化に伴う介護問題を解決する一つの重要な制度として発足した。今では、本制度は医療と連携し、高齢者医療を実践するうえで欠かせないものになっている。制度の内容について、医師は知識をもつ必要がある。介護保険法は2000（平成12）年4月に施行され、2006（平成18）年4月に改正された。本制度は介護の社会化や、自立支援、サービスの民間化などを目的に創設された。

改正の主な内容としては、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われた。また、地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防、虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割をもつ拠点が全国的に整備された。とりわけ地域における認知症の介護予防サービスは、エビデンスがさらに必要ではあるが、今後期待できるサービスである。一方、施設においてはユニットケア化、小規模多機能居宅サービスの拡充がはかられようとしている。本項では介護保険の背景とねらい、現状と実際、今後の動向について概説する。

1 介護保険の背景とそのねらい

日本が高齢化社会から超高齢社会に急速に変化し、要介護高齢者の増加に伴い、高齢者の介護問題が家庭でも社会的にも負担になり始め、制度として介護保険制度を創設する必要があった。また一方、家族の人数が減少し、家庭で介護をする環境が困難となり、介護を提供する制度として経済的にも介護保険が必要となった。

さらに高齢化に伴う医療費の負担の増加があり、新たに公的介護保険が必要となった。医療サービスのう

ち、いくつかが介護サービスとして転換された。日本全体でどこでもあまねく介護サービスが利用できる環境が必要であった。

福祉はこれまで措置制度が大原則であったが、公的保険制度を導入することで、措置制度から契約制度へと大きく転換された。また、主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。また介護事業者の参入が自由化され、民間活用がねらいの一つとなった。さらに利用者の自立支援や在宅重視の原則を徹底したが、病院から在宅復帰や、医療と福祉の連携など、現実にはまださまざまな課題が存在する。制度として介護保険と自費との組み合わせ、さらにはインフォーマルケアの利用など混合介護はいまでもないが、本制度は社会保険方式を採用し、保険料+税財源の組み合わせ方式となっている。さらに地方分権をめざし、制度の運用は市町村単位で「給付と負担の連動」をめざしている。

