

### 文 献

- 1) Birks J : Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* (1) : CD005593, 2006
- 2) Zhu CW, Sano M : Economic considerations in the management of Alzheimer's disease. *Clin Interv Aging* 1 : 143-154, 2006
- 3) Jönsson L : Pharmacoeconomics of cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 21 : 1025-1037, 2003
- 4) Gauthier S, Lopez OL, Waldemar G, et al : Effects of donepezil on activities of daily living : Integrated analysis of patient data from studies in mild, moderate and severe Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 22 : 973-983, 2010
- 5) Grossberg GT : Impact of rivastigmine on caregiver burden associated with Alzheimer's disease in both informal care and nursing home settings. *Drugs Aging* 25 : 573-584, 2008
- 6) Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, et al : Impact of donepezil hydrochloride on the care burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 9 : 196-203, 2009
- 7) Sano M, Wilcock GK, van Baelen B, et al : The effects of galantamine treatment on caregiver time in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 18 : 942-950, 2003
- 8) Cummings JL, Schneider L, Tariot PN, et al : Reduction of behavioral disturbances and caregiver distress by galantamine in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 161 : 532-538, 2004
- 9) 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
- 10) Bullock R : Efficacy and safety of memantine in moderate-to-severe Alzheimer disease : The evidence to date. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 20 : 23-29, 2006

## ● 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

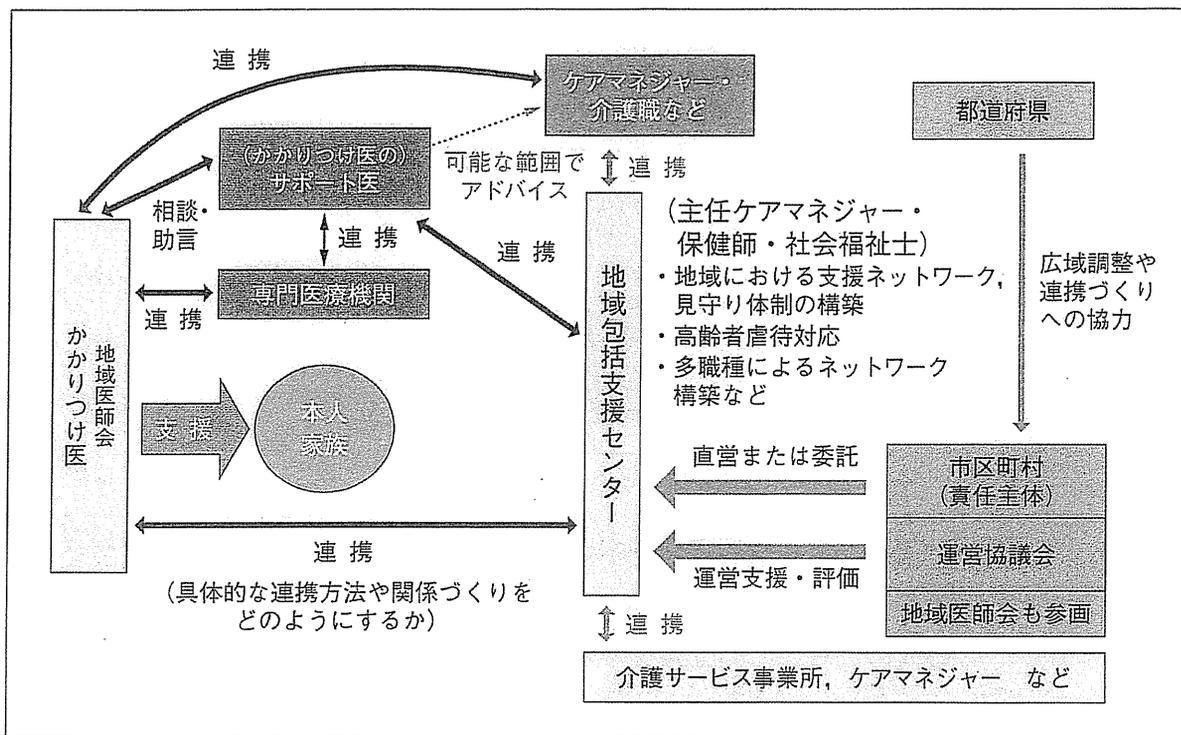
認知症への地域の取組みとして，サポーター養成やサポート医養成などが実施されているが，地域での病気としての認知度が高くなってきている。実際，認知症の人に対する見守り支援などが始まっている。一方，介護保険サービスの利用によって，認知症の介護負担の軽減が図られようとしている。デイサービスやショートステイなど，適切な時期に適切なサービスを利用することが重要である。

