

ており、その養成者をキャラバンメイトという。また、介護の分野においては認知症介護指導者の養成や実践者研修、リーダー研修等も行っている。

そして今は、地域包括支援センターや行政を中心として、地域医師を巻き込んだ地域のネットワークの構築の重要性が検討されている。そうしたなかで厚生労働省が新たに打ち出した大きな柱が2つある。1つは認知症疾患医療センターの設置と「認知症連携相談員」の配置。もう1つは若年性認知症対策である。しかしながら、介護や生活の質の向上という分野については、新規施策を打ち出すのが難しく、教育の推進や介護報酬でどう対応するかという面も存在する。

さらに、認知症地域支援体制構築等推進事業が2007年度より開始されており、地域において認知症の人と家族を支えるため、支援を行う「資源」をネットワーク化し、相互連携を通じた地域支援体制を構築することを目的としている。事業の内容としては都道府県が主体となり、地域で推進会議を開催し、認知症コーディネーターの養成、地域資源マップの作成、徘徊SOSネットワークの構築が指定された市町村で行われてきた。この事業は発展的に解消され、2011年度以降、認知症地域連携支援相談員や徘徊見守りSOSネットワーク等を全国に展開する計画になっている。これが実現すれば、認知症になっても、日本全国どこでも安心して暮らせる地域づくりが一歩前進することになる。これも地域の包括的ケアに重要な政策となっている。

もう1つの柱である若年性認知症対策はなぜ重要なのか。対象となる患者は約3万人と推計され、認知症の患者全体の約1%と少ない。しかし、会社を解雇されて生活ができなくなり、家族の負担も大きく、それを支える仕組みも十分ではない等、本人や家族が抱える苦しみは非常に大きい。家族崩壊にもつながり、離婚して親元に戻ることも両親とも老いていて支え切れるわけではない。

認知症の緊急プロジェクトの底辺にあるのは、「日本のどこに住んでいても、認知症になっても安心である」というシステム、地域をつくることが重要であるとの考えである。これも患者・家族を支

えるという広義の包括的ケアに含まれる。

認知症の包括的ケア

認知症には医療や福祉を合わせて全人的なケアが必要とされる。認知症の治療には予防から軽症、中等症、重症、終末期までのシームレスなケアが必要である。また、治療には薬物療法その他、なじみの環境、よいケア、脳活性化リハビリテーション(以下リハ)が必要である。すなわち認知症の医療とケアには包括的なアプローチが必要であり、多面的、多職種協働が必要である。そのためには認知症の診断の他、多職種によるアセスメントと合同のカンファレンスが重要な柱となる。すなわち診断と治療のみならず、リハや看護、介護、サービスを含む医療・福祉連携が重要となる。そのためには情報交換と意思の疎通を図るカンファレンスが重要な鍵である。

患者本人が抱えるさまざまな課題の他、予防やリハ、終末期等、倫理的な課題を含めたトータルケアマネジメントが求められる。これが認知症の包括的ケアである。そのためには病院内や地域の資源に合わせて、医師やケアマネジャーや訪問看護等による、そのときどきのニーズに合わせたコーディネートが必要である。

最近では認知症の患者本人の意思、希望を原点として医療やケアを組み立てることが始まっている。医療とケアの原点は権利擁護であり、本人中心のケアである。これをパーソンセンタードケアという。

さらに最近では、QOL(Quality of Life)からQOT(Quality of Time)が重要であるという概念が出てきている。すなわち、認知症になっても残存機能を生かし、今という時間をいかに充実させ、共有するかが重要であるという考え方である。

なお、リハに期待することは、ADLの改善、維持に加え、作業療法士を中心とした日常生活を意識した認知症の生活リハである。エビデンスの集積の他、認知症の人へのアプローチは欠かせないものとなっている。認知症になっても軽症、中等症であれば、指示を理解し、条件化することが

可能な場合があるとされている。病型によっても異なるといわれているが、介護老人保健施設が契機となり短期集中リハをはじめするリハアプローチへの期待は大きい。

認知症本人と家族への支援

認知症の包括ケアには本人と家族への支援が欠かせない。適切なケアの普及および本人・家族支援については少し努力すれば可能である。たとえば名古屋市では、市が「家族教室プログラム」をつくり、地域包括支援センター等を拠点にして取り組んでいる。認知症のコーディネーターを養成し、その人が学生や子どもに認知症について教えたりして地域に貢献しているところもある。そうした積極的な取り組みを普遍化することである。

若年性認知症対策は先に少し触れたが、困ったときに相談できる体制をつくることが大切である。

認知症対策のキーワードは「地域づくり」だが、その点で今最も問題なのは地方行政の地域格差である。たとえば愛知県内をみても格差が存在する。国が方針を示しても、それが個々の自治体まで届かない。その是正のためには都道府県の役割が重要であり、「地域の活性化」がひとつの狙いでもある。徘徊ネットワークや地域支援マップづくり等をしっかりと実現していくことが重要である。ちなみに北名古屋市の回想法の取り組みについては、過去5年間の成果を報告書⁵⁾にまとめたが、認知症の予防や重度化の防止に効果があるという結果が出ている。仲間づくりや地域でのボランティア、支え合いの仕組みといった「地域づくり」へとつながっていくことも示されている。これからは、認知症の人・家族を支える専門家の育成の推進とともに、住民が住民を支えるという地域づくりへと進むことが重要である。

新しい認知症ケアの方向性

新しい認知症ケアの取り組みとして、最初にあげられるのは認知症ケアマッピングである。パーソンセンタードケアの理念の基に、よいケアと悪いケアを明確に定義し、5分ごとに6時間にわたり認知症ケアを評価することで認知症ケアを標準化し、質の向上、人材育成につながっていくという方法である。既に日本国内に600名を超えるマッパーが存在する。その他、タクティールケアやバリデーション療法等も試みられている。

また、わが国独自の認知症に特化した認知症ケアマネジメント・センター方式がある。徐々に全国に広がりつつあり、その効果が期待される。

さらには筆者らが新たに取り組んでいるのが認知症のスピリチュアルケアである。週に1回程度、グループで認知症の人の不安や希望を積極的に意見交換し、将来や希望につなげる認知症の心理的アプローチである。

おわりに

本稿では認知症の包括的ケアについて述べ、さらにその地域での連携システムについてまとめた。今後の認知症対策として地域での活動や展開が期待されている。認知症のケアは現在、パーソンセンタードケアの言葉に則り、さまざまな取り組みがなされ始めている。筆者らはそのためのツールのひとつとして認知症のアセスメント・センター方式を開発した。介護保険の制度を利用して、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図り、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後、かかりつけ医師、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。

文 献

- 1) 認知症介護研究・研修東京センター・他編：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, 2005.
- 2) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリティカルパス, 日総研, 2004.
- 3) 遠藤英俊：高齢者総合診療ガイド 担当医 Q&A, じほう, 2008.
- 4) 遠藤英俊・他監修：認知症のスピリチュアルケア, 新興医学出版, 2009.
- 5) 愛知県北名古屋市：北名古屋市回想法事業総合評価報告書, 2008.

