

表2 研究参加者属性

N = 59

| 項目 | カテゴリー | 平均 ± 標準偏差 | 人数 | % |
|------|-------------------|----------------|----|------|
| 性別 | 男性 | | 15 | 25.4 |
| | 女性 | | 44 | 74.5 |
| 年齢 | | 82 ± 8.1 歳 | | |
| | 60 ~ 69 歳 | | 4 | 6.8 |
| | 70 ~ 79 | | 12 | 20.3 |
| | 80 ~ 89 | | 32 | 54.2 |
| | 90 ~ 96 | | 11 | 18.6 |
| 診断名 | アルツハイマー型認知症 | | 24 | 40.7 |
| | 老人性認知症 | | 22 | 37.3 |
| | アルツハイマー・老人性混合型認知症 | | 4 | 6.8 |
| | 血管性認知症 | | 8 | 13.6 |
| | 老人性うつ症, 老人性認知症 | | 1 | 1.7 |
| 認知機能 | HDS-R | 11.95 ± 8.26 点 | | |
| | MMSE | 15.56 ± 7.64 | | |
| 所属 | 老人保健施設入所者 | | 45 | 76.3 |
| | デイケア通所者 | | 8 | 13.6 |
| | グループホーム入居者 | | 6 | 10.2 |

表3 NOSGER 記述統計

N = 59

| NOSGER | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|------------|-----|-----|-------|-------|
| 記憶 | 6 | 22 | 14.39 | 4.38 |
| 道具を用いる日常行動 | 5 | 25 | 17.83 | 5.72 |
| セルフケア | 5 | 24 | 13.86 | 5.40 |
| 感情 | 6 | 19 | 11.02 | 3.01 |
| 社会的活動 | 5 | 24 | 16.47 | 4.76 |
| 行動障害 | 5 | 15 | 7.73 | 2.39 |
| 総得点 | 38 | 114 | 80.15 | 21.69 |

5. 因子的妥当性の検討

NOSGER の翻訳版全 30 項目を用いて因子分析を行った。抽出には主因子法を用い、因子数は、固有値 1 以上で最大因子負荷量が絶対値で 0.30 以上の基準を設定した。プロマックス回転を行った結果の因子パターンと因子相関を表 6 に示した。結果は、NOSGER (英語原版) と同じ 6 因子構造となったが、NOSGER (英語原版) の「道具を用いる日常行動」と「セルフケア」の 2 つの因子は、1 つの因子にまとまり、IADL や ADL との関連が強い結果となった。NOSGER 翻訳版では第 1 因子が日常生活動作と手段的日常生活動作などの機能で「日常生活行動」に関する因子とした。第 2

因子は、周囲、家族友人などと交流に関する項目で「社会的交流」の因子とした。第 3 因子は、拒否、攻撃、不機嫌などを示す項目で「行動障害」に関する因子とした。第 4 因子は、不安な気持ちに関する項目で「不安感情」因子とした。第 5 因子は、見当識や記憶に関する項目で「認知機能」因子とした。第 6 因子は、環境や状況など適応に関する項目で「適応」因子とした。第 1 因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目は、因子負荷が相対的に低かったが、認知症に特化した行動であり、項目を採択した。

Ⅲ. 考 察

本結果から、NOSGER 尺度は患者の身近にいる看護・介護者が認知症の状態を包括的に把握できる評価尺度であることが示唆された。収束的妥当性では、下位尺度と総得点との相関において、総得点と「行動障害」との相関係数が 0.477 ($p < 0.001$) とやや低い傾向にあり、先行研究⁹⁾からも同様の結果が示されているが、認知症であっても必ずしも行動障害を伴うとは限らないことも要因として考えられる。他の項目との関連性は、

表4 NOSGER 下位項目間相関係数

N = 59

| | 記憶 | 道具を用いる日常行動 | セルフケア | 感情 | 社会的活動 | 行動障害 |
|------------|----------|------------|----------|----------|----------|----------|
| 記憶 | | | | | | |
| 道具を用いる日常行動 | 0.721*** | | | | | |
| セルフケア | 0.633*** | 0.829*** | | | | |
| 感情行動 | 0.401** | 0.455*** | 0.467*** | | | |
| 社会的活動 | 0.594*** | 0.674*** | 0.750*** | 0.454*** | | |
| 行動障害 | 0.394** | 0.250 | 0.303* | 0.398** | 0.274* | |
| 総得点 | 0.825*** | 0.871*** | 0.894*** | 0.621*** | 0.831*** | 0.477*** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表5 NOSGER 下位尺度と外的基準との相関

N = 59

| 項目 | 尺度 | 相関係数 | p 値 |
|------------|------------------------|--------|-----|
| 記憶 | HDS-R | -0.668 | *** |
| | MMSE | -0.610 | *** |
| 道具を用いる日常行動 | N-ADL | -0.575 | *** |
| セルフケア | N-ADL | 0.773 | *** |
| 行動障害 | Behave-AD | 0.705 | *** |
| 感情 | Behave-AD 「感情障害」 | 0.715 | *** |
| 社会的活動 | NM スケール 「関心・意欲・交流, 会話」 | -0.622 | *** |

