

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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="555 562 874 909"> <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 </div> <div data-bbox="894 562 1213 674"> <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 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <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 </div> <p>居宅介護支援</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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 </div>	<p>介護給付を行うサービス</p>
<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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="555 1223 874 1547"> <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 </div> <div data-bbox="894 1223 1213 1391"> <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 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <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 </div>	<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

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*, ^{さたけしやうすけ}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	機能獲得時	MMSE
1	正常成人	主観的にも客観的にも機能障害なし		
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	成人	24点以上
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)
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	1～10点前後
b	同上	入浴に介助を要す、入浴を嫌がる	4歳	
c	同上	トイレの水を流し忘れてたり、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うまでもない。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うまでもない。

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意図された。

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ことである。

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年以來、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ター養成を行っ

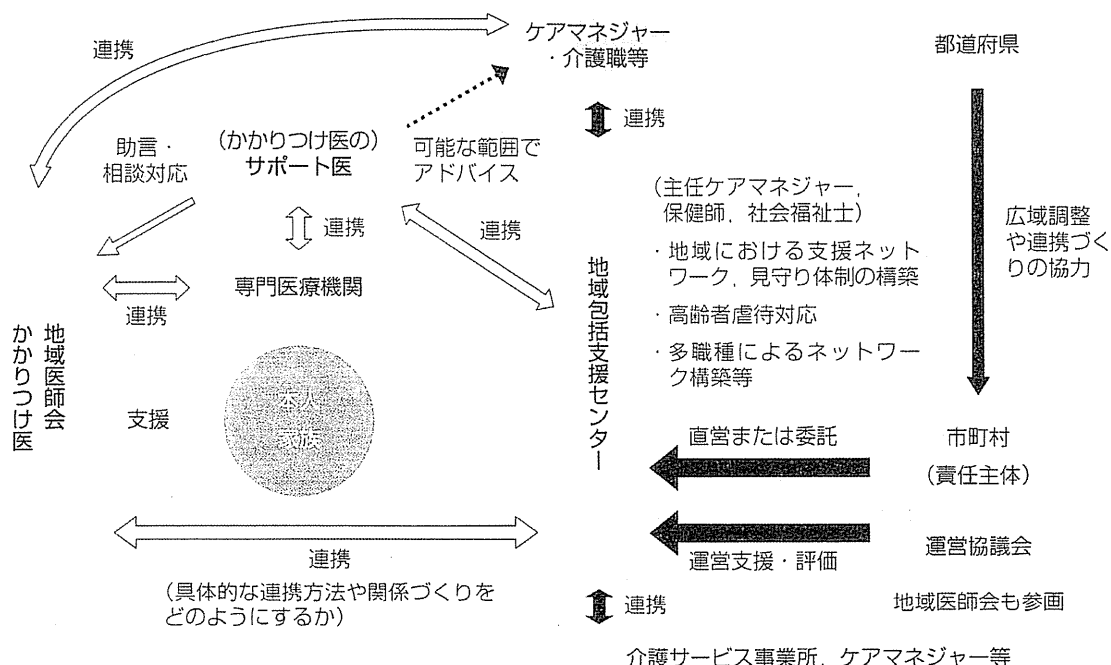


図 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携

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.

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

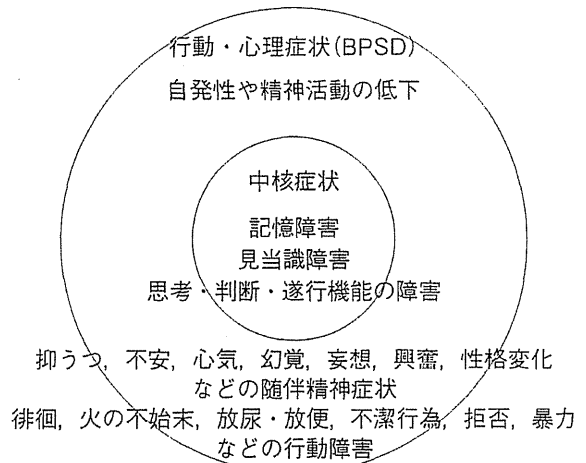


図1

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、身体ケア中心の集

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違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、対照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ったのか、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)
	1	45名	
	2	41名	
要介護度	3	77名	ns(χ ² 検定)
	4	25名	
	5	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)

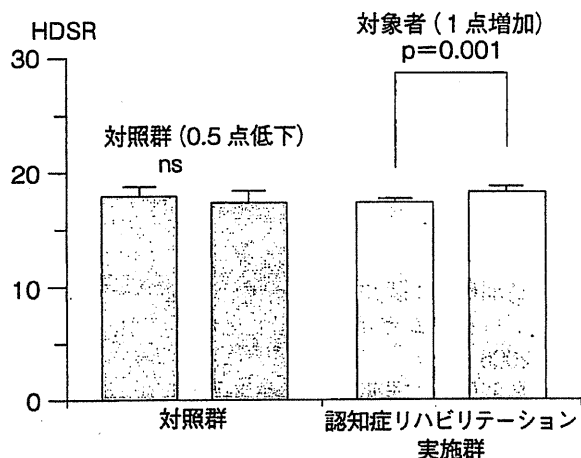


図2 認知症に対するリハビリテーションの効果

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	記銘力, 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¹⁾。

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、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。ナンスタディによれば、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 manage-

ment 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・ひでとし) [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⁾ (きたけ・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

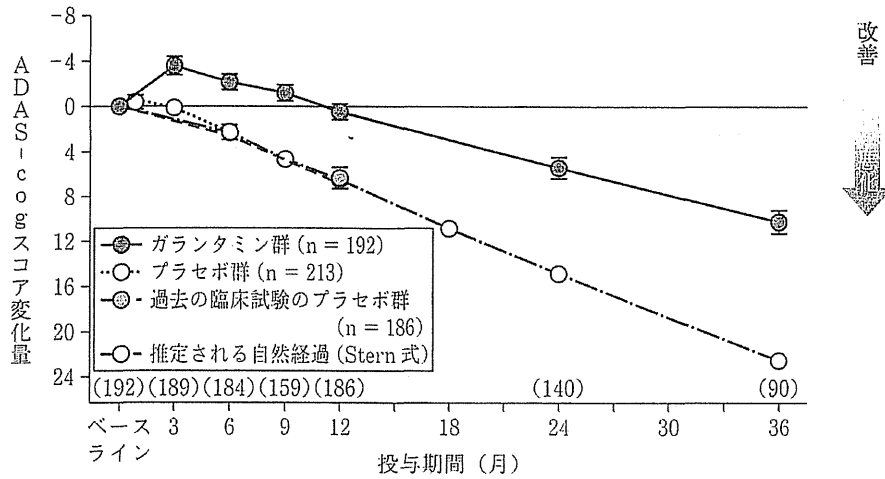


図1 長期投与時のアルツハイマー型認知症患者の認知機能に対する効果

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)³⁾。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)³⁾。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)⁴⁾。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え