特集 認知症治療の最前線

Seminar

5. 認知症のケアと非薬物療法の最前線

遠藤 英俊 佐竹 昭介 三浦 久幸 小杉 尚子

KEY WORD

- 非薬物療法
- 認知症のリハビリテーション
- ケア
- パーソンセンタードケア

SUMMARY

認知症のケアは徐々にではあるが、改善されてきている。その理念はパーソンセンタードケアであるが、集団ケアから個別ケアへの重要性が認識され、改善してきている。しかしながら依然として、身体拘束に象徴されるような古いケアも存在している。また非薬物療法についても、音楽療法や回想療法など徐々にエビデンスも追加されてきており、さらに発展が期待される分野である。

はじめに

認知症ケアの質はこの数年で改善しつつあると考えている。認知症の行動・心理症状(BPSD)に対してはケアも治療方法の1つであるといえる。よいケアはBPSDを軽減させることが可能である。その認知症ケアの理念はパーソンセンタードケアであり、人材教育に導入され、教育を受けたケアワーカーが増加し、様々な施設でのケアが影響を受け、その質が改善してきているからである。また、認知症のグループホームやユニットケアなどでハード面の進歩があり、それに伴って個別ケアも改善してきている。また非薬物療法についても研究がなされているが、老人保健施設での短期集中リハビリテーションの実践を通じて、その有用性が示されている。しかしながら認知症の非薬物療法はエビデンスとしてはまだまだ十分ではない。

認知症ケア

認知症は高齢社会の到来に伴い、その数が急

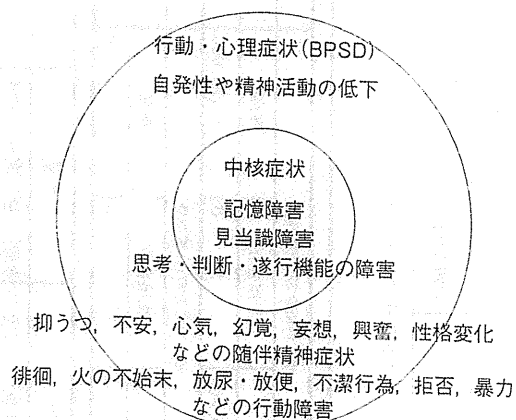


図1

増してきた(図1)。当初認知症のケアは、在宅における家族によるケアがすべてであった。つまり家庭での家族ケアに始まり、1980年代からの社会的ニーズに合わせ施設の増加につながった。介護保険サービスによる介護の社会化が図られてきた。施設ケアでは当初、措置制度の利用により認知症の症状で困った方が入所となり、施設職員数の少なさもあり、身体ケア中心の集

えんどう ひでとし, さたけ しょうすけ, みうら ひさゆき(国立長寿医療研究センター内科総合診療部) / こすぎ なおこ(NTTコミュニケーション科学基礎研究所)

団ケアが長く行われてきた。ただデイサービスやデイケア、ショートステイの利用が可能となり、また介護施設の増加もあり、ケアの質の向上への取組みが始まった。その中で2000年に創設された介護保険の目玉として、グループホームの地域での増加が図られた。その結果、家庭的な雰囲気での個別ケアが認知症に有効性があると理解され、個別ケアの進展がみられた。同時に、イギリスのトムキッドウッドが提唱した「パーソンセンタードケア」の認知症の理念が日本に導入された。在宅ケアや施設ケアにおいても、認知症の人に対する個別ケアが重要であり、その人を尊重するケア(パーソンセンタードケア)が理念の中心とされている。つまり、認知症の人を中心としたケアの充実が広がってきている。よいケアは治療の1つであり、薬と併せて治療として欠かせない。

短期集中リハビリテーションについて

認知症の利用者に対して3カ月間、週3回まで、20分単位で個別リハビリテーションを行うことである。行うに当たっては医師指示のもとに理学療法、作業療法、言語聴覚士がアセスメントを行い、リハビリテーション計画を立案する。対象は認知症であって、生活機能の改善が期待される者である。MMSEは5~25点の範囲を対象とし、在宅復帰を期待できる者となる。通所リハビリテーションでは週2回実施することとなった。

短期集中リハビリテーションには資格のある医師の指示のもとで作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が行う。個別リハビリテーションのため、始めに評価が重要となる。医師は神経内科か所定の研修を受けた医師である必要があり、全国老人保健施設協会では毎年医師向け研修を行っている。リハビリテーションに当たってはその人のADL、IADL、認知機能を事前に評価し、その人の趣味や趣向、生活歴を十分に聴取し、希望にも沿いながら行う必要がある。

短期集中リハビリテーションのメニューには、折り紙、クラフトワーク、手芸のほか、学習訓

練療法、運動療法、個人回想法、個人音楽療法などがある。リハビリテーションはいわゆる1対1の個人対応であり、すなわち個別リハビリテーションであり、1回は20分程度であるため、導入は挨拶から始まり、メインプログラムを行い、最後にセッションのまとめを行う。プログラム内容としては、総合リハビリテーションとって様々なメニューの組合せで行われることが多い。また3カ月後は在宅復帰をめざすこととなっている。

2006年から効果検証を開始した。その結果、対象群はADLの改善に加え、活動、BPSD、認知機能、意欲の低下などの指標において、対象群に比べて改善がみられた。表1に研究対象者の内容を示した。図2に認知機能への効果を示した。

短期集中リハビリテーションは、リハビリテーションとしていわゆる混合型で総合リハビリテーションといえるものであり、種々のデータは単一のものではない。そこでどのリハビリテーションが主として効果があつたのか、わかりにくい面がある。また各施設においてリハビリテーションメニューは様々であり、リハビリテーションスタッフの技量も様々である。そのためこれらの課題は検討会、研修会を通じて解消していく必要があるだろう。さらに認知症の予防には運動に効果が示されているが、ほかにも表2に示すような認知機能訓練の効果を示すメニューが存在する。今後はこれらのリハビリメニューの効果の検証が必要である。短期集中リハビリテーションにおいても、効果的な有酸素運動をメニューにどう取り入れるかは重要な課題である。

運動の効果

加齢は、認知機能低下の主要な危険因子である。さらに運動不足も認知機能低下の危険因子とされている。一方、以前から運動や活発な身体活動が認知機能低下の予防となる可能性が数多く報告されている¹⁾。すなわちLaurinらは、認知症を発症していない高齢者4,615名を対象

表1 短期集中リハビリテーションの研究対象者

認知症に対するリハビリテーションについて

- 2006年4月の介護保険法改正により、介護老人保健施設において軽度の認知症に対する「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が創設。
- 短期集中リハビリテーションの効果について、全国老人保健施設協会が研究を実施。

【対象者について】

【対象者】介護老人保健施設入所者であって、MMSEまたはHDS-R*においておおむね15~25点に相当する者
 【提供者】精神科医、神経内科医または専門的な研修を終了した医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
 【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練などを組み合わせたプログラムを、利用者に対して個別に20分以上、週3回提供した場合に算定可
 ※MMSE(Mini Mental State Examination), HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール): 認知機能を評価するテストの一種

【対象者の背景について①】

	対象群	認知症リハビリテーション実施群	有意差
人数	63名	203名	
年齢	86.1±8.05	84.56±7.27	
性別	男性: 24名, 女性: 39名	男性 60名, 女性: 142名	ns(χ ² 検定)
要介護度	1	13名	45名
	2	17名	41名
	3	22名	77名
	4	11名	25名
	5	2名	10名

資料提供: 杏林大学 鳥羽研二氏

HDSRについて

・認知症リハビリテーションを行った群は有意に改善(1点増加)