2 介護保険の特徴と実際

2.1 介護保険の利用

介護サービスの利用の際には、保険者である市町村

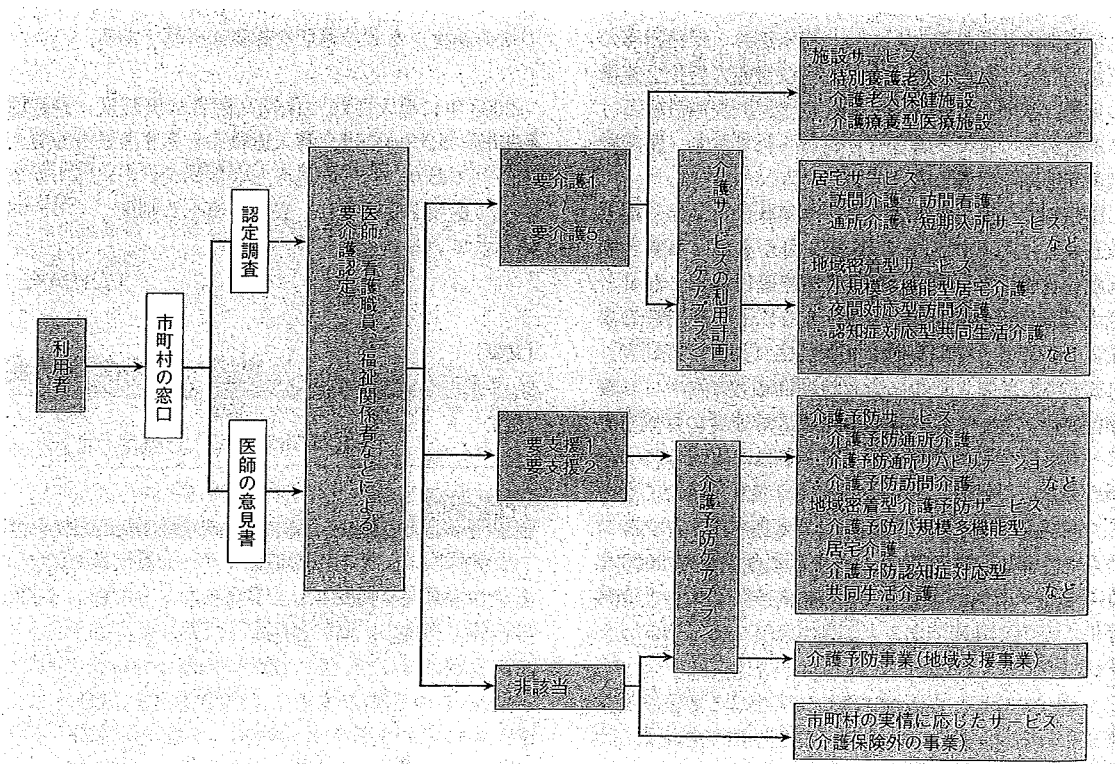


図 158 サービス利用の手続き

に申請を行う。はじめの手続きとしては認定調査を受け、主治医の意見書が必要となる。その結果を受け、各地域の介護認定審査会で検討される。その後、市町村長の名前で認定が通知される。サービスの利用の手続きの流れを図 158 に示した。

新しいサービスの内容を表 153 に示した。2006 (平成 18) 年 4 月からは、これまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、

在宅介護を継続したり、施設を利用することになる。この点では日本における介護は量的にサービスが充実したことはいうまでもない。今後は介護は質的な向上をめざす必要がある。

また介護保険では さらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。障害をもつ人に対して、アセスメントを行い、ケアプランを立案した後、介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為を

表 153 介護サービスの種類

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	
地域密着型サービス 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 地域密着型特定施設 入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 入居者生活介護	居宅サービス 【訪問サービス】 訪問介護(ホームヘルプサービス) 訪問入浴介護 訪問看護 訪問介護ヘルパー派遣 居宅療養管理指導 特定施設入居者生活介護 特定福祉用具販売 【通所サービス】 通所介護(デイサービス) 通所介護ヘルパー派遣 【短期入所サービス】 短期入所生活介護(ショートステイ) 短期入所療養介護 福祉用具貸与 居宅介護支援 施設サービス 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設	介護給付を行うサービス
地域密着型介護予防サービス 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	介護予防サービス 【訪問サービス】 介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問ヘルパー派遣 介護予防居宅療養管理指導 介護予防特定施設入居者生活介護 特定介護予防福祉用具販売 【通所サービス】 介護予防通所介護(デイサービス) 介護予防通所介護ヘルパー派遣 【短期入所サービス】 介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) 介護予防短期入所療養介護 介護予防福祉用具貸与	予防給付を行うサービス
介護予防支援		

ケアマネジメントという。日本の介護保険制度において、ケアマネジャーをおき、ケアマネジメントが介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

2.2 改正介護保険について

「2015年高齢者介護研究会」の報告をベースに、2006年に介護保険の改正がなされ、2006（平成18）年4月より改正介護保険が施行された。その趣旨は、超高齢化に突入する前の2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防の重要性があることが認識された。その結果、認知症ケアの普遍化をめざすことが指摘された。その第一段階として、2004年12月に痴呆から「認知症」へ名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジをすることで、認知症への理解と対応を進めることを目的とした。つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域包括ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備とし

て、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスのために「生活圏域」単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成（専門資格化を含む）が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点がおかれるようになっている。

2.3 地域包括支援センターの役割

改正介護保険の目玉は全国3,800か所に及ぶ地域包括支援センターの創設である。総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しをふまえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として創設された。専門職種として社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの保健医療福祉に携わる専門職種を必置とされている。認知症や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的な対象となる。図159にイメージ図を示し、表154にその機能をまとめた。認知症対策に対しても地域包括支援センターは利用される。介護予防や相談支援、さらに高齢者虐待防止がその役割である。

