

図2 初回肺炎罹患後の生存関数(文献1)

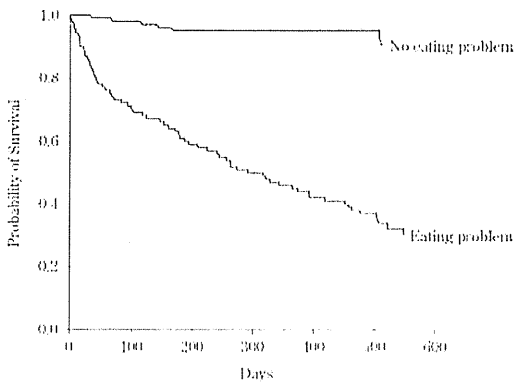


図3 初回摂食・嚥下障害発症後の生存関数(文献1)

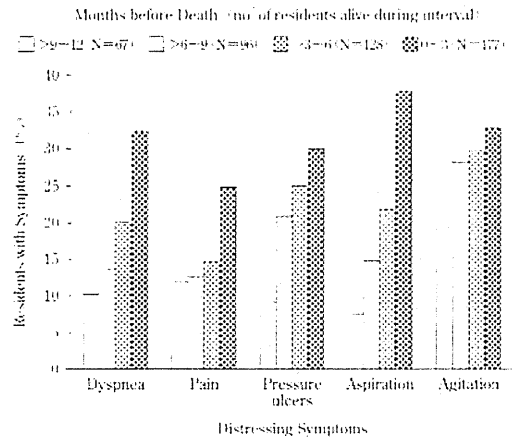


図4 苦痛症状の合併(文献1)

症と摂食嚥下障害であり、これらは生命予後に強く影響するということが示されている。

II. 終末期医療

米国において2001年に認知症高齢者の死亡場所を、悪性腫瘍、認知症、その他の疾患の3つの基礎疾患に別けて検討した結果⁶⁾、認知症関連で死亡した人の66.9%がナースিংホームで死亡していた。対照的に、がんを基礎疾患とした人は自宅(37.8%)と病院死亡(35.4%)が多かったという結果が出ている。日本国内では認知症と死亡場所に関する同様の調査結果は示されていないが、ここ数年、病院死80%前後、施設死亡7~8%、自宅死亡12%前後と、圧倒的に病院死亡が多い状況となっている。米国で認知症患者のナースিংホームでの死亡が多い一方で、入所者の34.4%に非経口的栄養管理が行われ、また、16.7%が入院、9.6%が救急外来受診、8.0%が経管栄養を行われるなど、死亡までの3ヵ月以内では、40.7%の人が上記一つ以上の医療的行為が行われる状況が報告されている。また、米国ではがんやエイズ以外でも、全ての疾患でホスピス利用ができるが、終末期にナースিংホームの重度認知症患者の22.3%がホスピスを利用したという報告がある⁷⁾。ホスピスを利用した患者は苦痛に対し、計画的にオピオイドや酸素の投与を受ける事ができ、また、満たされない欲求が残る頻度が少ない事が報告されており、重度認知症患者の終末期におけるホスピス利用の有益性が示されている⁸⁾。

一方、ナースিংホーム入所者の医療代理人が、重度認知症患者の生命予後が悪いことや

示された

この研究ではさらに苦痛症状についてもまとめており、主なものとして呼吸困難16.0%、疼痛39.1%、II度以上の褥瘡38.7%、興奮53.6%、誤嚥40.6%であり(図4)、死期に近づくほどこれらの頻度は高くなっていった

また、英国の研究⁹⁾では急性期病院に入院した70歳以上の高齢者617人を対象とする縦断研究が行われているが、入院患者全体の42.1%が認知症を合併していた。認知症患者入院の原因疾患としては尿路感染と肺炎が多く、41.3%が罹患しており、これらの患者の入院中の高い死亡率を示した。高度の認知障害患者の24.0%は入院中に死亡しており、この死亡リスクは4.02(CI 2.24~7.36)であった。このように認知症患者は、急性期病院への入院が多い事が示されている。