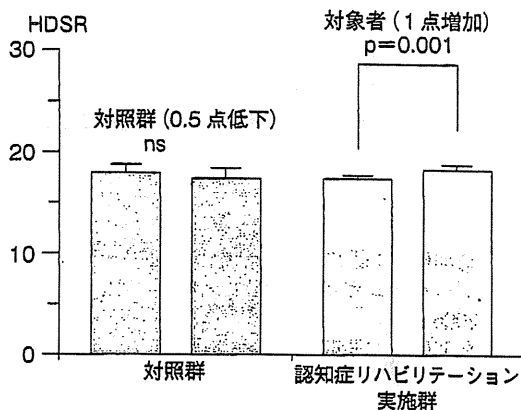


図2 認知症に対するリハビリテーションの効果

に、5年間フォローした研究結果を報告している。すなわち「カナダにおける健康と加齢に関する前向き調査」の中で、定期的な運動がアルツハイマー病の発症を抑制すると報告している。運動の強度、頻度に関しては、週3回以上の頻度で歩行より強い運動を行う群を高運動量群、歩行程度の運動を週3回以上行う群を中運動量群、これら以外を低運動量群に分類して比較した。その結果、軽度認知障害(MCI)発症率、アルツハイマー病発症率、全認知症発症率のいずれにおいても、高運動量群は低運動量群よりも有意にリスクが低かったと報告している³⁾。

認知症患者を対象とした運動に関する研究はまだ少ないが、近年、アルツハイマー型認知症の患者とその介護者の双方に、家庭で行える運

表2 認知機能訓練の効果

有効性が確立しているもの	効果	効果度ランク
1. 介護者の教育	在宅復帰, 入所減少	A
2. 行動障害に対する介護者の対応	BPSD, うつ	A
3. 運動療法	認知機能低下	A
4. 記憶訓練	BPSD, うつ	B
有効な可能性があるもの		
1. 現実見当識訓練	記憶力, 在宅復帰	D
2. 回想法	抑うつ	

動プログラムを指導し、健康状態や心理面への影響を調査した報告がされている。対象は、55～93歳の153人のアルツハイマー型認知症患者で、認知機能は中等度以上に障害されていた(平均罹病期間は4.3年、MMSE 16.8±7.1)。患者とその介護者に、有酸素運動、ストレッチ、バランス、柔軟性トレーニングを組み合わせた総合的な運動プログラムと問題行動の管理を指導して、健康状態やうつ状態を調査したところ、指導を行った群において身体面、心理面ともにより状態が保たれていることがわかった。また脱落した被検者の理由として、対照群では患者自身の問題行動が第1であったのに対し、運動指導群では介護者側の健康問題によるものであった。

認知症予防

これまでのリスクファクターに関する研究、疫学調査に関する研究、基礎的研究などを総合して判断すると、認知症の予防はある程度可能であろう。すなわち認知症予防の可能性のある第一は運動である。また生活習慣病の予防は脳血管障害の予防につながり、アルツハイマー型認知症のリスクを低減する可能性がある。

これまでも、抗酸化作用のある野菜や果物の認知機能に対する効果は知られているが、さらに赤ワインは認知機能の低下に効果がある可能性があり、様々のデータで赤ワインは認知機能低下に対して抑制的に働くことが知られている。ナンスタデイによれば、病理解剖にてアルツ

ハイマー型認知症の病変があったにもかかわらず、約8%が認知症を発病していなかったこと、さらに脳血管障害があるとアルツハイマー型認知症のリスクが高まっていたことがわかった。さらに高血圧症や糖尿病があると、認知症の発症のリスクが高まることもわかってきた。こうした研究の積み重ねがエビデンスにつながると思われる。

おわりに

様々な疫学調査によっては、運動がいつも認知症の発症率を抑制するものばかりではない。これらの違いは、対象者の背景や素因、行われた運動様式や強度、頻度、持続時間など、調査方法の問題によると考えられる。また運動と知的活動の組合せがよいとの報告も存在するが、いずれにしても運動による認知症予防の可能性は強く示唆されており、現在、国立長寿医療研究センターにおいても二重盲検試験による運動の認知機能への効果を調査している。これらの成果を待つとして、有酸素運動の効果が期待できる。

文 献

- 1) 鳥羽研二：認知症短期集中リハビリテーションプログラムガイド、リベルタス・クレオ、東京、2006。
- 2) 鳥羽研二：非薬物性治療を含む認知症の治療について。老健 8：20-23、2006。
- 3) Laurin D et al：Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly

- persons. Arch Neurol 58 : 498-504, 2001.
- 4) Teri L et al : Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. JAMA 290 : 2015-2022, 2003.

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部

小特集 新規アルツハイマー型認知症治療薬: ガランタミン

2. ガランタミンの長期臨床効果

遠藤 英俊*¹⁾・三浦 久幸*²⁾・佐竹 昭介*³⁾

ガランタミン(レミニール[®])は軽度および中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制に適応が認められた新しい薬剤である。本剤はアセチルコリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL (allosteric potentiating ligand) 作用や神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られるとされている。また介護時間の軽減作用も報告され、薬剤の特徴を踏まえ、患者の症状やステージに合わせて薬剤を選択する時代に突入した。アルツハイマー型認知症を早期に発見し、早期治療した場合における本剤のさらなる有用性に期待している。

1. はじめに

ガランタミン(レミニール[®])は軽度および中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制に適応が認められた新しい薬剤である。少量である1日8mgから開始し、4週間経過観察後に順次16mg、24mgへと増量する。本剤はアセチルコリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL (allosteric potentiating ligand) 作用や神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られるとされている。本稿ではガランタミンの長期効果に的を絞って総括する。

2. ガランタミンの
長期臨床効果について

ガランタミンはアルツハイマー型認知症に対し

て、認知機能の有意な改善を示すことが複数報告されている。そのうち、長期投与時の効果については、ガランタミンを36カ月間継続投与したところ、36カ月後のADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale) においてベースラインとの差が約10ポイントであるのに対し、Stern式より推定される自然経過36カ月値のベースラインとの差は約20ポイントであり、認知機能低下が約50%抑制されたと考えられた。(図1)¹⁾。推定される自然経過と比較して、ガランタミン群ではADAS-cogスコアで見た認知機能低下の傾きが36カ月にわたり有意に緩徐であった。このことから、ガランタミンは36カ月間という長期にわたり認知症症状の進行抑制を発揮することが示された。

ガランタミンは軽度および中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制に適応が認められている。投与に際しては、少量であ

*国立長寿医療研究センター内科総合診療部 ¹⁾(えんどう・ひとし) [内科総合診療部長]

²⁾(みうら・ひさゆき) [在宅医療支援診療部長]

³⁾(さたけ・しょうすけ) [在宅医療研究室長]