すなわち地域包括支援センターは高齢者虐待の通報受理機関である。高齢者虐待の8割程度には認知症が

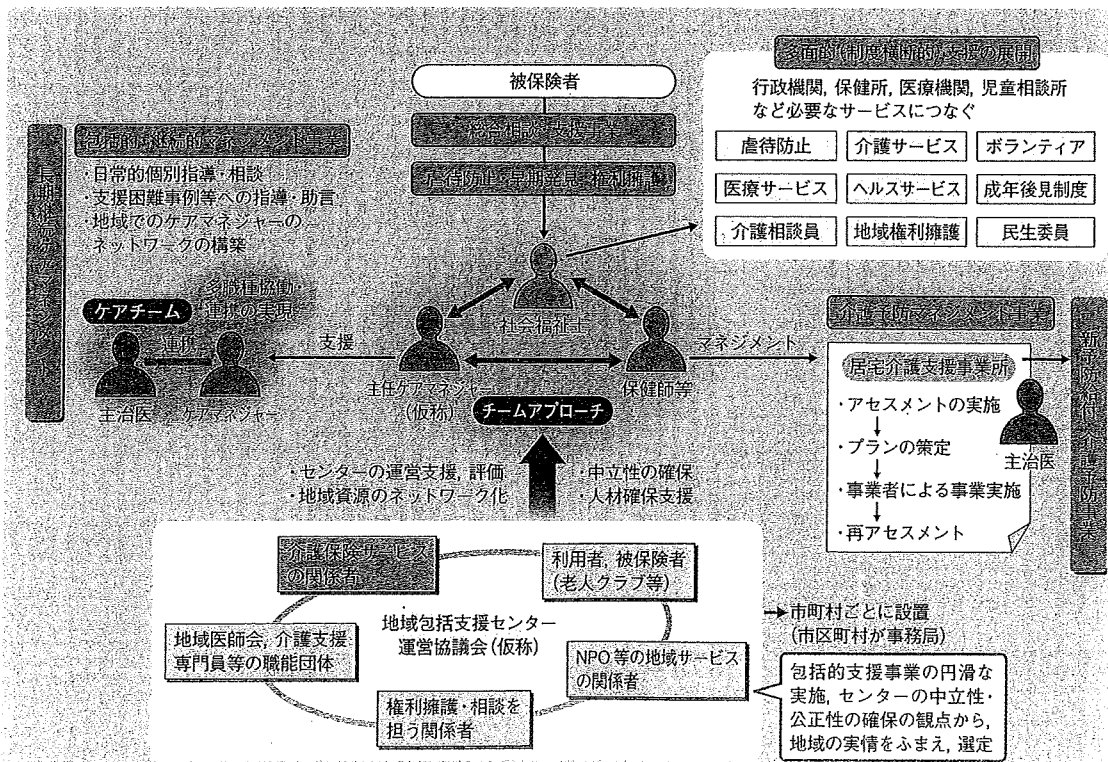


図159 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

あり、虐待を防止するための早期発見と介入を行う必要がある。そういう背景から「高齢者虐待防止・養護者支援法」が成立した。特にこの法律では介護者支援に配慮する必要性を示した。医師は特に身体虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する高齢者である。生命にかかわる高齢者虐待には通報義務がある。

2.4 地域密着型サービスの役割

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村の指定、監督を行うサービスが位置づけられた(表155)。特に小規模多機能型居宅介護サービスは在宅を1日でも長く続け、リロケーションダメージを回避することを目的とした、新しい形のサービスといえる。認知症をもつ人にとって有用な地域の認知症や独居高齢者対策サービスとして期待される。その後、有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者賃貸住宅などの住居の拡充が予想される。

2.5 介護施設の変化

認知症生活介護としてのグループホームサービスの成功をふまえて、介護施設においてもユニットケア化が徐々に進められようとしている。またユニットケア研修が必須化されている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。また、介護予防サービスは筋力トレーニング、口腔ケア、栄養プログラムのみが先行している。したがって、認知症の介護予防はより若い前期高齢者を対象に地域支援プログラムとして位置づけられよう。音楽療法や学習療法など種々の取り組みがなされているが、回想療法も重要な位置を占めるとされる³⁾。