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

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><b>地域密着型サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間対応型訪問介護</li> <li>・認知症対応型通所介護</li> <li>・小規模多機能型居宅介護</li> <li>・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>・地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> </ul>	<p><b>居宅サービス</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>・訪問入浴介護</li> <li>・訪問看護</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・居宅療養管理指導</li> <li>・特定施設入居者生活介護</li> <li>・特定福祉用具販売</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護(デイサービス)</li> <li>・通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>・短期入所療養介護</li> <li>・福祉用具貸与</li> </ul> <p><b>居宅介護支援</b></p> <p><b>施設サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護療養型医療施設</li> </ul>	<p>介護給付を行うサービス</p>
<p><b>地域密着型介護予防サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>・介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>・介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> </ul> <p><b>介護予防支援</b></p>	<p><b>介護予防サービス</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>・介護予防訪問入浴介護</li> <li>・介護予防訪問看護</li> <li>・介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>・介護予防居宅療養管理指導</li> <li>・介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>・特定介護予防福祉用具販売</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防通所介護(デイサービス)</li> <li>・介護予防通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>・介護予防短期入所療養介護</li> <li>・介護予防福祉用具貸与</li> </ul>	<p>予防給付を行うサービス</p>

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。

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

# 在宅医療支援病棟の試み

Trial of home medical care support ward



三浦 久幸

Hisayuki MIURA

国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部

◎地域在宅医療の活性化のモデル事業として、在宅医と病院とのシームレスな連携をめざす病棟“在宅医療支援病棟”が2009年4月に国立長寿医療研究センターに開設された。在宅医、在宅患者とも登録制で、在宅医の判断で入院が決定されるシステムを導入するなど、急変時などのシームレスな連携を実践している。当病棟は開棟後2年経たばかりではあるが、病棟利用患者の在宅復帰率や在宅死亡率は高く、できるだけ自宅で長くすごしたい患者へのニーズにかなり応えていると考えられた。今後、このような病診連携システムが、地域の在宅医療活性化の中心的な役割を果たしていく可能性があると考えられる。

**Key word** : 在宅医療, 地域連携, 在宅医療支援病棟

今後の高齢者の増加とともに、身体機能が低下した後の療養の場、看取りの場のあり方が問われているが、病院での死亡数が変わらないと仮定した推計では、2030年にはおよそ47万人の高齢者の看取りの場が不足すると予想されている。このような状況のなか、住み慣れた自宅でできるだけ長くすごしたいと願う高齢者が“普通に”自宅ですごせる社会の形成が望まれている。このような病院医療に依存せず、在宅医療の方向を模索する動きは、日本のみでなく海外でもはじまっている<sup>1)</sup>。

このように在宅医療の必要性についての認識が高まっている一方で、在宅医療を受ける人がさほど増えていない現状があるが、「自宅で最後まで療養することは実現困難である」と考える理由<sup>2)</sup>についての全国アンケート調査<sup>2)</sup>では、①介護する家族に負担がかかる、②病状が急変したときに不安である、③経済的に負担が大きい、④病状急変時にすぐ入院できるか不安である、⑤往診してくれる医者がいない、などがおもな理由としてあげられている。つまり病状急変時の対応が保証されていることが基本的条件のひとつとなっている。このように日常生活動作(activities of daily liv-

ing: ADL)が低下し、訪問診療を受けている高齢者の急変時にシームレスに対応する病院・病床の構築が喫緊の課題である。

在宅医とのシームレスな連携をめざすモデル病棟が2009年4月に国立長寿医療研究センターに開設され、具体的な地域の在宅医療活性化に向けての活動を開始したが、本稿では、開設後2年が経過した時点での成果や今後の課題をまとめる。