2. ガランタミンの長期臨床効果

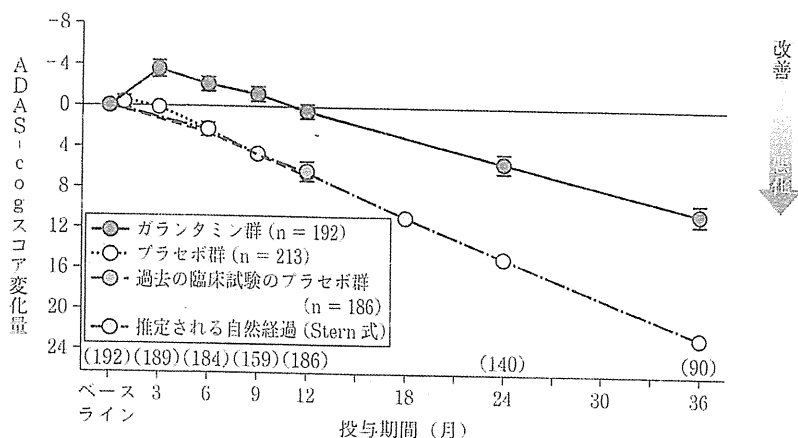


図1 長期投与時のアルツハイマー型認知症患者の認知機能に対する効果

対象：軽度～中等度のアルツハイマー型認知症患者 194 例

方法：プラセボ対照無作為化二重盲検比較試験において、ガランタミン 24mg/日または 32mg/日の投与を受け、続くオープンラベル延長試験（それぞれ6カ月間、9カ月間）を完了した患者に、ガランタミン 24mg/日を1日2回24カ月間継続投与し、認知機能に及ぼす影響を ADAS-cog で評価した。なお、12カ月以降のプラセボ群の ADAS-cog の推移は、過去の臨床試験のプラセボ群 (Torts ら) から背景が近似した患者のデータを用い、Stern らの方法により数学的に推定した。

平均値±S.E.、図中 () 内はガランタミン群の例数

※通常、成人にはガランタミンとして1日8mg(1回4mgを1日2回)から開始し、4週間後に1日16mg(1回8mgを1日2回)に増量し、経口投与する。なお、症状に応じて1日24mg(1回12mgを1日2回)まで増量できるが、増量する場合は変更前の用量で4週間以上投与した後に増量する。

ADAS-cog : Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(文献1より)

る1日8mgから開始し、4週間経過観察後に順次16mg、24mgへと増量する。

本剤はコリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL作用や、さらには神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られると考えられる。(図2)²⁹。ガランタミンの持つこの二つの作用を Dual Action と呼び、ガランタミンの長期使用時の有用性の高さについての根拠となる仮説である。

ガランタミンは他のコリンエステラーゼ阻害剤より、長期に効果を示すことが報告されている。他の薬剤では治験が基本的に半年で評価することもあり、半年後の評価でプラセボに比して認知機

能の維持効果があるという報告が多い。また海外のデータでは、1年後において他の薬剤に比べてレスポンス率が有意に高いという報告もある。(図3)³⁰。実際には今後臨床の現場で評価されるであろうが、興味深い事実であり、薬剤の特徴を踏まえて、薬剤を選択することができる時代になったと言える。

またガランタミンを早期に投与すると、認知機能と日常機能が維持された。プラセボ投与群から半年後に実薬を投与したところ、最終的に1年後においても当初からの実薬群の方がプラセボ群より有用性が高いという結果を得た。(図4)³¹。このことからガランタミンは早期発見、早期治療が重要であり、早めの薬剤の投与が重要であると考

■小特集・新規アルツハイマー型認知症治療薬：ガランタミン

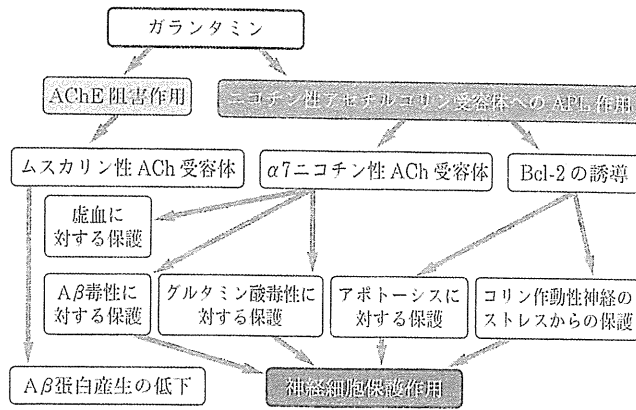


図2 ガランタミンの Dual Action による神経細胞保護のメカニズム

コリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL作用や、さらには神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られると考えられる。

AChE: アセチルコリンエステラーゼ

Bcl-2: B-cell lymphoma 2

Aβ: アミロイドベータ

APL: allosteric potentiating ligand

(文献2より)

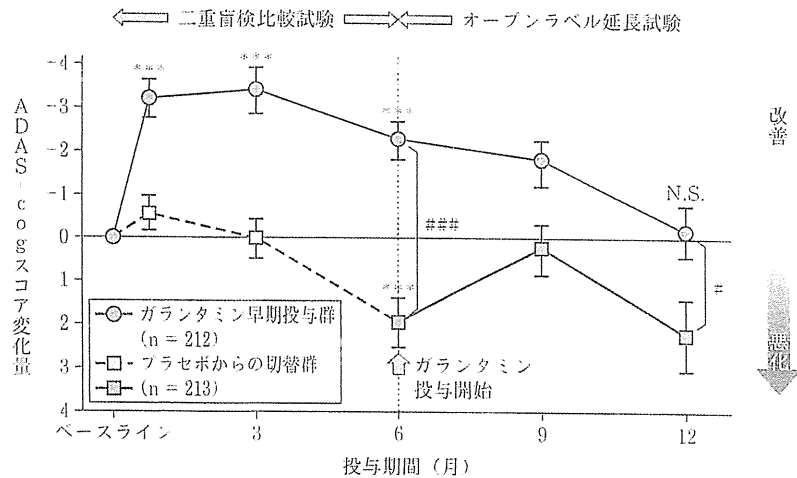


図3 アルツハイマー型認知症患者の認知機能への効果

対象：軽度～中等度のアルツハイマー型認知症患者 425 例

方法：ガランタミン 24mg/日またはプラセボ群に無作為に割り付け、1日2回6カ月間経口投与（二重盲検比較試験）、オープンラベル延長試験では両群ともにガランタミン 24mg/日を1日2回6カ月間経口投与し、認知機能に及ぼす影響を ADAS-cog で評価した。なお、二重盲検比較試験とオープンラベル延長試験のいずれにおいてもガランタミンは 8mg/日で投与を開始し、1週間後に 16mg/日に増量、その1週間後に 24mg/日に増量

平均値±S.E.

***: p < 0.001 (vs ベースライン) pairwise Dunnett's test

N.S.: 有意差なし (vs ベースライン) ANOVA with pairwise Fisher's LSD test

#: p < 0.05, ###: p < 0.001 (vs プラセボからの切替群) ANOVA

※通常、成人にはガランタミンとして1日8mg(1回4mgを1日2回)から開始し、4週間後に1日16mg(1回8mgを1日2回)に増量し、経口投与する。なお、症状に応じて1日24mg(1回12mgを1日2回)まで増量できるが、増量する場合は変更前の用量で4週間以上投与した後に増量する。

ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(文献3より)