介護保険の改正により、各市町村の地域包括支援センターにおいて、介護予防の対象者は介護予防ケアマネジメントが提供される。すなわち介護予防プランに位置づけられ、デイサービス、デイケアをはじめ訪問リハなどが対象となる²⁾。しかし質の良いサービスが

表 154 地域包括支援センターの4つの機能

1. 総合的な相談窓口機能
初期相談対応、相談支援、実態把握、権利擁護、など
2. 介護予防マネジメント
介護予防プランの作成等の介護予防サービスの利用に要する業務
介護予防サービスの一部実施、など
3. 包括的マネジメント(マネジメントの統括)
市町村、関係機関との調整
ケアマネジメント等のバックアップ、など
4. 権利擁護

なければ、介護予防の効果はない。また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。また認知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人の中等度から重度の患者で3か月介入をしたところ、MMSEのスコアが有意に改善した³⁾。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⁴⁾。少なくとも認知症に対するリハビリテーション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。われわれは回想療法の認知症に対する効果を検証しており、最近パソコン回想法と名づけたソフトを開発した。また認知症の個別ケアを推進するために、認知症ケアマネジメント・センター方式が開発された⁶⁾。困難事例において有用性が示されている。

2.6 かかりつけ医、サポート医の研修と対応

認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。真に地域医療の最大の担い手として、医師はこれまでもかかりつけ医として役割を果たしてきた。しかし、認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部にみられた。急性期病院においても認知症の診療に困難をきたし始めている面もある。そこで、われわれは認知症(痴呆症)の臨床パスを作成し、病棟での診断・治療・看護の指針を作成した⁷⁾。一方、地域では厚生労働省と医師会が協力して、国立長寿医療センターが地域の核となるサポート医の研修を開始した。サポート医はかかりつけ医研修を支援し、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症に

表 155 地域密着型サービスの種類

1. 小規模多機能型居宅介護
2. 夜間対応型訪問介護
3. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(29名以下の特別養護老人ホーム)
4. 地域密着型特定施設入居者生活介護
(29名以下の介護専用型特定施設)
5. 認知症対応型共同生活介護
(認知症高齢者グループホーム)
6. 認知症対応型通所介護

今後の認知症対策は、早期の認定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及および本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症にかかわる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使われている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ ①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応などの視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」「福祉」「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症にかかわる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中 Alzheimer病の予防因子の解明(5年以内) Alzheimer病の早期診断技術(5年以内) Alzheimer病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<ul style="list-style-type: none"> 【短期】 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 【中・長期】 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 【短期】 認知症ケア標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 【中・長期】 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 【短期】 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 【中・長期】 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

図 160 今後の認知症対策

なっても安心して地域で生活を継続できる体制を構築できることを計画している。今後の新しい動向として期待される。

3 今後の課題

介護保険が改正され、さまざまな課題がまた明らかになってきている。たとえば介護予防のサービスの質と量の問題、介護予防チェックリストの問題、小規模多機能型居宅介護がそれほど増加していないこと、介護療養型医療施設が転換されることなど、多くの課題

がある。また若年性認知症の課題も山積している。しかしながら、最大の課題は受給者の拡大である。現在も議論が続けられているが、知的・身体・精神障害者も介護保険の対象となる可能性がある。その前途には多くの課題が存在する。すなわち介護保険制度は、改正をしながら時代のニーズに合わせてその形態を変えていくことになる。そのためには5年ごとにより良い介護保険に改正していくことになっている。その課題の一つは要介護認定の方法であり、サービスの量と質の向上である。またサービス利用者の増加に伴い、保険料が増加する。これ以上の負担は困難であると考え