*** $p < 0.001$

相関係数 0.621~0.894 ($p < 0.001$) と十分な値を示し、妥当性が示された。併存的妥当性について、Spiegelら⁹⁾の研究において、NOSGERの下位項目と類似概念をもつ評価スケールとを比較してNOSGERの「記憶」とMMSE得点との間に非常に高い相関が確認されており ($r = -0.82$, $p < 0.001$)、今回の結果でもほぼ類似した結果 ($r = -0.610$, $p < 0.001$) を得ている。HDS-Rとの相関も高く ($r = -0.668$, $p < 0.001$)、認知機能に深く関連していることを示している。他のいずれも同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に高い相関を認めたことから、NOSGERの併存的妥当性が確認された。構成概念妥当性については、新たに「適応」に関する項目が構成されたがNOSGER (英語原版) と同じく6因子構造となり、因子項目の内容が英語原版とほぼ一致した。しかし、尺度項目数にばらつきがみられ、第1因子のADL, IADLなどの「ADL」に関する尺度が16項目と最も多く、「認知機能」に関する尺

度項目や「適応」に関する項目が、2項目と少なく課題が残る。しかしこれらは、認知症が日常生活動作にいかにか障害を与えやすいかということを示すものと考えられる。これまで認知症は、中核症状としての記憶・見当識が問題とされてきた。しかし中核症状から引き起こされる日常の行動障害を把握することがより重要となっていることを示している。また第1因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目において、因子負荷が相対的に低かった原因として、夜間は落ち着かない場合、比較的睡眠薬などの処方なされていることが多いことや身なりが清潔できちんとしているように介護者が点検してしまうことなど介護者のほうで比較的対応可能なことなどが考えられる。NOSGER (英語原版) との一部尺度構成の違いはみられるものの、認知症における特徴的行動に即した因子構造と考える。実践への示唆として、認知症の経時的変化や治療による変化を評価しうる可能性が考えられる。

表6 NOSGERの因子分析

N = 59

| 項目番号 | 項目名 | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 因子4 | 因子5 | 因子6 | 共通性 |
|--------|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 11 | ひとつの趣味を続けている | 1.060 | -0.393 | -0.064 | 0.121 | 0.087 | -0.039 | 0.897 |
| 9 | 簡単な買い物(新聞や食料)に出かける | 1.023 | -0.239 | -0.211 | 0.06 | -0.092 | -0.041 | 0.796 |
| 1 | ひげ剃りまたは化粧, 整髪が一人でできる | 0.946 | -0.091 | -0.09 | 0.075 | 0.104 | 0.177 | 0.892 |
| 2 | 好みのラジオ・テレビ番組を理解する | 0.898 | 0.078 | 0.031 | -0.024 | -0.146 | 0.048 | 0.92 |
| 8 | 中断後も会話の内容を覚えている | 0.832 | 0.13 | 0.146 | -0.198 | -0.352 | -0.037 | 0.916 |
| 6 | 自室をきれいに保とうとする | 0.787 | 0.2 | -0.209 | 0.029 | 0.065 | 0.132 | 0.918 |
| 22 | 衣類などの品物の置き場所を覚えている | 0.699 | 0.388 | -0.041 | -0.141 | -0.193 | 0.081 | 0.927 |
| 7 | 排便はコントロールできる | 0.693 | 0.282 | 0.055 | -0.036 | -0.03 | 0.121 | 0.907 |
| 24 | 排尿はコントロールできる | 0.657 | -0.039 | 0.01 | -0.073 | 0.401 | 0.187 | 0.789 |
| 19 | いつもの環境では, 順応している | 0.568 | 0.138 | 0.155 | -0.15 | -0.085 | -0.256 | 0.78 |
| 16 | 親友の名前を覚えている | 0.547 | 0.235 | 0.238 | -0.146 | -0.135 | -0.011 | 0.832 |
| 17 | 身体的に可能な範囲で他人の手助けをする | 0.459 | 0.375 | -0.075 | 0.094 | 0.107 | 0.141 | 0.803 |
| 28 | 催しごと(来客やパーティー)を楽しむ | 0.423 | 0.122 | 0.183 | 0.014 | 0.246 | -0.176 | 0.798 |
| 25 | 機嫌がよさそうである | 0.407 | 0.061 | 0.062 | 0.237 | 0.352 | -0.319 | 0.855 |
| 14 | 身なりが清潔できちんとしている | 0.359 | 0.235 | 0.189 | 0.019 | 0.258 | 0.028 | 0.91 |
| 4 | 夜間は落ち着かない | 0.325 | -0.131 | 0.242 | 0.027 | 0.015 | 0.025 | 0.479 |
| 21 | 周囲の人と交流する | 0.003 | 0.999 | -0.134 | 0.036 | -0.031 | 0.156 | 0.866 |
| 5 | 周囲の出来事に関心を示す | -0.017 | 0.952 | -0.306 | 0.068 | -0.088 | 0.002 | 0.774 |
| 29 | 家族または友人と親しげに会話を楽しむ | 0.014 | 0.633 | 0.171 | 0.098 | 0.179 | -0.069 | 0.911 |
| 26 | 友人または家族との交流を続けている | 0.01 | 0.567 | 0.142 | 0.022 | 0.119 | -0.315 | 0.882 |
| 30 | 頑固で, 指示や規則に従わない | -0.099 | -0.242 | 1.149 | -0.093 | 0.032 | 0.35 | 0.853 |
| 23 | 言葉または動作が攻撃的である | -0.027 | -0.113 | 0.833 | 0.079 | -0.166 | -0.041 | 0.822 |
| 20 | 質問するとイライラして不機嫌そうになる | -0.012 | 0.131 | 0.563 | 0.234 | -0.024 | 0.225 | 0.721 |
| 3 | 悲哀感を訴える | 0.114 | 0.077 | -0.07 | 0.972 | -0.24 | 0.073 | 0.882 |
| 10 | むなしさを訴える | -0.075 | 0.068 | 0.041 | 0.849 | -0.12 | -0.081 | 0.855 |
| 13 | 悲しげにまたは涙ぐんで見える | -0.095 | 0.058 | 0.1 | 0.566 | -0.019 | 0.02 | 0.668 |
| 27 | ある人を別の人と勘違いする | 0.074 | 0.052 | 0.042 | 0.125 | -0.716 | 0.116 | 0.67 |
| 12 | 会話中に同じことを何回も繰り返す | 0.11 | -0.146 | 0.17 | 0.38 | -0.603 | -0.083 | 0.85 |
| 18 | 不適切な装いで外出する | 0.01 | 0.104 | 0.427 | 0.124 | 0.01 | 0.553 | 0.508 |
| 15 | 施設や自宅から逃げ出す | 0.154 | -0.026 | 0.161 | -0.053 | -0.094 | 0.486 | 0.627 |
| 固有値 | | 12.005 | 3.621 | 1.994 | 1.783 | 1.451 | 1.222 | |
| 回転後の合計 | | 11.081 | 9.161 | 4.826 | 2.855 | 3.457 | 1.394 | |
| 因子相関 | | 因子2 | 0.732 | | | | | |
| | | 因子3 | 0.377 | 0.463 | | | | |
| | | 因子4 | 0.08 | 0.073 | 0.307 | | | |
| | | 因子5 | 0.346 | 0.427 | 0.155 | 0.014 | | |
| | | 因子6 | -0.12 | -0.212 | -0.327 | -0.125 | 0.003 | |