国内では同様の研究報告はなされていないが、海外での縦断研究をもとに考えると、重度認知症患者の合併症で重要なものは、肺炎などの感染

起こりうる合併症を理解している場合には、この終末期の医療的行為が行われる頻度が少ないことが報告されている。重度の認知症で死亡した入所者の家族ないし医療代理人へのインタビューで、死亡した入所者のおよそ10%が、経管栄養を受けていたが、入所者の家族ないし医療代理人と医療者との話し合いが十分に行われて経管栄養が導入されたのは半数以下にとどまっていた。さらに胃瘻を含む経管栄養を導入した認知症末期患者では、良好な終末期を迎えられる頻度が少ない (OR=0.42, 95%CI=0.18~0.97) 事が示されている⁹⁾。

国内では認知症末期における胃瘻導入の是非が現在、社会的問題となっているが、欧米に比べ、認知症終末期ケアに関する評価・介入そのものの報告が少なく、重度認知症患者に対する胃瘻など経管栄養が、終末期ケアの質を高める事ができるかなど、国内でのさらなる客観的データの集積が必要である。

Ⅲ. 終末期医療・ケアの問題

欧米では上述のように認知症患者の末期でも必要に応じホスピスを利用するなどして、本人の終末期での苦痛の軽減や家族への精神的な支援を積極的に行う体制が整いつつある。認知症の末期そのものの判断は実際難しく、特に死亡時期の予測は、がんと比べ極めて困難であるが、ADEPT⁹⁾などの予測指標を用いて、余命6ヵ月以内の認知症患者を抽出し、適切な時期にホスピス利用に結びつけようという試みがされている。さらには重度認知症患者への終末期ケアを質的に評価するためのスケール開発が進められている¹⁰⁾。ターミナルケアの家族満足度 (SWC-EOLD)、症状管理 (SM-EOLD)、死亡までの1週間の安楽 (CAD-EOLD) など、それぞれを評価する目的で作成されている。このような指標を用いて、終末期における医療行為やケアのアウトカムを評価することにより、今後のケアの質の改善に役立つことが期待される。

お わ り に

国内の高齢化とともに認知症患者はさらに増加すると予想されているが、認知症診療では早期診断、治療薬の開発が活発に行われている一方で、認知症終末期の症状緩和や終末期ケア、

家族ケアの方法、その効果の評価方法などは、欧米に比べ系統的行われているとは言い難い状況にある。欧米では、医療経済的なインセンティブの問題はあるにせよ、がんに限らず、認知症でも十分な終末期ケアを行おうという流れにあり、このための評価指標の開発やホスピスを利用した‘認知症緩和ケア’が徐々に進められている。国内では胃瘻の問題も含め認知症重症～末期患者のQOLを考えた国内での医療・ケアのあり方の検討が喫緊の課題であると考えられる。

参 考 文 献

- 1) Molsa, P. K., Marttila, R. J., Rinne, U. K.: Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol Scand*, 74(2): 103-107, 1986.
- 2) Sulcava, R., Haltia, M., Reder, A. T., Luchins, D., Antel, J. P.: Accuracy of the clinical diagnosis of vascular dementia: a prospective clinical and post-mortem neuropathological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 51(8): 1037-1044, 1988.
- 3) Olichney, J. M., Hofstetter, C. R., Galasko, D., Thal, L. J., Katzman, R.: Death certificate reporting of dementia and mortality in an Alzheimer's disease research center cohort. *J Am Geriatr Soc*, 43(8): 890-893, 1995.
- 4) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G. et al.: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*, 361(16): 1529-1538, 2009.
- 5) Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., King, M.: Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195(1): 61-66, 2009.
- 6) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Miller, S. C., Mor, V.: A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 53(2): 299-305, 2005.
- 7) Kiely, D. K., Givens, J. L., Shaffer, M. L., Teno, J. M., Mitchell, S. L.: Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58(12): 2284-2291, 2010.
- 8) Teno, J. M., Mitchell, S. L., Kuo, S., Gozalo, P., Rhodes, R., Lima, J. et al.: Decision-making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five State Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 881-886, 2010.
- 9) Mitchell, S. L., Miller, S. C., Teno, J. M., Kiely, D. K., Davis, R. B., Shaffer, M. L.: Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *Jama*, 304(17): 1929-1935, 2010.
- 10) Kiely, D. K., Volicer, L., Teno, J., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Mitchell, S. L.: The validity and reliability of scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(3): 176-181, 2006.