られ、そのためには被保険者の年齢を40歳以上から30歳以上か20歳以上に引き下げることが最も現実的な対応である。

介護保険はもともと新たな挑戦であり、井形昭弘氏によれば、当初より「走りながら考える」とされた。つまり法律の改正を経て、継続させることが重要であり、より良い制度に変えていく必要がある。さらに認知症対策は重要な課題であり、2008（平成20）年には「認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクト」が発足し、今後の認知症対策について検討会が開催された。その内容は認知症疾患医療センターを創設すること、コールセンターをおくなど、若年性認知症対策を行うこと、疫学調査を行うこと、研究や薬剤、検査方法の開発、人材育成を行うことなどである。これらの政策により、認知症対策が前進することを期待している（図160）。

認知症のケアは現在、パーソンセンタードケアの言葉にのっとり、さまざまな取り組みがなされ始めている。介護保険制度を利用して、在宅療養を継続している認知症高齢者も多くみられる。また介護施設はケアの改善をはかり、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後、かかりつけ医、サポート医は地域での認知症の医療とケアに大きく関与することが期待される。

〔遠藤英俊〕

〔文献〕

- 1) 遠藤英俊：いつでもどこでも回想法、高齢者介護予防プログラム。東京：ごま書房；2005。
- 2) 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 2004；676：8。
- 3) Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, et al: Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil* 2004；18：253。
- 4) Grebot C, Gros Lambert A, Pernin JN, et al: Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. *Percept Mot Skills* 2003；97：1107。
- 5) 中村重信（編著）：痴呆疾患の治療ガイドライン。東京：ワールドプランニング；2003。
- 6) 認知症介護研究研修センター東京センターほか（編）：認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方。東京：認知症介護研究・研修東京センター；2005。
- 7) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリティカルパス。名古屋：日総研；2004。

精神保健

1 精神保健と内科学

今日、精神保健（mentalhealth）の重要性が医学一般の領域で重視されているのは、①疾病動態の変化、②病因に関する説明の変化、③社会におけるストレス要因（stressor）の増加と変化、の3要因が関係している。

厚生労働省“患者調査”による年間受療統計からみた疾患別受療件数は、1972年以後今日まで一貫して第1位は高血圧、第2位は精神障害、第3位は脳血管障害である。1986年以後は悪性新生物が第4位になっている。これをストレス学説の見地からみると、高血圧、脳血管障害の発症および悪化には心理的・社会的なストレスに関係するところが大きい。精神腫瘍学（psychooncology）の視点からすれば、癌の発症および増殖に対して、全身の免疫システムの低下が関係し、それはSelyeのいう汎適応症候群の第3期である“疲憊期”（exhaustion stage）の機制に基づくと考えられる。さらに、社会の情報化、産業構造の変化に伴う職場の変容と技術革新、および家族構造の変化、その他の条件が人々に新たな適応努力を要求していることも、ストレス要因となっている。

1980年のアメリカ家庭医協会の調査では、アメリカの家庭医を訪れる患者の65%はストレス関連疾患であるとされている。今日の内科診療にも、また一般の健康指導でも、精神保健上の考慮が必要になってきている。

2 精神的健康の概念とその現代の特徴

2.1 精神的健康の定義

世界保健機関（WHO）の健康憲章では、「健康とは単に疾病または虚弱でないということだけではなく、身体的・精神的・社会的にも調和のとれた“よい状態”（well being）である」とされている。しかし、精神的健康とは、それがいかなる状態であろうとも、精神的な正常—異常の概念と同一視することはできない。正常（normal）と異常（abnormal）は平均概念であり、知能指数（IQ）70未満を異常（精神発達遅滞）であるとするならば、IQ 130以上もやはり異常ではある。しかし、それは適応上なら障害を生じないので、これを精神的不健康とはしない。