## 在宅医療支援病棟の位置づけ

厚生労働省の医療制度改革では、高齢者に対するサービス提供の見直しとして、「地域ケア体制の整備」「医療や介護を必要とする状態となっても住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者の意向が最大限尊重できる体制の構築・整備」が掲げられているが、在宅医療支援病棟は、このうち地域の在宅医療活性化の(モデル的)病棟として位置づけられる。

## 在宅医療支援病棟の構成と機能

在宅医療支援病棟は、2009年4月に当センター内に新しい機能病棟として開設された。個室8室(有料)、2人床6室の計20床からなる。看護体制

表 1 支援内容

1. 登録制を用いた新しい在宅医療支援モデル ・ 診療所医師→登録医 ・ 在宅患者→登録患者 2. 登録医の判断による登録患者の入院 3. すべての在宅医療・ケアへの対応 ・ 救急から看取りまで 4. 院内連携 5. 多職種協働による在宅への退院支援 ・ 退院前カンファレンス
↓
在宅ケアチームと病院チームによる切れ目のない医療・ケアの実践

表 2 2010年度までの登録、入院状況

項目	数
登録患者	171人
登録医	70人(66診療所)
入院件数 (2009, 2010年度)	514件(280人, 22~104歳) 男:女=307:207
2011年1~3月の 病床利用率	65.8~88.1%
平均入院日数	18.8日

表 3 入院患者の基礎疾患(2009, 2010年度)

基礎疾患	割合(%)
悪性腫瘍	29.4
神経・筋疾患	25.3
脳血管障害	14.0
認知症	10.3
呼吸器疾患	9.9
その他	40.5

は16名、7:1看護である。試みとして新しい病診連携のシステムをつくっており(表1)、病棟を利用する在宅医を“登録医”，その在宅医により訪問診療を受けている在宅患者を“登録患者”としている。登録医の判断により入院が決定され、登録患者の入院必要時、登録医が専用回線(ホットライン)で入院を依頼する。診療体制は登録医と入院中の病院主治医の二人主治医体制であるが、総合病院の病棟という利点から臓器別の専門的治療は必要に応じて受けられる。また、救急から看取りレスパイトなど、入院対応が必要とされるすべての事態に対応するため、対象疾患・入院目的に制限は設けていない。入院後は退院前カンファレンスや必要に応じた退院前の自宅訪問など、多職種協働による在宅への復帰支援を行っている。この病棟ではさらに、他病棟に入院した患者のうち訪問診療に移行する予定の患者に当病棟へ転棟していただいた後、患者・家族へのパンフレットなどを用いた実践的な医療的ケア指導(在宅復帰支援)も並行して行っている。

### 在宅医療支援病棟の2009年度および2010年度の入院状況

2009年度および2010年度の入院患者は延べ514件(280名、22~104歳；平均77.9歳±11.6歳、男：女=307：207)であり、平均入院日数は18.8日であった。2011年1~3月期の病床利用率は65.8~88.1%であった(表2)。入院患者の基礎疾患としては悪性腫瘍(29.4%)がもっとも多く、神経・筋疾患(25.3%)、脳血管疾患(14.0%)、認知症(10.3%)、呼吸器疾患(9.9%)が続いた(表3)。入院形態としては緊急入院が多く、時間外・休日入院(23.0%)、時間内緊急入院(26.3%)を合わせると46.3%にのぼった。その他は予約入院(38.3%)、他病棟からの転入(在宅復帰支援)(12.5%)となっている。入院目的は、図1のように急性疾患・慢性疾患の急性増悪が多いが、胃瘻交換、レスパイト、看取り目的など多岐にわたっている。