主因子法 プロマックス回転
 数値は NOSGER における項目番号

また病院, 施設, 在宅などで広く活用し, 連携したケアプランの作成や認知症の早期発見, リハビリの評価としても適応を検討できるものと思われる。しかし, NOSGER 翻訳版の質問項目においては, 文化的背景の違いや病院, 施設, 在宅による環境の違いから不適切な意味合いや表現もみられ, 評価解釈が異なる場合も考えられる。

第1報⁷⁾では, 再度英語の原文から意図する内容を解釈し, 評価をできるかぎり一定に保てるようにコンテンツを作成した。今後日本語版の作成にあたり, 訳語の妥当性の検討や対象者の拡大の検討を行う予定である。

結 論

第1報⁷⁾に続き、NOSGER (翻訳版)の妥当性について検討した結果、尺度全体としての妥当性があり、認知症の特異的、包括的尺度としてさまざまな機会に使用できる汎用性の高い尺度であることが示された。本尺度は、今後日本語版の作成を行うことで、認知症高齢者の研究に使用できると思われる。

文 献

- 1) 新井平伊：観察式による痴呆の行動評価 (3). 老年精神医学雑誌, 7 (8) : 913-926 (1996).
- 2) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : "Minimal mental state" ; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 : 189-198 (1975).
- 3) Honigfeld G : NOSIE-30 ; History and current status of its use in pharmacopsychiatric research. *In* Modern Problems of Pharmacopsychiatry, Vol.7, Psychological Measurements in Psychopharmacology, ed. by Pichot P, 238, Karger, Basel (1974).
- 4) Norton JC, Romano PO, Sandifer MG : The Ward Function Inventory (WFI) ; A scale for use with geriatric and demented inpatients. *Dis Nerv Syst*, 38 : 20-23 (1977).
- 5) Schwartz GE : Development and validation of geriatric evaluation by relatives rating instrument (GERRI). *Psychol Rep*, 53 : 479-488 (1983).
- 6) Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al. : A new behavioral assessment scale for geriatric out-and in-patient ; The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39 : 339-347 (1991).
- 7) 梅本充子, 遠藤英俊, 三浦久幸 : 認知症高齢者における行動観察スケール NOSGER の検討 (第1報) ; 信頼性の検討. 老年精神医学雑誌, 20 (10) : 1139-1148 (2009).