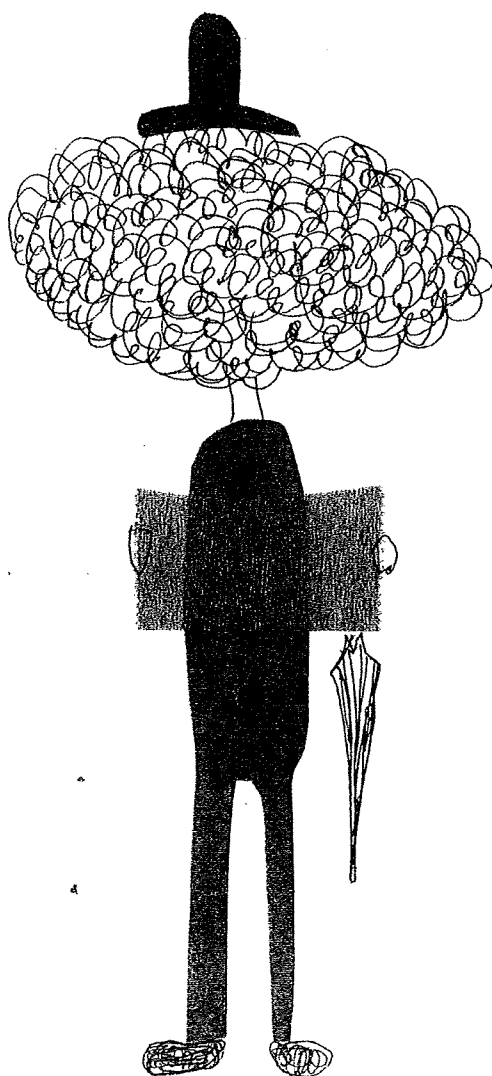
精神保健学上、精神的健康の定義として、①精神的疾病がないこと、②はなはだしい不安や苦悩がないこと、③社会的規範に適応した行動ができること、④自

精神保健福祉白書

2010年版

流動化する障害福祉施策

精神保健福祉白書編集委員会＝編集



中央法規

8-2-5 認知症

認知症患者は現在約220万人存在すると推測され、50～60%（2005（平成17）年）はアルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）といわれている。その他、血管性認知症（30%）、レビー小体型認知症（10%）、前頭側頭型認知症などがある。

アルツハイマー病の主体は記憶障害や判断力低下、見当識障害などの認知機能障害であり、中核症状と呼ばれる。さらに、併発して様々な精神症状あるいは行動障害がみられ、周辺症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptom of Dementia；認知症の行動・心理症状）と呼ばれる。アルツハイマー病は現在SPECT（single photon emission computed tomography）やPET（positron emission tomography）を用いることで統計解析画像により診断が容易になった。さらにJ-ADNIという研究グループによりアミロイドPETを用いるなどして、より早期の診断を可能にするための研究が行われている。また発病の危険因子として脂質異常症や高血圧症・糖尿病等の生活習慣病、喫煙、運動不足、うつ・ひきこもり等であることが判明している。

中核症状の治療薬としては塩酸ドネペジル（アリセプト）がある。これは開始時期が早いほど（HDS-Rが24点以上で特に効果的といわれている）治療効果が高く、認知症の進行を遅らせることが可能とされている。なお、薬効の一つとしての意欲の昂進による不穏、興奮、易怒性、攻撃性が出現することがあるので、特に服用初期には注意が必要である。さらに海外ではメマレチンとの併用療法が有効とされている。BPSDの治療には、非薬物療法（個別対応、回想法、音楽療法、ペット療法）が第一選択であるが、薬物療法としては、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬、抗精神病薬、そして漢方薬の抑肝散が用いられる。抗精神病薬では塩酸チアピリド、リスパリドン、スルピリド、フマル酸クエチアピン等が用いられる。これら薬剤の副作用の早期発見のため、患者や家族からの情報が重要となる。またBPSDの悪化要因の約38%が薬剤性とのデータもある。一方、近年では薬剤に頼らず、センター方式あるいはパーソンセンタードケアと呼ばれる認知症患者を中心にとらえたケアにより認知症患者の不安感等を軽減することができ、BPSDを軽減したりすることができる場合もある。