初年度の初回入院164名のうち76名が死亡し、死亡場所は病院51名、退院後の自宅死亡25名と、病棟利用患者の在宅死亡率は32.9%であった。なお、2010年度予後調査においても在宅死亡率は約33%であった。当病棟は緩和ケア・看取り機能も

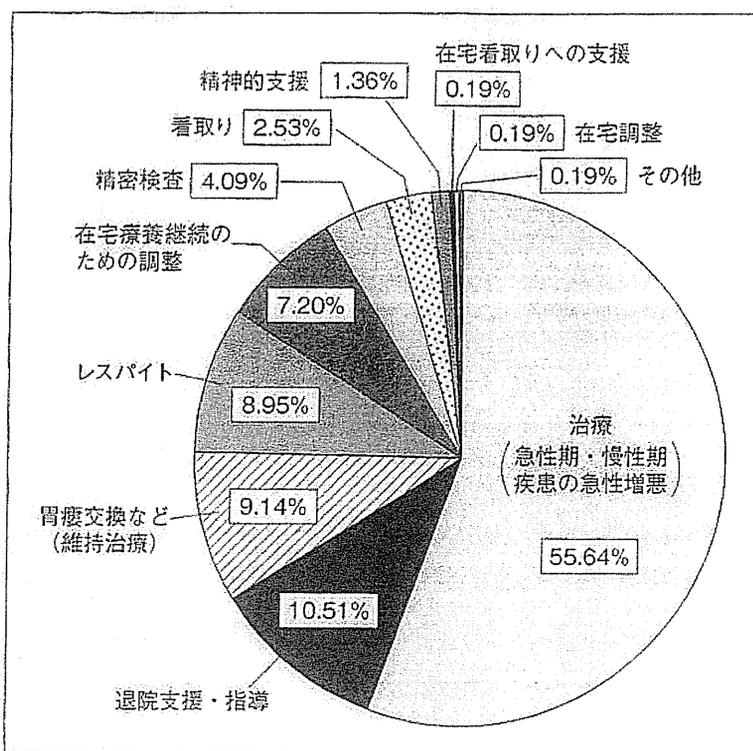


図1 在宅医療支援病棟における入院目的

表4 病棟開設後のおもな実績

2009, 2010年度入院数	514件(260名, 22~104歳)
在宅復帰率(病院で最期を迎えた高齢者を除く)	94%
自宅で最期を迎えた高齢者の割合(在宅死亡率)	33%

1. 病棟開設後、地域の在宅医(診療所)と病院の連携が広がった(開設時の登録医12名→70名)。
2. 在宅復帰率が94%で、入院した高齢者の多くが自宅に戻っている。
3. 病棟を利用し、自宅で最期を迎えた高齢者の割合(在宅死亡率)が33%と2009年度愛知県平均(11.9%)の約3倍高い割合を維持している。

有しているが、当センター内には緩和ケア病棟がなく、末期癌患者の看取りについても当病棟が重要な働きをしていることが示された。

2009年度および2010年度のおもな実績を表4にまとめた。病棟開設後、地域の在宅医(診療所)と病院の連携が開設時の登録医12名から70名に広がった。また、死亡退院患者を除く在宅復帰率が94%で、自宅への復帰がスムーズに行われていた。前述したように、病棟利用患者の在宅死亡率が32.9%と2009年度の愛知県平均(11.9%)の約3倍高い割合であり、この病棟は在宅死亡率の上昇をその目的としているわけではないが、シームレスな病診連携が結果として在宅死亡率を上昇させる可能性があることが示された。

#### 在宅医療支援病棟を中心とした地域活性化

在宅医療支援病棟の機能は医療に限定したものであり、緊急患者の受け入れ、看取り機能、家族支援(レスパイト入院含む)、医療機関間の連携支援にはたいへん有用であることが示されつつあるが、地域の在宅医療の活性化のためには医療のみでなく、地域の介護・福祉との連携や在宅医療スタッフ養成などが必須となる。このため当センターでは、地域のヘルパーに対して在宅医療スタッフとの連携研修(在宅医療メイツ養成事業)やICTを用いた医療・介護スタッフの情報共有化に向けての事業・研究を並行して行っている(図2)。このように在宅医、訪問看護師、包括支援センター、介護、行政のスタッフが集まり地域活性化