2. ガランタミンの長期臨床効果

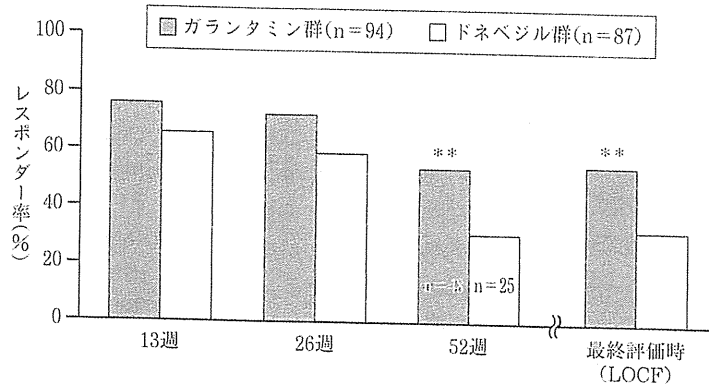


図4 52週直接比較試験におけるレスポンド率

ガランタミンは早期発見、早期治療が重要であり、早めの薬剤の投与が重要であると考えられる。

レスポンドの定義：MMSE (Mini-Mental State Examination) スコアがベースライン値 (0週) から改善または維持した症例

平均値

** : $p \leq 0.005$ (vs ドネベジル群) Unpaired t-test

(文献4より)

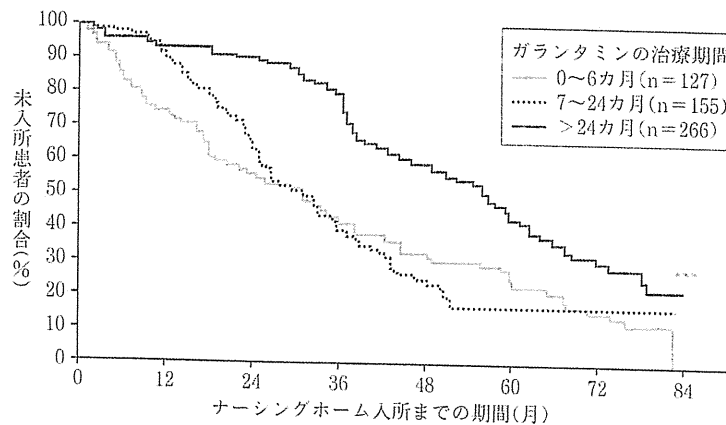


図5 ナーシングホーム入所遅延に及ぼす影響

対象：アルツハイマー型認知症患者 548 例

方法：過去にガランタミンの海外臨床試験に参加し、ガランタミン 24mg/日を1日2回服用していた患者に追跡調査を行い、ナーシングホーム入所までの時間をガランタミン治療期間 (短期：6カ月以下、中間：7~24カ月、長期：>24カ月) により比較した。

平均値

*** : $p < 0.0001$ (各群間比較) Kaplan-Meier log-rank test

(文献5より)

られる。また6カ月後において、プラセボ群より初期投与群はレスポンド率が有意に高かった。主な有害事象は嘔気等の消化器症状であった。ガ

ランタミンの投与にあたっては、低用量から導入し、患者の状態を観察しながら、ゆっくと増量することで忍容性を高め、治療を継続することが

—■小特集・新規アルツハイマー型認知症治療薬：ガランタミン

可能である。

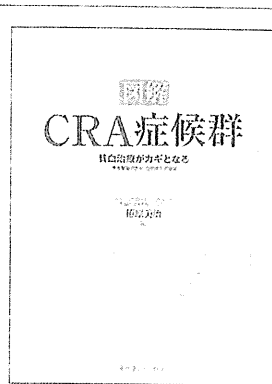
また、介護時間の短縮作用も報告され、薬剤の特徴を踏まえて、患者の症状やステージに合わせて薬剤を選択する時代に突入した。すなわち認知機能への効果を踏まえて介護時間を短縮化でき、その結果、介護負担を軽減したという事実は非常に興味深い。図5にはガランタミンを投与した患者について、長年縦断的に経過を見た場合にナーシングホームへ入所するまでの期間を延長させたことを示している⁹⁾。医療経済的な観点からも、有用性が高いと考えられる。これもガランタミンが長期の効果を示すことのエビデンスの一つと言える。

3. おわりに

アルツハイマー型認知症を早期に発見し、早期治療した場合の本剤のさらなる有用性が期待されている。さらに長期使用時の効果についても、一定のエビデンスが存在する。その有用性は確かであろう。しかし日本での効果の検証は、今後一定の時間を経て判断する必要がある。新薬に対する認知症患者本人や家族の期待は大きいのか、効果に対する過剰な期待は問題である。

文 献

- 1) Raskind MA, Peskind ER, Truyen L, et al : The Cognitive Benefits of Galantamine Are Sustained for at Least 36 Months. Arch Neurol 61 : 252-256, 2004.
- 2) Geerts H : Indicators of neuroprotection with galantamine. Brain Res Bull 64 : 519-524, 2005.
- 3) Wilcock G, Howe I, Coles H, et al : GAL-GBR-2 Study Group. A long-term comparison of galantamine and donepezil in the treatment of Alzheimer's disease. Drug Aging 20 : 777-789, 2003.
- 4) Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al : Galantamine in AD. A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. Neurology 54 : 2261-2268, 2000.
- 5) Feldman HH, Pirttila T, Dartigues JF, et al : Treatment with galantamine and time to nursing home placement in Alzheimer's disease patients with and without cerebrovascular disease. Int J Geriatr Psychiatry 24 : 479-488, 2009.



図解 CRA 症候群

貧血治療がカギとなる 慢性腎臓病と心・血管病の悪循環
(Cardio-renal anemia syndrome)

大阪府立急性期・総合医療センター腎臓・高血圧内科主任部長
樫原 美治 編

A4変型判 116頁 定価2,940円(本体2,800円+税5%) 送料実費
ISBN978-4-7532-2312-1 C3047

おもな内容

1. Cardio-renal anemia syndromeとは?
2. 慢性腎臓病(CKD)と貧血の関係
3. 慢性腎臓病(CKD)と心不全の関係
4. 貧血と心臓病の関係
5. Cardio-renal anemia症候群の治療戦略

介護保険改正の焦点は

The focus of second revision of long term care insurance



遠藤英俊(写真) 三浦久幸

Hidetoshi ENDO and Hisayuki MIURA

国立長寿医療研究センター内科総合診療部

◎介護保険法は2011年に2度目の介護保険の改正が行われた。今回の改正の焦点は“地域包括ケア”である。すなわち地域での医療と福祉の連携が重要視されている。ほかには市町村の主体的取組みの推進、重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保などが焦点となっている。地域包括ケアの中身としては、医療、介護、予防、住宅、生活支援の5つである。医療と福祉の連携強化を基本として、地域密着型サービスに追加される24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスの充実、すなわち定期巡回の他にオンコールによる随時訪問を行うサービスである。報酬体系については包括払いになる可能性が高い。複合型サービスとは訪問介護や訪問看護、訪問リハ、通所介護、小規模多機能型居宅介護などの居宅系と地域密着型系サービスから2種類のサービスを組み合わせて、一体的な提供を可能とするものである。今回の改正を踏まえて、今後の介護サービスの動向に注目したい。



Key word : 介護保険, 地域包括ケア, 認知症, サービス付き高齢者住宅

介護保険法は平成12年(2000)4月に施行され、平成18年(2006)4月に改正されている。さらに、2回目の改正として平成23年(2011)6月15日に“介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律案”は与野党の賛成多数で可決・成立した。

この法律は、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、平成18年の改正において介護予防が重視され、あら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、介護予防対策、高齢者虐待防止、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。

平成23年に行われた2度目の改正の焦点は“地域包括ケア”である。すなわち、地域での医療と福祉の連携が重要視されている。ほかには市町村の主体的取組みの推進、重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保などが焦点となっている。今回の改正の大きな課題は、今後も継続的に介護保