以下に国の政策について主なものをまとめる。厚生労働省は、2005（平成17）年度より「認知症を知り地域をつくる10か年」に着手し、認知症サポート医の創設や、認知症サポーター、認知症患者や家族を支援するための制度化が進められている。また、「認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことが必要との認識の下、2008（平成20）年7月に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を公表した（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>）。内容は、重点項目として実態把握、研究・開発の促進、早期診断の推進と適切な医療の提供、適切なケアの普及および本人・家族支援、若年性認知症対策からなり、プロジェクトの速やかな進展を期待している。さらに地域資源整備等構築事業は徘徊対策、地域資源マップの作成、認知症コーディネータの養成等からなる。現在はモデル事業で施行されているが、全国の市町村で実施されれば、安心して暮らせる街づくりにより地域は大きく変わる可能性がある。（遠藤英俊）

レビー小体病としてのレビー小体型認知症

藤城 弘樹* 村山 憲男* 井関 栄三*

抄録：レビー小体型認知症（DLB）は、アルツハイマー病（AD）に次いで2番目に頻度の高い変性性認知症であり、進行性の認知機能障害に加えて、特有の精神症状とパーキンソニズムを示す。近年、ADの前駆状態としての軽度認知障害（MCI）における神経心理・神経画像学的特徴が明らかとなり、ADの早期診断と早期介入の重要性が高まっている。一方、DLBの前駆状態に関する臨床知見はきわめて乏しい。これはDLBと認知症を伴うパーキンソン病（PDD）の異同が明確にされていないことや、DLBは認知機能障害に先行して、REM睡眠行動障害・抑うつ状態・自律神経症状などの精神・神経症状を呈することが多く、DLBの初発症状を定義することが容易でないことによる。そのため、パーキンソン病（PD）を含めたレビー小体病（LBD）のスペクトラムの中でDLBを捉え、臨床経過を必ずしも認知機能障害を認める時期に限定することなく、DLBの前駆状態から診断し、介入していく必要がある。 精神科治療学 24(11) : 1357-1364, 2009

Key words : dementia with Lewy bodies, REM sleep behavior disorder, visuo-perceptual disability, Parkinson's disease, depression

I. はじめに

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies : DLB）は、1995年の国際ワークショップで初めて提唱された名称で、疾患概念とともに臨床・病理診断基準が作成され²³⁾、2003年の第3回国際ワークショップで診断基準の一部が改定された²⁴⁾（表1）。DLBはアルツハイマー病（Alzheimer's

disease : AD）に次いで頻度が高い変性性認知症であり、発症年齢は60～80代の初老期・老年期に多く、欧米では男性が多いとされるが、本邦では性差は明らかではない²⁵⁾。

DLBは、進行性の認知機能障害と特有の精神症状に加えて、程度の差はあれパーキンソニズムと自律神経症状を伴い、病理学的に大脳と脳幹を含む中枢神経系と末梢自律神経系の神経脱落とレビー小体の出現を特徴とする。ただし、認知機能障害と精神症状を主症状とするDLBは大脳辺縁系・皮質を中心に障害されるが、パーキンソニズムを主症状とするパーキンソン病（Parkinson's disease : PD）は黒質など脳幹を中心に障害され、自律神経症状を主症状とする純粋自律神経不全症（pure autonomic failure : PAF）は末梢自律神経系を中心に障害される。つまり、中心となる障害部位によって臨床像が異なり、これらの疾

Dementia with Lewy bodies as Lewy body disease.

*順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター・PET-CT 認知症研究センター

〔〒136-0075 東京都江東区新砂3-3-20〕

Hiroshige Fujishiro, M.D., Ph.D., Norio Murayama, M.A., Ph.D., Eizo Iseki, M.D., Ph.D. : PET/CT Dementia Research Center, Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center, Juntendo University School of Medicine, 3-3-20, Shinsuna, Koto-ku, Tokyo, 136-0075 Japan.