介護者に対するアルツハイマー病 治療薬のメリット

The merit of drugs for care giver of Alzheimer's disease

国立長寿医療研究センター病院
内科総合診療部長

Hidetoshi Endo

遠藤 英俊

国立長寿医療研究センター病院
在宅医療支援診療部長

Hisayuki Mura

三浦 久幸

国立長寿医療研究センター認知症先進医療開発センター
在宅医療・自立支援開発部在宅医療研究室室長

Shosuke Satake

佐竹 昭介

Summary

アルツハイマー病(AD)治療薬のメリットはさまざまな分野で報告されているが、介護者に対する効果に注目した。ドネペジルやガランタミンなどのアセチルコリンエステラーゼ阻害薬は日常生活動作(ADL)に関わる介護時間の短縮、介護の見守り時間の短縮、入所時期の遅延などの効果が報告されている。同様な効果はNMDA受容体拮抗薬にも認められている。ADの介護に対する効果があれば、治療効果も向上する。その結果として、認知症の人や家族へのQOL(quality of life)の向上は重要な意義がある。現在の治療薬は病気を完治させることはできないが、病状を修飾することができ、病気の進行を遅延させることができる。これらの薬剤を病期、症状に合わせて選択することができるようになった。すなわち、薬剤の差別化、選択が重要な課題となっている。なかでもガランタミンは中長期的に投与した場合に他の薬剤に比べて効果が高いというデータが存在する。

Key words

- 介護負担
- アルツハイマー病
- ガランタミン
- メマンチン
- 介護時間



はじめに

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬などのアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)治療薬の認知機能への有用性に関する報告は多く、その有効性は示されている。本稿では介護者や介護時間に対する影響について総括する。AD治療薬の介護者に対する効果は以前から報告があり、その有用性が示されている¹⁾。また逆に介護者のケアがよいとADの治療にもよい影響を与えるといえる。これらの事実を総合するとAD治療薬は一定の医療経済効果を含め、介護者や介護時間に対してポジティブな影響を与えるといえる。現在のADの薬剤は認知機能の進行遅延をきたすことで知られているが、薬剤単独での効果はそれほど顕著ではない。日常生活での刺激や活性化、さらにはなじみの環境を維持し、よりよい介護を提供することが全般的な薬剤の有効性につながる。すなわち、治療には介護そのものが重要である。しかし一方、薬剤の間接的影響として介護負担の軽減や、医療経済効果も無視できない。



介護者に対するアセチルコリン エステラーゼ阻害薬の有効性

認知症において、薬剤の効果により Zarit の介護負担感尺度が改善したとの報告は非定型抗精神病薬のリスペガールなどでも報告がある。しかしながら、薬剤の使用には保険適応がなくオフラベルとなっているなどの課題がある。

ドネペジルやリバスチグミンにおいても、これらの薬剤がプラセボ群に比べ、日常生活動作(activities of daily living; ADL)を改善したり、介護者の負担軽減をきたし、その結果施設やサービスを利用しない期間を延ばしたり、利用量を軽減することが可能であり、医療経済的にみても薬剤の有用性が示されている¹⁵⁾。日本においても、Hashimoto らのグループによりドネペジルが認知症の行動心理学的症候(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)のある AD において介護負担を軽減させたことが報告されている⁹⁾。

ガラタミンの介護者への有用性については論文に明らかである。Sano らの報告では軽度～中等度の AD を対象とした 2 つの二重盲験試験により、介護負担に関する研究がなされ、ガラタミン 24mg 投与群が 411 例で

プラセボ群が 414 例であった。介護負担の測定には、1 日あたりの ADL 介護に要する時間と見守りを必要としない時間を測定した。それぞれの指標の変化を短縮、不変、延長で分類したところ、介護に要する時間の短縮または不変の群はガラタミン投与群で有意に多く、延長した群は有意に少なかった。両群間の平均値の差は 32 分で、中等度においては 53 分短かった。この研究によりガラタミンは介護時間の短縮と見守り時間を減らす効果が示された。図 1・2 にその結果を示した⁷⁾。