険制度を維持するために財政的な課題を解決することである。本稿では、改正介護保険制度の内容と考え方について概説する。

2011年度改正介護保険制度の焦点

介護保険の改正において最大の焦点は保険財政の安定化であり、ひいては介護保険の継続性、妥当性をどう担保するかである。そしてキーワードとしての“地域包括ケア”が最大の目標理念となっている。地域包括ケアとは30分程度の時間で医療と介護サービスが適正に提供されることである。介護保険サービスはそれぞれの生活圏域において在宅療養にはなくてはならないサービスとして定着しており、どう改良するかが重要なポイントである。さらには重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保であり、さらには市町村の主体的な取組みの強化が目玉となっている。またとりわけ要介護認定はなくてはならないものであり、廃止論議は問題外である。今回の改正の焦点は2025年までに地域包括ケアの実現と社会保障としての財

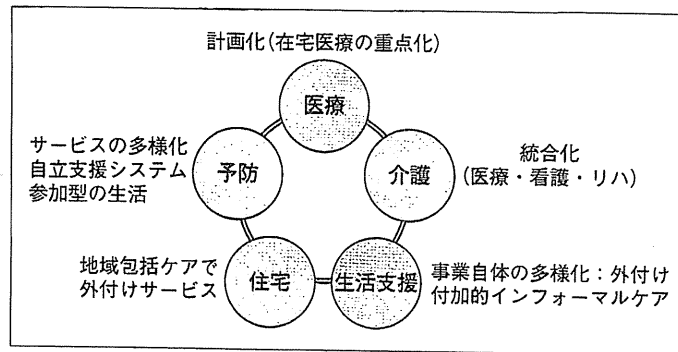


図 1 地域包括ケア(医療福祉連携)の考え方

表 1 サービス付き高齢者住宅の創設

<ul style="list-style-type: none"> • 国土交通省の管轄 • 床: 25 m²以上 • 安否確認 • 住貸借契約 • 介護サービスとの連携
--

政上の安定を図ることである。保険料は今後1カ月当たり5,000円を超えると予想されており、これ以上の負担増は困難であると予想されている。つまり介護施設の増加やサービスの急増は経済的な理由で避ける方向で検討されている。

● 地域包括ケア

地域包括ケアの推進の中身としては図1に示すように、5つの要素からなる。すなわち、医療、介護、予防、住宅、生活支援の5つである。医療と福祉の連携強化を基本として、地域密着型サービスに追加される24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスの充実、すなわち定期巡回のほかにオンコールによる随時訪問を行うサービスである。報酬体系については包括払いになる可能性が高い。複合型サービスとは、訪問介護や訪問看護、訪問リハ、通所介護、小規模多機能型居宅介護などの居宅系と地域密着型系サービスから2種類のサービスを組み合わせて一体的な提供を可能とするものである。

また、訪問看護やリハビリテーションの充実強化をめざすこと、特養などの介護拠点を整備し、介護サービスの充実強化を行うこと、さらには見守り配食、買い物などの在宅サービスを強化すること、インフォーマルサービスを含む多様な生活

支援サービスの確保や権利擁護を支援することである。権利擁護の焦点は市民後見人の導入である。

● サービス高齢者住宅

さらにひとり暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加を踏まえ、さまざまな生活支援サービスを推進し、高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーのサービス付き高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている。しかし、民間の高齢者ケア付き住宅の中身の点検は必須であろう(表1)。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。都道府県の申請ならびに許可制にとどまらずに、ケアの質の監査が必要であろう。また、認知症の徘徊見守りサービスはインフォーカーケアを含む重要な地域のネットワークの構築を必要としている。

● 権利擁護

また、権利擁護の推進も課題である。とくに市民後見人制度の導入が目玉のひとつである。しかし、市民とはだれでもいいわけではなく、しかるべき人材選出と教育が重要となる。認知症の人の財産管理にとどまらず、身上監護の部分の強化を期待した。すでに先進地域においては市民後見人の研修を開催されている。

● がん末期

また、がん末期の認定もさまざまな課題が存在する。がん末期の方の支援をスムーズにするためには介護支援専門員の生涯教育を含め、検討を要する。介護保険者に調査を行ったところ、申請から二次判定までの日数の平均は28.9日であり(図

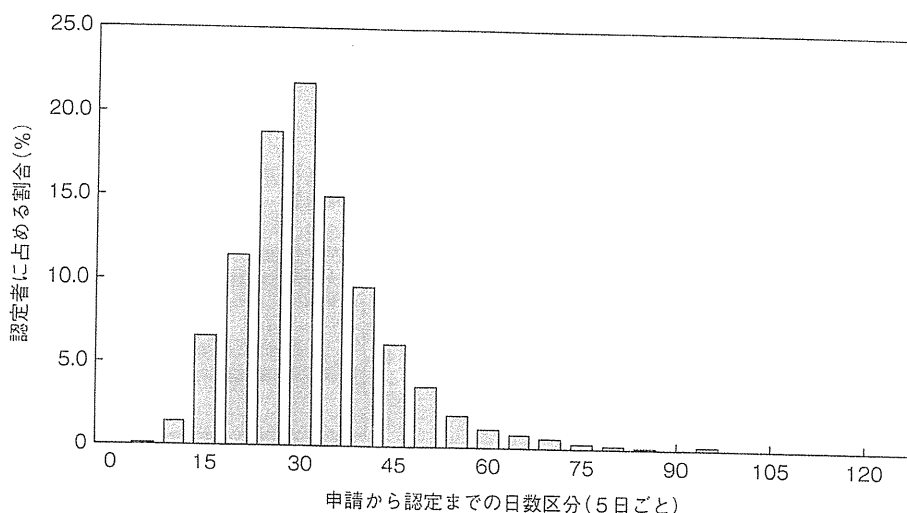


図 2 申請から認定までの日数別の度数分布

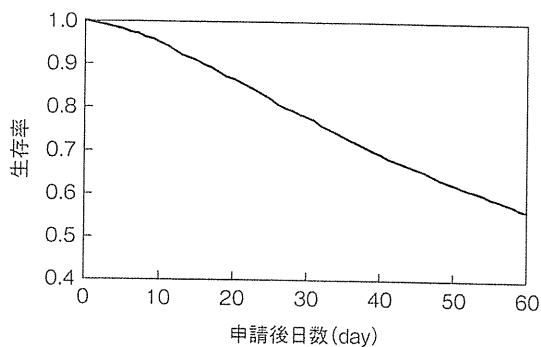


図 3 申請後の生存曲線

申請から死亡までの日数を算出し、Kaplan-Meier法により生存曲線を推計した結果、なお、転出者および生存者は途中打ち切り例として扱っている。

2)、20日を超えている保険者が86.6%、30日を超えている保険者も38.1%あった。認定調査については申請後5日以内に実施している保険者が27.7%であり、6~10日で実施している保険者は50.2%であった。また、調査から二次判定までの状況をみると20日を超えている保険者が47.8%であった。今回の調査では19.4%の方が二次判定前に亡くなっていた。末期がんの方の申請後の経時的な状況の変化を推計したところ、申請後15日で約1割の方が、申請後25日で約2割の方が、申請後40日で約3割の方が亡くなるという結果であった(図3)。