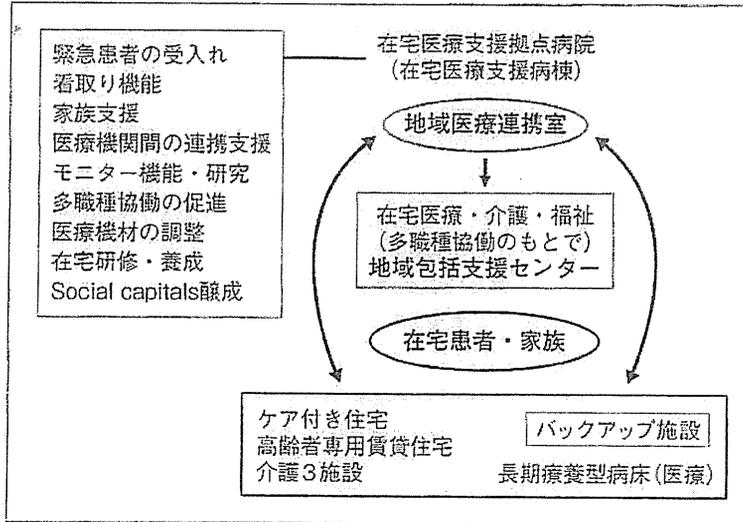


図 2 在宅医療支援モデル

に向けての活動を行うにあたり、在宅医療支援病棟は地域の在宅推進拠点のシンボルとしても重要な存在となっている。

医療・介護を推進する実際的かつ支援拠点のシンボルとして、今後の地域医療・介護のなかでの重要な位置づけになってくると考えられる。

### おわりに

現在、在宅医療、病院医療の双方を理解する医師・看護師の不足、医療的ケアの必要な患者を支える専門介護スタッフの不足、在宅で使用する医療機材の問題、独居患者への支援体制など、在宅医療における多岐にわたる課題が存在している。このようななかで在宅医療支援病棟は地域の在宅

本研究事業は、平成 22 年度国立長寿医療研究センター長寿医療研究開発費の支援を受けた。

### 文献

- 1) Landers, S. H.: Why health care is going home. *N. Engl. J. Med.*, 363 : 1690-1691, 2010.
- 2) 終末期医療に関する調査等検討会(編)：今後の終末期医療の在り方。中央法規出版, 2005, pp.61-64.

\* \* \*

## 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。



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

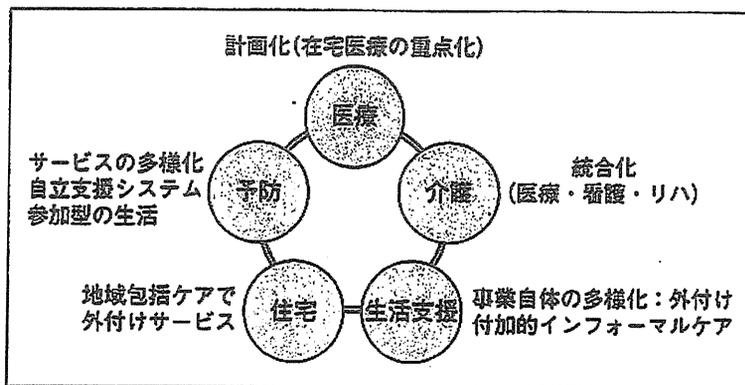


図 1 地域包括ケア(医療福祉連携)の考え方

表 1 サービス付き高齢者住宅の創設

- 国土交通省の管轄
- 床：25 m<sup>2</sup>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サービスから2種類のサービスを組み合わせることで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