Evaluation of behavior observation scale NOSGER for elderly people with cognitive dysfunction (2nd report)

— A consideration of validity —

Mitsuko Umemoto*¹, Hidetoshi Endo*², Hisayuki Miura*²

* 1 *Seirei Christopher University*

* 2 *National Center for Geriatrics and Gerontology*

To examine the validity of the Japanese translated Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER), an analysis was made of a total of 59 elderly participants in all, who went to an elderly healthcare facility, a group home, or a senior day-care center. For concurrent validity, the score-correlations with HDS-R and MMSE indicated their coefficients of -0.668 and -0.610 for "memory". With a correlation coefficient of -0.575 , "instrumental activities of daily living" was correlated with N-ADL. "Self-care" and N-ADL had 0.773 . There was a coefficient of 0.705 between "behavioral disorder" and Behave-AD. "Mood" and "mood disturbance" in Behave-AD, and "social behavior" and NM-scale (interest, voluntary transaction, and verbal exchange) showed coefficients of 0.715 and -0.622 , respectively. Thus, for almost any similar dimension, significantly high correlations were observed between the NOSGER and a variety of established instruments. As the result of the factorial analysis, although the English version of the NOSGER and the Japanese differed in the number of scaling items, six factors were analytically extracted. Translated dimensions were virtually identical to the original English NOSGER subscales. This study's findings demonstrate the validity of the NOSGER Japanese translation as a useful assessment scale for elderly citizens with dementia.

Key words : behavior observation scale, NOSGER, validity, reliability, elderly with dementia

● 予防・管理

地域の取組み，介護保険サービスの利用法

* 独立行政法人国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 ** 同 部長

遠 藤 英 俊** 佐 竹 昭 介* 三 浦 久 幸*

要 旨

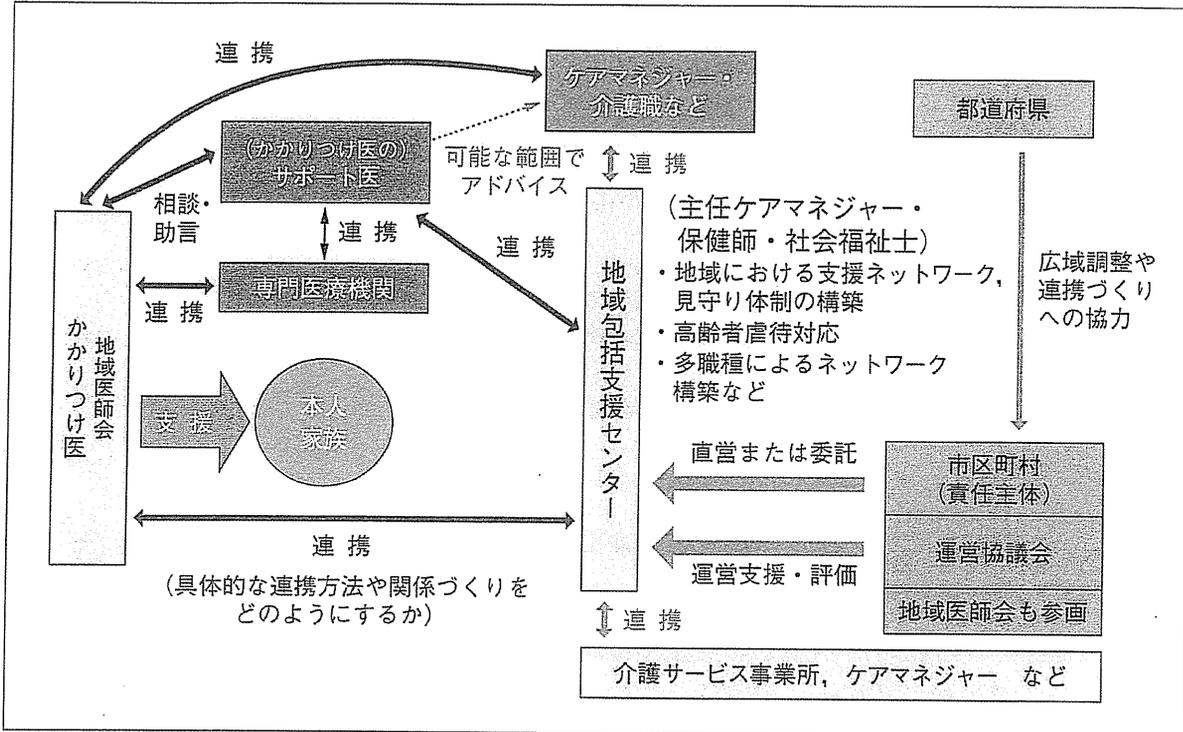
認知症への地域の取組みとして，サポーター養成やサポート医養成などが実施されているが，地域での病気としての認知度が高くなってきている。実際，認知症の人に対する見守り支援などが始まっている。一方，介護保険サービスの利用によって，認知症の介護負担の軽減が図られようとしている。デイサービスやショートステイなど，適切な時期に適切なサービスを利用することが重要である。