介護支援専門員

介護支援専門員の生涯教育の見直しも検討されている。介護支援専門員のうち、元職として介護職が増加しているという背景があり、要介護認定を受けながら介護保険を利用していない家庭も相当数存在する。こうした課題を整理することが真の意味での改正につながることはいうまでもない。

さらに利用者の重度化の問題も表面化している。その結果、介護職による痰の吸引についても法律改正で認められた。一定の研修のもとに介護職の医療的ケアが認められたことになる。すなわち、重度化した利用者の在宅療養のニーズへの対応はますます必要になってきている。介護施設での看取りも課題であり、今後医療との連携で看取りの重要性が増すであろう。そのためには介護職の生涯教育の必要性が増し、現在、認定介護福祉士についても検討されている。

認知症対策

認知症対策も大きな焦点のひとつである。認知症に対する地域の取組みはさまざまな面で存在する。市民への教育として数年前からサポーター研修が導入され、終了者は260万人を超えている。またかかりつけ医に対する認知症対応力向上研修は、すでに2011年の段階で28,000人以上の医師が研修を終了している。この講師役としてのサポート医研修が実施されており、1,600人を超え

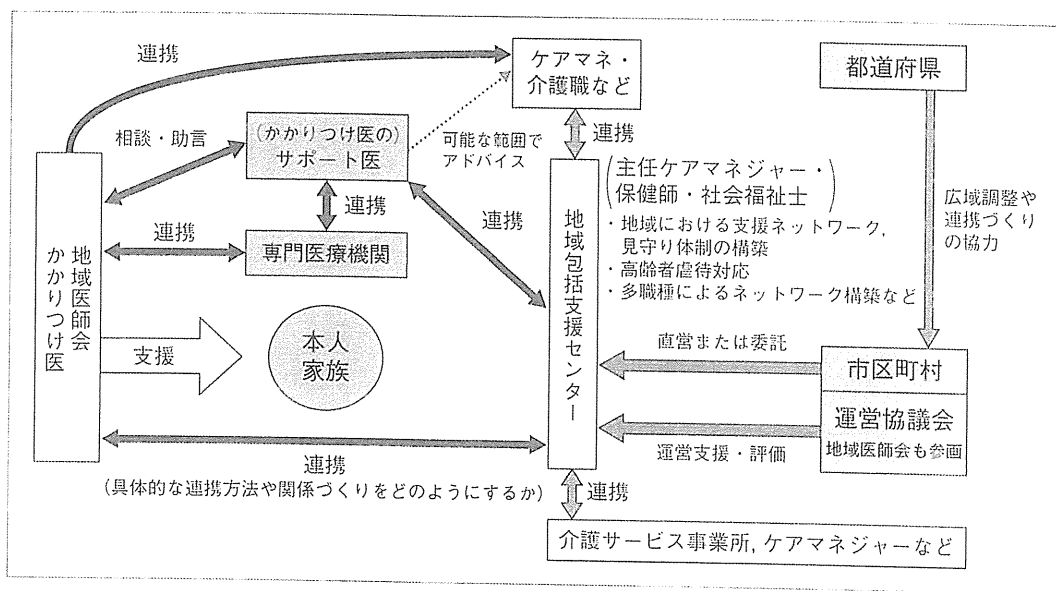


図 4 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターとの連携図

表 2 認知症の地域支援

- 認知症の啓蒙・啓発
- 物忘れ検診・脳ドック
- 物忘れ相談・物忘れ外来
- 早期の相談・支援システム
- 地域包括支援センター
- 地域密着型サービス
- 地域ネットワークの構築
(認知症地域資源マップ・徘徊 SOS ネットワークなど)
- 介護施設の質の向上
- 終末期医療とケア
- 地域連携バスの利用

る医師が研修を終了している。今後その連携を強化することが重要である(図 4)。さらに、国では認知症疾患医療センターを整備し、安心して認知症の人が医療を受け入れることができるように、また地域と連携ができるように整備が行われている。

こうした地域での人材育成と同時に、地域資源マップの作成や徘徊見守り SOS ネットワークの構築も実施されようとしている(表 2)。徘徊ネットワークでは最近では広域対応が必要な場合あり、都道府県単位での連絡網の整備などが行われている。地域によっては、民間ベースで認知症の人のごみ出しの支援や傾聴ボランティアのほか、サロンの開設などが行われている。

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年ごとによりよい介護保険に改正していくこととなっている。その課題は時代とともに変わる必要がある。たとえば、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とその量的増加に伴い、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る。

おわりに

介護保険はもともとあらたな挑戦であり、当初より、名古屋学芸大学の井形昭弘氏によれば「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、よりよい制度に変えていく必要がある。また、介護保険の最大のテーマは認知症である。認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクトが開催され、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。

文献

- 1) 田中 元：改正介護保険法ポイント解説，ケアマネジャー，**13**：32-37，2011.
- 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，**676**：8-16，2004.

* * *

特集 認知症医療の実際

ケアプランとアセスメント*

● 遠藤英俊** / 佐竹昭介** / 三浦久幸**

Key Words : nursing-care insurance, care plan, assessment

はじめに

2000年に介護保険制度の柱としてケアマネジメントが導入された。ケアマネジメントとはなんらかの障害を持つ人に適正にサービスを提供する方法であり、アセスメントとケアプランからなる。認知症の個々の疾患に合わせたアセスメントとケアプランが必要となる。その際には認知症の知識と対応が重要である。さらに、ステージや症状に合わせたケアも必要である。それぞれの病気によっても治療も異なるが、症状の個別性が高く、ケアも異なる。認知症のケアアセスメントとケアプランについて総括する。

ケアアセスメント

ケアアセスメントとは、ケアを目的に、障害のある人をさまざまな観点から評価する方法である。認知症介護の現場では診断のアセスメントを別にすれば、ケアアセスメントのことをいい、ADL、周辺症状や行動・心理症状 (behavioral and psychological symptom of dementia ; BPSD) の評価、介護者の評価が必要であり、介護計画に利用されるものが求められている。認知症のアセスメントの一覧を表1に示す。アセスメン

トは大きく分けると診断、重症度別、行動・心理症状、ケア、介護者に分けられる。チェックリスト式、記述式、インタビュー式などに分けられるが、使用目的により大きく異なる。一般にアセスメントという場合には簡単なチェックリストによるものが望ましく、多職種が理解でき、会議などで共通に利用できるものが望ましい。このアセスメントにより短時間に全体像が理解でき、介護計画などのそれぞれの目的に利用できるものが望ましい。

認知症ケアのアセスメント

認知症性高齢者を理解するためには認知症性高齢者のためのアセスメントが必要である^{1)~3)}。認知機能、認知症の程度、BPSD・精神症状、身体機能、介護者評価、リハビリテーションの効果判定を定期的に行うことが重要である。目的は介護の標準化、ケアプランへの情報・参考、介護の内容、認知症性高齢者への理解、音楽療法などの効果をみるために用いることができる。ただ、目的によりアセスメントはさらに詳細になり、専門化する傾向にある。現在日本ではMDSをはじめ多くのケアプランが利用されているが、認知症に特化したアセスメントとしては(センター方式)がある。アセスメントは一般にだれでもできるように、簡単な方がよいし、短時間でできる方がよい。しかし、度を過ぎて項目が少な

* Care plan and assessment for dementia.

** Hidetoshi ENDO, M.D., Shosuke SATAKE, M.D. & Hisayuki MIURA, M.D.: 国立長寿医療研究センター内科総合診療部(☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35); Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi 474-8511, Japan.