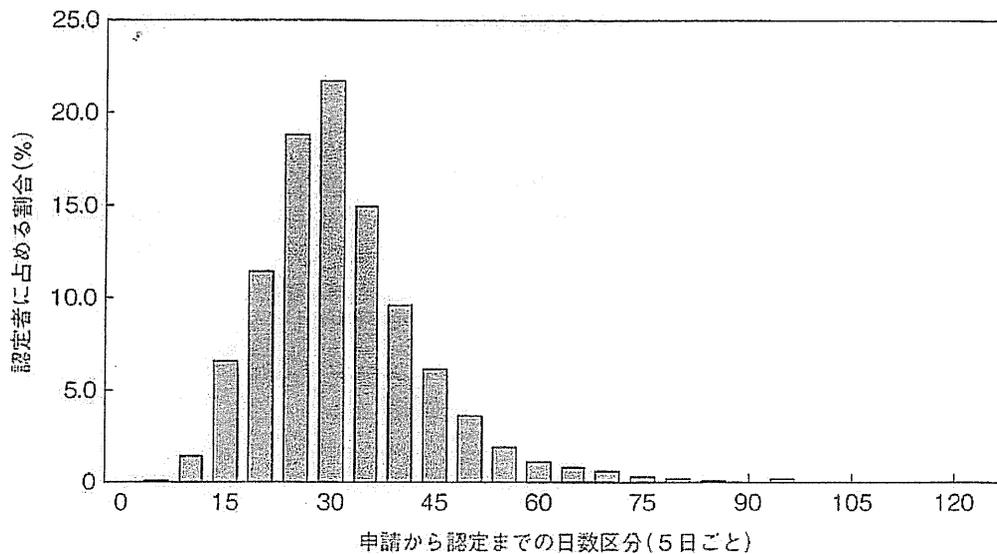


図 2 申請から認定までの日数別の度数分布

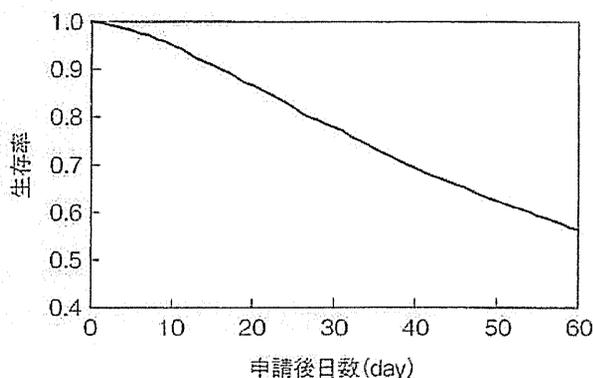


図 3 申請後の生存曲線

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見ると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、介護職による療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