はじめに

介護保険法は2000年4月に施行され，2006年4月に1度改正された。2011年には2度目の改正が行われる。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た。初めての改正においては，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持つ拠点が全国的に整備された。2012年には3度目の介護保険法の改正が行われた。その中で“地域包括ケア”がその目標とする改訂の理念となっている。本

キーワード：地域の取組み，介護保険，介護予防，高齢者虐待防止

図1 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



稿では介護サービスの利用を踏まえて、地域の取組みについて概説する。

認知症に対する地域の取組み

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 200 万人を超えている。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修が導入され、2011 年の段階ですでに 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1)。さらに国では、「認知症疾患医療センター」を整備して、認知症の人が安心して医療を受けられるように、また地域と連携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、「認知症地域資源マップ」の作成や「徘徊・見守り SOS ネットワーク」の構築、最近では市民後見人制度の導入も実施されようとしている (表1)。徘徊ネットワー

表1 認知症の地域支援

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・認知症理解の啓蒙・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・見守り 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) |
|---|

クでは、最近では広域対応が必要な場合もあり、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。

介護保険サービスの利用

介護保険制度は超高齢社会を前に、介護問題を国として解決する手段として創設された。それまでは福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、福祉は措置制度から契約制度へと大きく転換された。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1つとなった。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、幾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。

介護サービスの種類を図2に示した。2006年4月よりは、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加え、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言うまでもない。今後の方向として、介護サービスは質的な向上を目指す必要がある。また、一方介護保険では、さらにサービス内容を担保し本人の自己決定

図2 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 | |
|--|---|-------------|
| <p>地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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所者生活介護 | <p>居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護(ホームヘルプサービス) ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・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 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護(デイサービス) ・通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>居宅介護支援</p> <p>施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| <p>地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>介護予防支援</p> | <p>介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・介護予防訪問リハビリテーション ・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 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所介護(デイサービス) ・介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 |

を支えるために、ケアマネジメント制度を導入している。さまざまな障害を持つ人に対して、ケア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、ケアマネジメントと言う。日本の介護保険制度において、

ケアマネジャーを置く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。

今後の介護保険制度について

「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 年 4 月より改正介護保険法が施行された。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持ち、介護施設入所者の 80 % が認知症を持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目指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。こうしたサービスは、“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、重点が置かれるようになっている。

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サービスは、在宅介護を 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で、新しい形のサービスと言える。認知症を持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。また、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踏まえて、介護施設においても、ユニットケア化が徐々に図られようとしている。より

良い環境の確保とケアの質的向上が重点化され、介護職への研修が必須化されている。介護福祉施設において、個室は70%を確保され、介護老人保健施設においては個室50%を確保することが重要目標とされている。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。

2011年には介護保険法が再度改正された。その中では“地域包括ケア”が目標理念となっている。介護保険サービスは、現在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。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。地域包括ケアの推進の中身としては、医療との連携強化として、24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化を目指すこと、特別養護老人ホーム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、見守り、配食、買い物などの24時間対応の在宅サービスを強化すること、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、さらに一人暮らし、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。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。また、認知症の徘徊見守りサービスは、インフォア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。

早急に対応すべきは、要介護認定の見直しである。特に、在宅タイムスタディに基づくデータの見直しは、今後必要となる。さらに、障害者の認定は大きな課題として存在する。また、がん末期の認定も、さまざまな課題が存在する。課題を整理することが真の意味での改良につながることは言うまでもない。介護保険法は改正をしながら、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法に改正していく必要がある。その課題は、時代とともに変わる必要がある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。

おわりに

介護保険制度はもともと新たな挑戦であり、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、より良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、「認知症コールセンター」を置くなど、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) 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. ごま書房, 東京, 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 676: 8-16, 2004.
- 3) Van de Winckel A, et al: Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. Clin Rehabil 253-260, 2004.
- 4) Grebot C, et al: Effects of exercise on perceptual estimation and short-term Recall of shooting performance in a biathlon, Percept Mot Skills, 1107-1112, 2003.
- 5) 中村重信 編: 痴呆疾患の治療ガイドライン. ワールドプランニング, 東京, 2003.
- 6) 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, 認知症介護研究・研修東京センター, 東京, 2005.
- 7) 遠藤英俊: 痴呆性高齢者のクリティカルパス. 日総研, 名古屋, 2004.