患を総称してレビー小体病 (Lewy body disease : LBD) と呼ぶ²²⁾。

DLBの臨床診断基準では、DLBは認知機能障害がパーキンソニズムより先行ないしほぼ同時に出現するものと定義され、パーキンソニズム出現後12ヵ月以降に認知機能障害が出現した場合は認知症を伴うパーキンソン病 (Parkinson's disease with dementia : PDD) と呼ばれる (いわゆる1-year rule)²²⁾。しかしながら、DLBとPDDは臨床・病理学的に連続性を有し、症状の出現順序以外に両者を区別する意義は乏しく、DLBの改訂版臨床診断基準²⁴⁾では、両者をLBDとして包括することが推奨された。DLBをLBDの中に位置づけることは、DLBの臨床経過の多様性に対応する上で有意義であると考えられる。

II. 臨床症状

臨床診断基準では (表1)、必須症状に加え、中核症状が1つあれば possible DLB, 2つあれば probable DLBと診断される。また、possible DLBに加えて、示唆症状が1つ以上あれば probable DLBと診断される。必須症状は進行性の認知機能障害であり、認知機能障害は記憶障害で始まり、ADと異なり、初期には記憶や記憶の保持に比べて、記憶の再生障害が目立つとされる³⁰⁾。健忘の自覚は初期からみられるが、改訂長谷川式認知症スケール (HDS-R) などの簡便な検査では初期には比較的高い値を示す。しかしながら、やがて他覚的にも記憶障害が明らかとなり、進行するとADと区別し難い記憶障害や失見当識、健忘失語を呈する。DLBではADに比較して、初期から注意障害、構成障害、視空間障害など前頭葉・頭頂葉機能障害に由来する症状が強いのも特徴で、他の認知機能と比較して不釣合いな遂行能力や問題解決能力の低下となって現れる⁷⁾。

中核症状としての認知機能の動揺は、初期に目立つことが多く、比較的急速に起こり、数分から数時間、時に数週から数ヵ月に及ぶことがある⁴⁾。茫呼とした状態、日中の傾眠や覚醒時の混乱がしばしばみられるが、DLBでは経過中にせん妄をきたすことが多く、その区別が難しいことがあ

表1 DLBの改訂版臨床診断基準 (文献24から改変)

1. 必須症状：進行性の認知機能障害
2. 中核症状：
 - a. 注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺
 - b. 現実的で詳細な内容で、繰り返し現れる幻視
 - c. パーキンソニズムの出現
3. 示唆症状：
 - a. REM睡眠行動障害
 - b. 抗精神病薬に対する感受性の亢進
 - c. 基底核のドパミントランスポーターの取り込み低下
4. 支持症状：
 - a. 繰り返す転倒
 - b. 失神
 - c. 自律神経機能異常
 - d. 幻視以外のタイプの幻覚
 - e. 系統的な妄想
 - f. 抑うつ状態
 - g. 形態画像で内側側頭葉が比較的保たれる
 - h. 機能画像で後頭葉のびまん性の取り込みの低下
 - i. MIBG心筋シンチの取り込みの低下
 - j. 脳波で初期からの徐波活動

る。認知機能の動揺を客観的に捉えることが困難であることから、Fermanらは質問紙表を作成し、夜間の十分な睡眠にもかかわらず日中の傾眠を認める、2時間以上の昼寝をする、宙への凝視がある、統制のない発話をする、の4項目のうち3つ以上を認めるとDLBである可能性が高まり、ADとの鑑別に有用であるとしている³¹⁾。

精神症状としては、視覚認知障害に基づくものが多く^{14,15)}、とくに反復性に現れる幻視は特徴的で、中核症状とされている^{22,24)}。典型的な幻視は人物や小動物が家の中に入ってくるというもので、「知らない子どもが部屋の中に座っている」などと表現される。人物は一人のことも複数のこともあり、子どもが多いというが、大人であることも多い。動物は虫や蛇などの小動物が床を這っている、壁から出てくるなどと表現される。これらは明瞭で生々しいものから人影の様にあいまいなもの、色彩のあるものからないものまで様々である。幻視は目を離すと消えてしまい、多くの場合不安感や恐怖感を伴う。繰り返し現れ、せん妄下の幻視と異なり明らかな意識障害も伴わず、後