また 2004 年、Cummings らは 978 例の調査により軽度～中等度の AD 患者へのガラタミン投与により介護者の負担が軽減したとの報告を行っている(表 1)⁵⁾。

さらに間接的なデータではあるが、ガラタミンの長期投与は老人ホームへの入所に関して、入所までの期間を有意に延ばすことができ、在宅療養の継続が可能であることが示されている⁹⁾。すなわち、ガラタミンは一義的には認知機能への効果を示し、その後二次的に生活、行動、心理面へのよい影響があり、その結果として介護負担の軽減、介護サービスの利用の低減に役立つと考えられる。

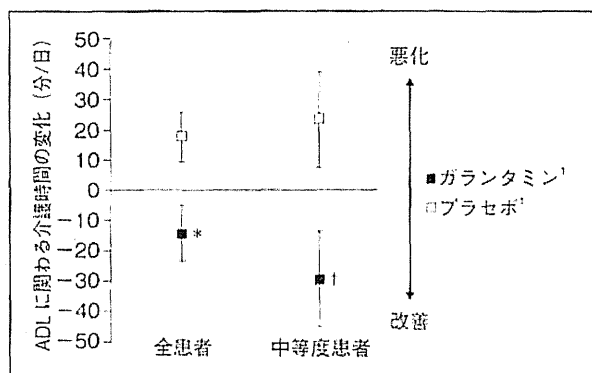


図 1 ADL に関わる介護時間—ベースラインからエンドポイントの間での変化(平均)

† : ベースライン時の値を共変数として ANCOVA モデルから得た最小二乗平均 ± 標準誤差による。

* $p = 0.011$ vs プラセボ, † $p = 0.021$ vs プラセボ。

(文献 7) より引用)

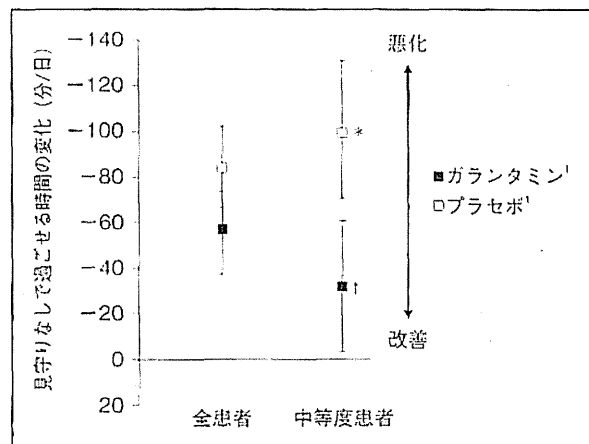


図 2 見守りなしで過ごせる時間—ベースラインからエンドポイントの間での変化(平均)

† : ベースライン時の値を共変数として ANCOVA モデルから得た最小二乗平均 ± 標準誤差による。

* $p = 0.005$ vs ベースライン, † $p = 0.092$ vs プラセボ。

(文献 7) より引用)

5 介護者に対するアルツハイマー病治療薬のメリット

表1 プラセボあるいはガランタミン 8, 16, 24mg/日投与アルツハイマー病患者における全 NPI (Neuropsychiatric Inventory) および介護負担スコアのベースラインから21週時点での変化

群および評価法	全 NPI			NPI の介護負担尺度		
	N	スコアの変化		N	スコアの変化	
		平均	標準偏差		平均	標準偏差
プラセボ投与群						
通常観察	234	2.3	11.3	180	1.2	6.7
LOCF 法	262	2.0	11.0	214	0.9	6.4
ガランタミン投与群						
8mg/日						
通常観察	106	2.3	11.5	85	1.3	4.5
LOCF 法	129	2.3	11.4	116	1.2	5.9
16mg/日						
通常観察	211	-0.1 ^a	11.1	154	0.1	6.2
LOCF 法	255	-0.1 ^b	11.4	215	-0.1	6.0
24mg/日						
通常観察	212	-0.1 ^c	11.1	154	-0.2 ^d	7.0
LOCF 法	253	-0.0 ^e	11.1	206	-0.2 ^f	6.5