表1 認知症のタイプと基本のケア

疾患	特徴	検査	ケアプラン
アルツハイマー病	物忘れ, エピソード記憶の障害, 取り繕い反応	CT, MRI, SPECT	薬物療法 パーソンセンタードケアの提供
血管性認知症	まだら認知症, 感情失禁	CT, MRI	薬物による二次予防
レビー小体病	物忘れ, 幻視, パーキンソン症状	CT, MRI, SPECT, 心筋シンチ	薬物療法 転倒アセスメントと予防
前頭側頭型認知症	人格変化, 常同行動, 判断力の低下	CT, MRI, SPECT	条件化療法

ぎると内容が十分に反映されなくなる。そこで適切な長さで、適切な内容を持つスケールが望ましい。つまり、スケールによって限界があり、1つで足りるものでもない。目的に合わせた選択が必要である。また、スケールの組み合わせが重要であろう。スケールは信頼性と、妥当性の証明されたものを用いる方が望ましい。また、新しいものを用いる場合にはこれまでのアセスメントと相関をみておく必要がある。

介護保険導入前の措置制度に基づくケアにおいてはしばしば、入所時の判断が市町村職員の観察評価によってなされ、認知症の有無が安易に判断されていた傾向があった。介護保険制度では要介護認定によって比較的確率的になされ、主治医意見書により認知症の診断もなされることになる。さらに、個人のプライバシーが守られる配慮がなされ、関係職種に伝達、公表する際には本人の同意を得ることが必要である。

対象者の個別性に着目したケアの実践とは

個別ケアを適正に提供するために、アセスメントを適正に実施する必要がある。認知症特有の症状に対して、尊厳を持って個別的なケアや対応を行う必要がある。スケールは共通の言語として統一的なスケールと目的による各論的なスケールがある。そうした使用上の目的に沿って、スケールを適正に選択するとよい。実践現場で活かすためには各職種がそれぞれのスケールを用いて評価、それをカンファレンスで情報交換、意思統一を図ることでスケールを適正に利用することができる。センター方式とは認知症があっても、最期まで、その人の尊厳と利用

者本位の暮らしの継続を支援するための新しい認知症ケアを行うことであり、ケア関係者が共働して実践していくことを推進するための統一的なケアマネジメント方法である。

認知症のケアプラン

認知症のケアプランは精密なアセスメントにより行われる。必要なデイサービスやショートステイの提供など、在宅の介護サービスを中心に提供される。また、介護施設においても施設ケアプランは個々のケースに応じて立案される。さらに、認知症といってもさまざまな病気があり、そのタイプを知ることがケアのスタートとなる。病気のタイプの特徴を知ることが重要であり、疾患別ケアといわれる。今回は主な4つの認知症について、その特徴と症状について、ケアプランとの関係で説明する。

アルツハイマー病は物忘れを主症状とする緩徐進行性の変性疾患である。また、見当識障害や実行機能障害などの認知機能障害を伴う。これらを総称して中核症状と呼ぶ。併発してさまざまな精神症状あるいは行動障害がみられ、BPSDと呼ばれる。

血管性認知症は脳梗塞や脳出血を既往として、認知機能の低下を認める。階段状に進行することがある。環境やケアの変化を少なくさせるような病状の悪化をさせないようなケアが必要となる。また、病気の進行を防ぐ必要があり、血圧のコントロールのほか、薬剤による悪化予防の対応が必要である。

レビー小体病は物忘れと幻視が特徴であり、ほかに妄想やパーキンソン症状も伴うこともある。認知機能や症状に変動があるのが特徴であ

る。また、REM睡眠の異常をきたすこともある。意識消失発作や抗精神病薬に過敏を示すことがあり、転倒に注意する必要がある。不安や誤認に起因する妄想などの症状の悪化をきたさないようなケアが必要である。この病気は適切な診断と治療が必要である。

前頭側頭型認知症は判断力低下、反社会的行為がみられ、有効な薬物がなく、ワンパターンの行動をとりやすい、この常同行動をケアに利用したパターン化した対応の有効性が報告されている。こうしたエビデンスに基づきケアプランに活かすことができる。

上記の4つの認知症以外にも、多くの認知症状を示す疾患がある。なかには治療可能な認知症もある。正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫がそれである。早期の診断と対応が重要である。

認知症のケアの第一原則は「尊厳あるケア」につきる。しかしながら、認知症のケアにおいてコミュニケーションが困難な場合が多く、認知症のケアには特別な知識と技術が必要である。介護職は常に認知症のケアのあり方について考える必要がある。

また、認知症ケアの重要な理念は「パーソンセンタードケア」である。その人を中心にしたケアであり、認知症の人に合わせた個別ケアが求められる。疾患別ケアを行うことを前提として、症状に合わせたケアが求められる。その結果として認知症の人が安心して暮らせる環境を整備し、ケアを提供することである。そのためには環境の整備、薬の検討、良いケアサービスの提供が欠かせない。

最近ではさらに認知症のBPSDはケアによって治療ができる可能である場合が多いといわれている。また、良い環境や良いケアによってBPSDは予防できるともいわれている。それは観察と予測による認知症のケアである。BPSDへの対応が良いケアに求められる。そのためには認知症の人を理解し、センター方式を用いるなどしてアセスメントする必要がある。そのBPSDをきたしている原因を探り、対応することでその負担を軽減することができる。

考 察

認知症とケアプランにおいて、検索を行うとさまざまな報告がある。たとえば、Brodatyらによる報告⁴⁾とOpieらによる報告⁵⁾、Edbergらによる報告⁶⁾がアセスメントおよびケアプランが認知症性高齢者に与える影響について調査したものであった。Brodatyらは、86名のナーシングホームに居住中の認知症性高齢者を対象として、ケースマネジメントを行う群、他職種のチームによる老年精神学的カンファランスを行う群、通常のケアを行う群(コントロール)に分け、Even Briefer Assessment Scale, Hamilton Rating Scale, Cornell Scale, Geriatric Depression Scale, Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, Neuropsychiatric Inventory, Scale for the Assessment of Positive Symptomsを用いてBPSD、うつなどの精神症状の変化を評価した。この結果によるといずれの群においても初期評価時から12週後の介入後評価時にはうつなど精神症状は改善していたが、3群間の差はみられなかった。

またOpieらは、重度の行動障害を持つ99名のナーシングホーム居住者を対象として、心理・社会的対応、看護的アプローチ、向精神薬、疼痛管理を含む多職種のチームによる包括した介入を加え、行動障害の程度の変化を調査した。この介入により、落ち着きのなさ($F=25.4, p<0.0005$)、暴力行為($F=7.54, p<0.01$)、暴言($F=17.13, p<0.0005$)、不適切な行動($F=7.85, p<0.001$)、行動障害全体($F=33.14, p<0.0005$)が有意に改善したことが報告されている。

さらにEdbergらは、22名のナーシングホームに居住する認知症患者を対象として、介入群(experimental ward; EW)と非介入群(control ward; CW)に分け、Demanding Behaviour Assessment ScaleとMulti Dimensional Dementia Assessmentを用いてBPSDの変化について調査している。介入には患者の背景情報と看護診断を行うこと、定期的な総合的臨床評価(CGA)を全スタッフで行うこととした。背景情報は高齢者の生い立ちや若い頃・年をとってからの生活について、病気を罹患する前、経過中および現在