Community Approach and Long Term Care Insurance
for People with Dementia

Hidetoshi Endo, Shosuke Satake, Hisayuki Miura

Department of General Medicine,
National Center for Geriatrics and Gerontology

認知症の終末期医療のあり方

- ◎終末期医療
- ◎事前指定
- ◎胃瘻

Author ^{えんどうひでとし}遠藤英俊*, ^{みうらひさゆき}三浦久幸*, ^{さたけしよすけ}佐竹昭介*

*国立長寿医療研究センター

Headline

1. 認知症の終末期であっても、適切な医療の提供が必要である。
2. 認知症のBPSDや身体合併症への治療・ケアが必要である。
3. 認知症の終末期には栄養が重要な課題となる。
4. 認知症の終末期においては延命措置や経管栄養に関する判断が重要である。

はじめに

認知症の終末期医療は現在大きな課題が存在する。誰が、どこで、どんな医療を提供するのがあいまいである。認知症の人が死を迎えるのにふさわしい場所はどこか、病院にしろ、施設にしろ、いきあたりばったりである。主治医も家族もその答えをもたない。介護老人福祉施設やグループホームなどでの終末期ケアも少しずつ提供されてはいるが、適正な医療のガイドラインは存在しない。そこで、現状を踏まえて終末期医療のあり方について一考してみたい。

認知症の終末期医療

認知症の患者であれ、終末期が特別ということはないが、特別な対応が必要になる。つまり、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) などがある場合には対応が必要である。しかしながら、終末期には本人は意思表示ができず、コミュニケーションが困難な場合がほとんどである。より一層本人の権利を擁護する医療が必要である。すなわち、これまでは医療が優先され、倫理的な問題や本人の意思というものが後回しにさ

れてきた。本人の意思に基づく医療が提供されるべきである。そのために認知症の初期、中期において意思を確認することが求められる。認知症があるからといって、過小や過大な医療は適切ではない。病状や本人をとりまく課題について総合的に判断する必要がある。医療の提供において、年齢や認知症による差別があってはならない。

認知症の末期は、表1に示したように6～10年かけて病状は進行するが、転倒骨折して寝たきりなる場合や、脳梗塞や肺炎、心不全などの内科疾患を合併する場合がある。最終的には嚥下障害が問題となり、肺炎を繰り返すことも多い。そのため、認知症患者の終末期医療においては経管栄養の問題は避けて通れない。

事前指定の導入

たとえ認知症があっても患者の意志を尊重することは言うまでもない。患者の意思、希望を尊重すべきことは当然であるが、高齢患者では正常な判断ができない場合が多く、しばしば問題となる。この場合、認知症の初期または軽度のうちにきちんと説明し、基本的に患者の事前指示書、代理人への指示または

表1 Alzheimer病の進行ステージ (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease;FAST)

| ステージ | 臨床診断 | 特徴 | 機能値 | MMSE |
|------|--------|---|---------|---------------------------|
| 1 | 正常成人 | 主観的にも客観的にも機能障害なし | 成人 | 24点以上 |
| 2 | 正常老化 | 物の置き忘れ、もの忘れの訴えあり、喚語困難あり、他覚所見なし | | |
| 3 | 境界領域 | 職業上の複雑な仕事ができない、熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所への旅行は困難 | 若年成人 | ←23点 (カットオフ値) 16~23点前後 |
| 4 | 軽度AD | パーティーのプランニング、買い物、金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない | 8歳~思春期 | |
| 5 | 中度AD | 介助なしではTOPに合った適切な洋服を選べない 入浴させるために説得することが必要なこともある | 5~7歳 | 11~15点前後 |
| 6a | やや重度AD | 独力では服を正しい順に着られない | 5歳 | |
| b | 同上 | 入浴に介助を要す、入浴を嫌がる | 4歳 | 1~10点前後 |
| c | 同上 | トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる | 48か月 | |
| d | 同上 | 尿失禁 | 36~54か月 | |
| e | 同上 | 便失禁 | 24~36か月 | |
| 7a | 重度AD | 最大限約6個に限定された言語機能の低下 | 15か月 | |
| b | 同上 | 理解しうる語彙は「はい」などただ一つの単語となる | 12か月 | |
| c | 同上 | 歩行能力の喪失 | 12か月 | |
| d | 同上 | 坐位保持機能の喪失 | 24~40週 | |
| e | 同上 | 笑顔の喪失 | 8~16週 | |
| f | 同上 | 頭部固定不能、最終的には意識消失 (混迷・昏睡) | 4~12週 | |

(Reisberg 1986より改変作成)

推定される患者の意思を尊重すべきである。さらに、患者の意思が不明な場合は家族と相談し、何が患者にとって最善かを判断する必要がある。そしてこのような判断にあたっては、主治医は慎重に対処すべきで、関係する医療チームや施設での倫理委員会的組織の意見を求めるといった配慮も求められよう。

終末期を支えるには

認知症の多くは進行性の疾患である。重度化した終末期においては、急死を除けば必ずターミナル・ケアが必要となる。そのため、認知症の患者が、どこで、どのように終末期を迎えるかについて、早期から患者本人と関係者で話し合う必要がある。その際には、可能な限り本人の意向に沿うようにする。認知