^a: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.99, df=1,731, p=0.03)

^b: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.49, df=1,867, p=0.04)

^c: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=5.29, df=1,731, p=0.03)

^d: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.25, df=1,541, p=0.04)

^e: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.65, df=1,867, p=0.04)

^f: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=3.72, df=1,719, p=0.054)

LOCF: last observation carried forward

(文献8)より引用)



介護者に対する NMDA 受容体拮抗薬の有効性

重度認知症入院患者166例を対象とした二重盲検比較試験において、メマンチン 5 mg を 7 日間、引き続き 10mg を 77 日間(計12週間)経口投与した結果、主要評価項目とされた主治医による全般改善度(Clinical Global Impression of Change: CGI-C)が投与12週間後で、看護スタッフによる介護依存度(Behavioral Rating Scale for Geriatric Patients: BGP)が投与12週間後までの変化においてともに ITT(intention-to-treat)集団における解析で有意に改善した(CGI-C: $p < 0.001$, BGP: $p=0.016$)。また、高度 AD および混合型を含む重度血管性認知症

に対し有効である可能性が示された¹⁰⁾。これらによりメマンチンは介護依存度を軽減し、介護負担の軽減に有用であるといえる。



IV おわりに

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は介護者や介護時間、老人ホームへの入所を遅延させる報告が示されており、介護へのポジティブな効果が示されている。しかしながら認知症に伴う BPSD には個人差が大きく、個別対応、個別ケアが必要なことはいうまでもない。認知症の程度や BPSD を理解したうえで新しい薬剤を適切に選択する必要がある。

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 J* : 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

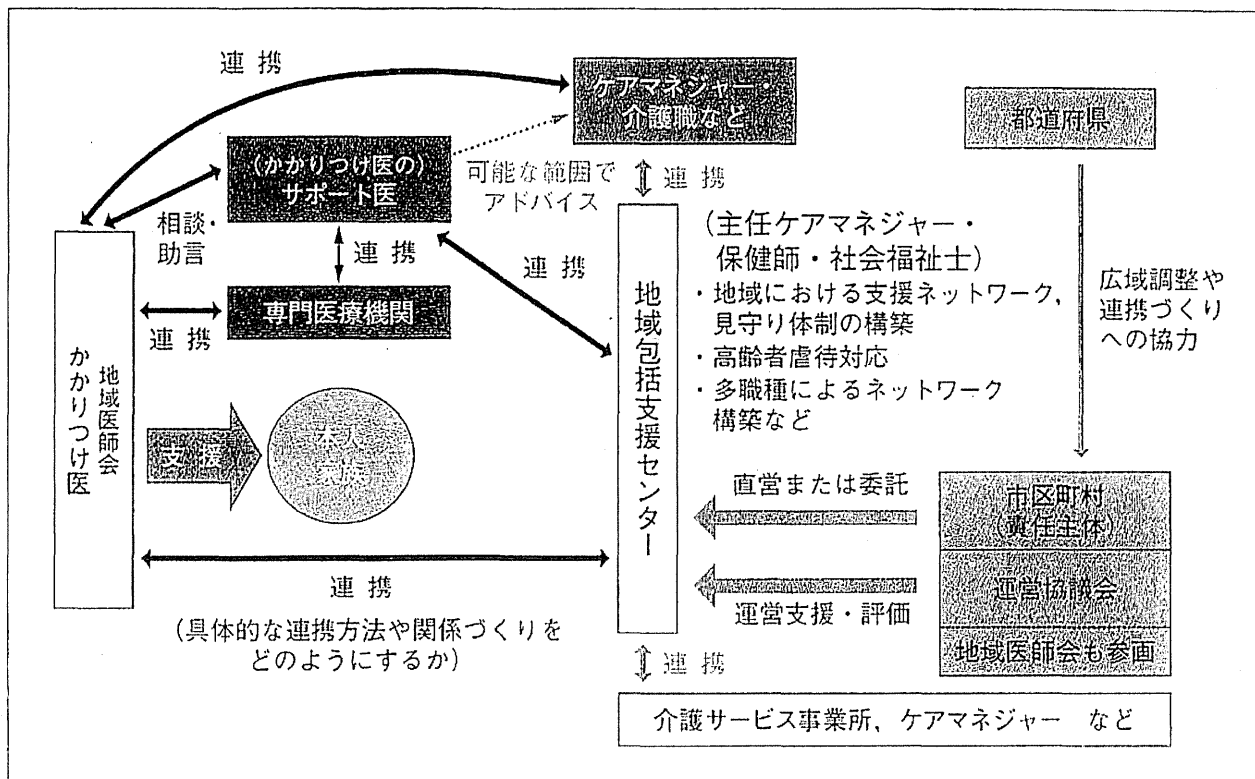
認知症への地域の取組みとして，サポーター養成やサポート医養成などが実施されているが，地域での病気としての認知度が高くなってきている．実際，認知症の人に対する見守り支援などが始まっている．一方，介護保険サービスの利用によって，認知症の介護負担の軽減が図られようとしている．デイサービスやショートステイなど，適切な時期に適切なサービスを利用することが重要である．