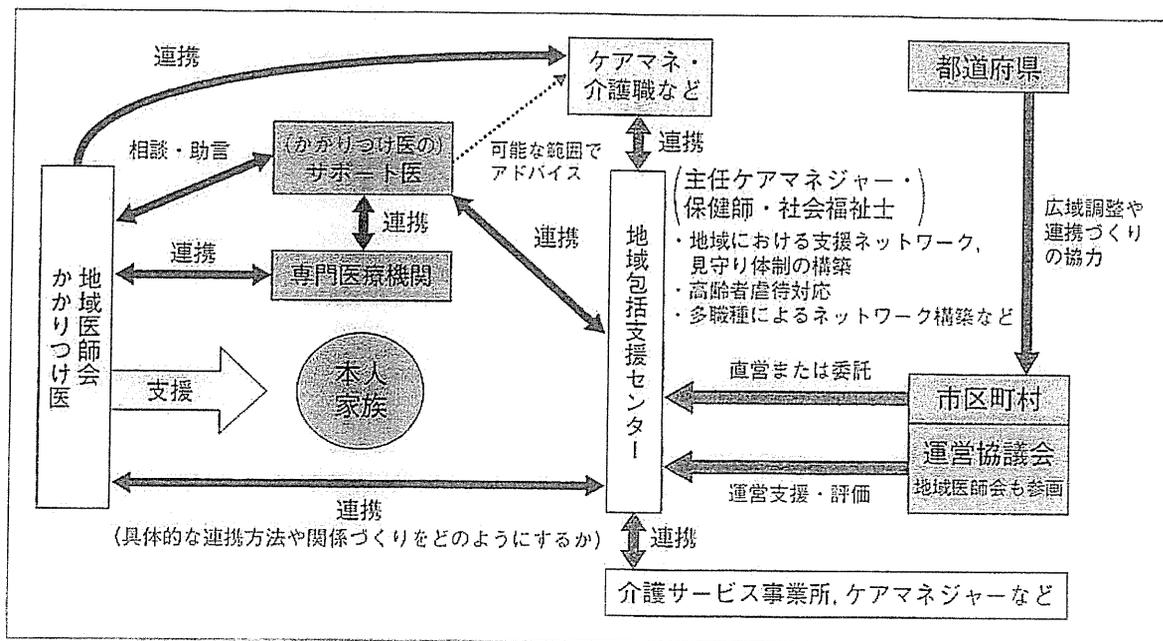


図4 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターとの連携図

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.

\* \* \*

日本臨牀 69巻 増刊号 10 (2011年 12月 20日発行) 別刷

# 認知症学 下

—その解明と治療の最新知見—

III. 臨床編

認知症の重症化に伴う医学的諸問題 各論

排尿障害と失禁

三浦久幸

## III. 臨床編

## 認知症の重症化に伴う医学的諸問題 各論

## 排尿障害と失禁

Dysuria and urinary incontinence

三浦久幸

**Key words** : 認知症, 排尿障害, 尿失禁, 排尿誘導, 意欲の指標

## はじめに

認知症に排尿障害が合併することが多いが、特に尿失禁を伴う場合は、局所の皮膚刺激のみでなく、褥瘡、転倒・骨折や尿路感染症を併発しやすく、更にはADL低下や介護負担感の増悪により、早期の施設入所になるリスクが高くなると報告されている<sup>1)</sup>。尿失禁は、このように患者本人のみでなく家族のQOLを低下させるため、適切な診断とその十分な対策が必要である。

認知症では、患者本人への質問票や排尿記録をつけてもらうことは難しく、観察により、排尿の問題を診断しなければならない。特に、施設入所中の、長期介護の認知症高齢者に尿失禁の合併が多く、医師のみでなく看護師・介護士が協働し、高齢者の排尿の問題をしっかりと把握し、対応できるようにはならなくてはならない。

## 1. 高齢者の認知症における尿失禁の頻度

一般の高齢者の尿失禁の合併は女性が男性の約1.3-2倍多く、罹病率は女性12%、男性5%程度と報告されている<sup>2)</sup>。この罹病率と比較すると、長期介護の高齢者の尿失禁の合併は多く、特に認知症やADL低下に合併する割合が最も高いと報告されている(表1)<sup>3,4)</sup>。文献により認

表1 長期介護における尿失禁の原因  
(文献<sup>3,4)</sup>より引用)

urological causes	unstable detrusor function (30%) 切迫性
	sphincter weakness (6%) 腹圧性
	overflow incontinence (5%) 溢流性
nonurological causes of incontinence	behavioral problems (53%) 認知症
	immobility (45%) ADL低下
	medication problems (24%) 薬剤性
	diabetes 糖尿病

3人に1人は上記の問題の3つ以上を同時に保有

知症の尿失禁の合併率は11-90%とばらつきがある<sup>5)</sup>が、いずれにせよ、高齢者では認知症に伴う尿失禁の診断とその対策は極めて重要である。

## 2. 認知症疾患と排尿障害, 尿失禁

認知症の原因疾患そのもので排尿障害や尿失禁が起こることがあり、典型的にはアルツハイマー型認知症に伴う機能性尿失禁であり、見当識障害や失認などの認知機能障害、脱抑制、不穏状態などの行動異常、失行など運動機能障害により、トイレの場所がわからない、または服の着脱が迅速にできないなどによる尿失禁が多

Hisayuki Miura: Department of Home Medical Care Support, National Center for Geriatrics and Gerontology  
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援診療部