症であっても患者本人の自己決定が大事なことは言うまでもない。

終末期で一番問題となるのは、“人工呼吸器を装着するかどうか”であろう。いったん装着すればしばらく生命を維持することができるが、植物状態をつくることもある。認知症患者本人の意思確認をしないまま強制的な蘇生を行うことで、不幸な結果を生む場合もある。医師と家族、ケアスタッフ、そして可能であれば患者本人が十分に話し合い、確認作業の過程を記録に残しておきたい。

食事のケア

終末期には嚥下が困難になったり、経口摂取量が減り、低栄養が問題となる。低栄養が進み、血中アルブミン値が2.0あたりを割る

と心不全を併発する。そうすると、呼吸が荒くなり、喘鳴がみられるが、これは低栄養が改善しない限り回復は困難である。このため、血中蛋白濃度を維持することが重要になる。終末期の食欲不振は、複数の原因が重なっていることが多く、すべての原因を取り除くのは容易ではない。食事摂取が困難な場合、終末期にソフト食やスープ（最近、これを“命のスープ”という）なども勧めたい。なお、口から食べることが基本であるが、どうしても難しい場合は、点滴や経管栄養（胃瘻）を行う。点滴の際は、本人が針を抜去しないように工夫する。

経管栄養について

経管栄養といえば、かつては経鼻栄養が一般的であった。認知症の人の場合では、管を抜去することもあり危険を伴った。現在では経鼻栄養よりも、胃瘻といって腹部に人工的な穴を作り、そこから栄養や水分を注入する方法が多くとられるようになってきている。お腹に穴を開けるが、入浴することも可能である。胃瘻にすれば寿命が2～3年延びることもあるが、いったん胃瘻を造設すればそれをやめることは難しい。また、口から食べられない状態で生き永らえることは、自然な状態とは言えない。経管栄養に踏み切る前には、自然死を選ぶのか延命するのかを本人や家族の希望を十分に聞き、医療従事者と十分に相談する必要がある。嚥下障害を伴う高齢者では胃瘻による長期栄養投与を行っても、

病状、QOLの改善をみることは若年者ほど多くなく、むしろ病状が改善しないまま長期にわたる介護が必要とされることが多く、適応やその決定について十分な配慮が必要である。

嚥下障害の原因疾患あるいは病状は多様で、個々の患者において予後を判断し、その適応を決める必要がある。特に高齢者では胃瘻施行後、経口投与可能になる患者は脳血管障害後の患者でもせいぜい20%前後とされており、高度の認知症患者でコミュニケーションがとれず介護が必要とするようなときには胃瘻の利点は欠しい。新規の胃瘻施行の適応について慎重に判断すべきである。また、この点については関連学会などがさらにきめ細かいガイドラインを作ることも必要であろう。また、一般の医療と同様に患者や家族に対するインフォームド・コンセントは重要で、特に主治医は胃瘻造設後の患者の病状についての見込みや長期化したときの看護・介護体制、さらに家族の負担などについても十分な説明をしておく必要がある。

おわりに

認知症の終末期にまつわる課題について総括した。たとえ認知症であってもその意思は尊重されるべきであり、いたずらに延命措置はすべきではない。必要なケアや予後を考えたいうえで、医療とケアの提供は行われるべきである。

- 参考文献 1) 遠藤英俊：認知症・アルツハイマー病がよくわかる本。主婦の友社、2008
2) 日本神経学会(監)：認知症者の終末期のケアはどうあるべきか、認知症疾患治療ガイドライン。医学書院、216-218、2010

著者連絡先 (〒474-8511) 愛知県大府市森岡源吾35 国立長寿医療研究センター 遠藤英俊

6 認知症の包括的ケア

遠藤英俊 三浦久幸
佐竹昭介 洪 英在

国立長寿医療研究センター

Key words 認知症ケア 地域包括ケア 認知症ケアマッピング 認知症スピリチュアルケア

はじめに

認知症に関する国の政策は、介護保険の導入とともに進展してきた。背景には高齢化に伴い、認知症ケアが家庭のみならず社会的に問題となり、公的な仕組みづくりが必要になったことがある。介護保険サービスの導入により認知症ケアは大きく変化した。一方、認知症の医療は早期発見、早期治療が重要であることはいままでのない。そのためには市民が認知症の知識をもつことが原点であり、市民への啓発、医師の初期対応が重要となる。それを受け、医療面ではかかりつけ医や専門

医の役割の重要性はいままでのない。

本稿では認知症ケアに関する地域連携、新しい認知症の包括的ケア、ならびに厚生労働省の認知症政策と展望について概説する。

認知症の長期ケアに関するこれまでの取り組み

認知症対策の必要性は、「恍惚の人」に代表されるように1980年代より始まった。その後、寝たきり老人ゼロ作戦やゴールドプランの設置(1989年)により介護サービスの量の充実が図られた。そして、2000年には介護保険制度が開始された。その後、高齢者介護研究会の報告(「2015年の高齢者介護」, 2003年)をベースに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。その報告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、認知症の介護予防の重要性が認識され、強調された。その結果「認知症ケアの普遍化」を目指すことが指摘された。その第一段階として、2004年12月に痴呆の名称が「認知症」へと変更された。これは言葉のイメージを変えることで、認知症への理解と対応を進めようと思図された。

そして、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、認知症の地域包括ケアの進展であり、具体的には認知症ケアの重要な地域拠点としての地域包括支援センターと小規模多

● 連載目次

- ① 高齢者の特徴とリハビリテーションの重要性
- ② 老化の分子生物学
- ③ 経済学からみた高齢者
- ④ 高齢者の臨床検査—正常値と異常値
- ⑤ 虚弱高齢者のケア
- ⑥ 認知症の包括的ケア
- ⑦ 成年後見制度
- ⑧ 高齢者の栄養
- ⑨ 高齢者の薬物代謝と薬物管理
- ⑩ 高齢者の口腔ケアと誤嚥の包括的管理
- ⑪ 高齢者の感染症対策
- ⑫ 高齢者の尿失禁対策
- ⑬ 高齢者の視覚障害と対応策
- ⑭ 高齢者の聴覚障害と対応策
- ⑮ 高齢者の転倒対策
- ⑯ 高齢者虐待
- ⑰ 高齢者支援機器(福祉用具)
- ⑱ 終末期医療

機能居宅介護の進展である。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、家族支援等が検討されており、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。こうしたサービスは「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置かれるようになっている。

地域連携の視点からは、サポート医は地域包括支援センターを中心とした連携が重要であり、地域づくりが重要である一方、地域格差が大きくなっていることも現状である。

● 地域包括ケア

(1) 地域包括支援センターの役割

地域包括ケアの中心は全国的に4,000カ所を超える地域包括支援センターである。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踏まえ、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が必置とされている。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に相談支援や介護予防の対象となる。地域においては図に示したように、サポート医にはこの地域包括支援センターでの相談支援の業務も期待される場所である。

また、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割程度は認知症があり、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。2006年には高齢者虐待防止・養護者支援法も成立し、同法では特に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も多く、適切な対応が求められ、生命にかかわる高齢者虐待は地域包括支援センターへの通報義務がある。通報受理後は引き続き地域包括ケアは認知症を含む高齢者、障害者への支援を行っていく。そのためには医療と福祉の連携が重要である。

(2) 地域ネットワークの構築

また2000年以来、国はさまざまなレベルにおいて認知症にかかわる人材育成や研修を行っている。市民レベルでは認知症のサポート養成を行っ

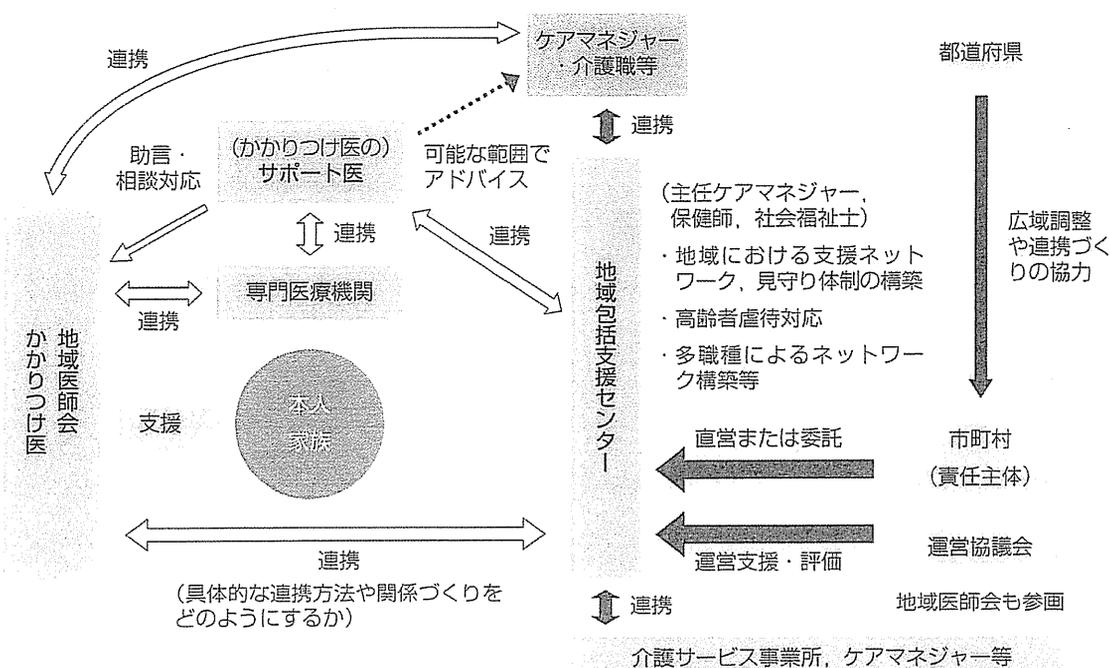


図 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携

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步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、離婚して親元に帰ることになって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のが大切である。

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.