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

- ・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 style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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="border: 1px solid black; padding: 5px; 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 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護 ・特定福祉用具販売 ・福祉用具貸与 <p>居宅介護支援</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; background-color: #e0e0e0;"> <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 style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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="border: 1px solid black; padding: 5px; 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 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・介護予防福祉用具貸与 	<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

老年医学・ 高齢者医療の最先端

企画 鳥羽研二 (国立長寿医療研究センター)

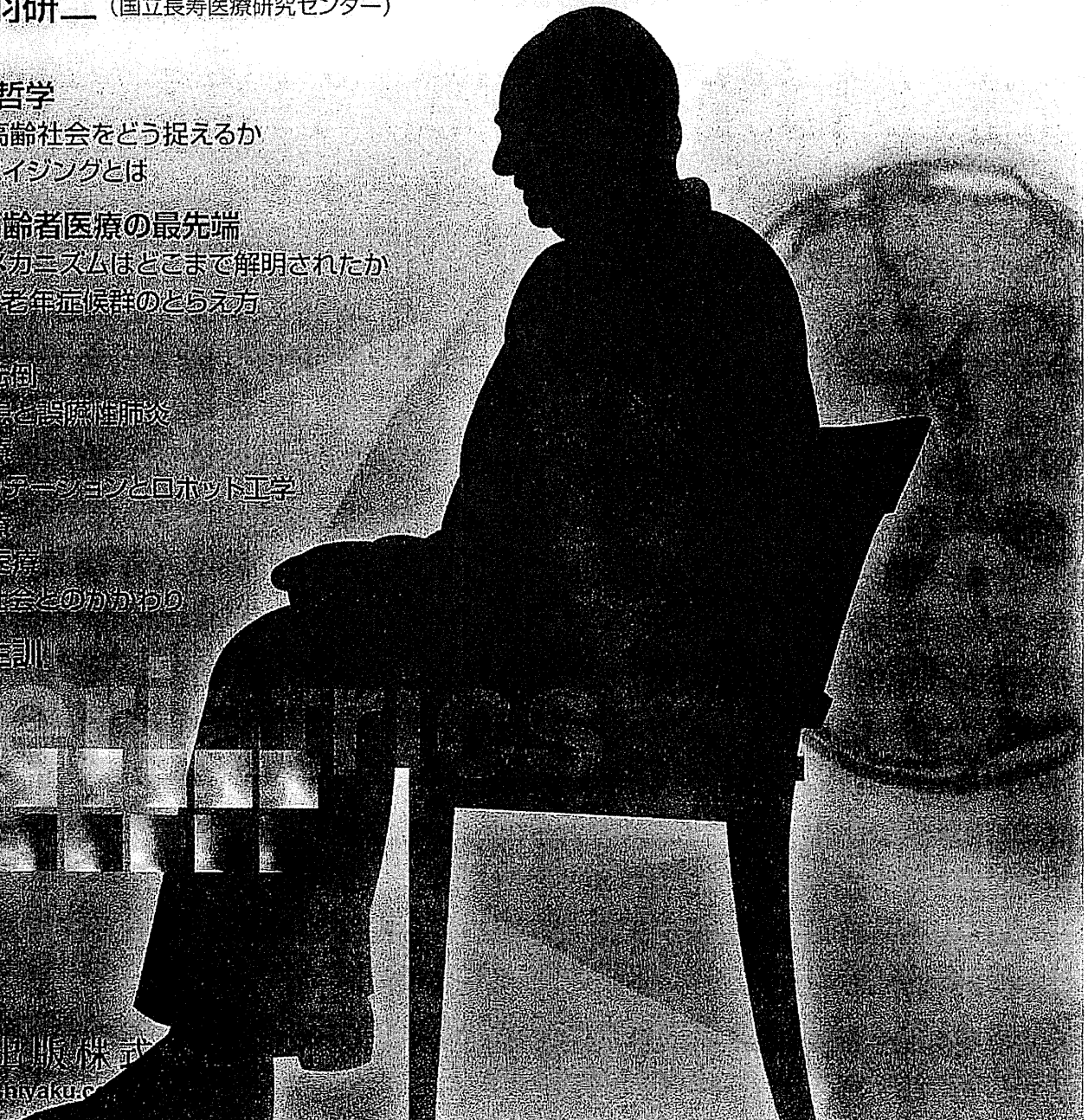
● 老化の哲学

日本の高齢社会をどう捉えるか
ウィズエイジングとは

● 老化・高齢者医療の最先端

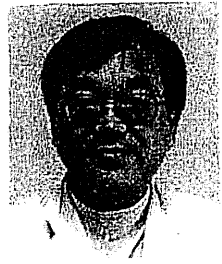
老化のメカニズムはどこまで解明されたか
老年病 老年症候群のとうえ方
認知症
虚弱と転倒
歯科疾患と誤嚥性肺炎
救急医療
リハビリテーションとロボット工学
在宅医療
終末期医療
自立と社会とのかかわり

● 新 養生訓



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¹⁾。

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²⁾についての全国アンケート調査²⁾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

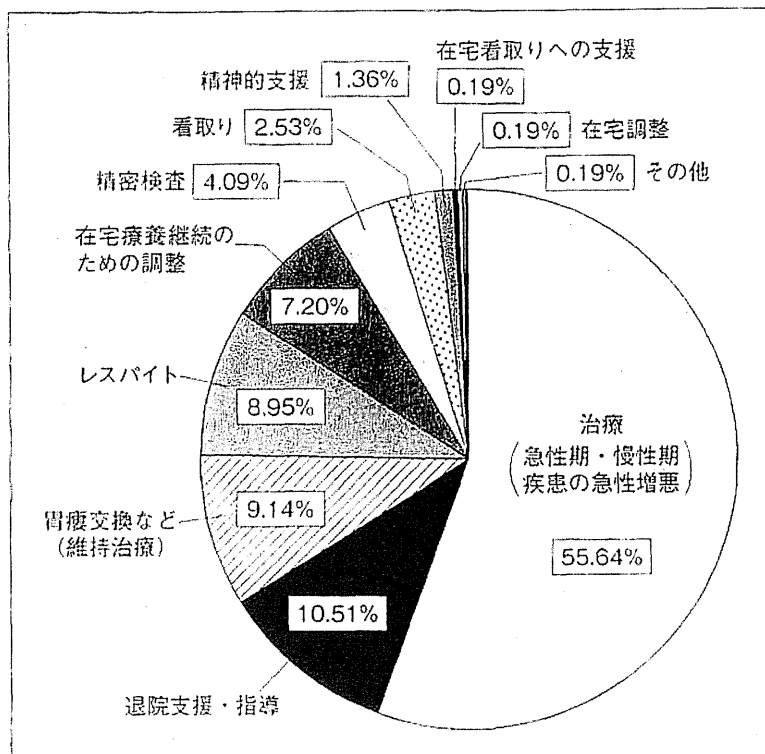


図 1 在宅医療支援病棟における入院目的

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の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

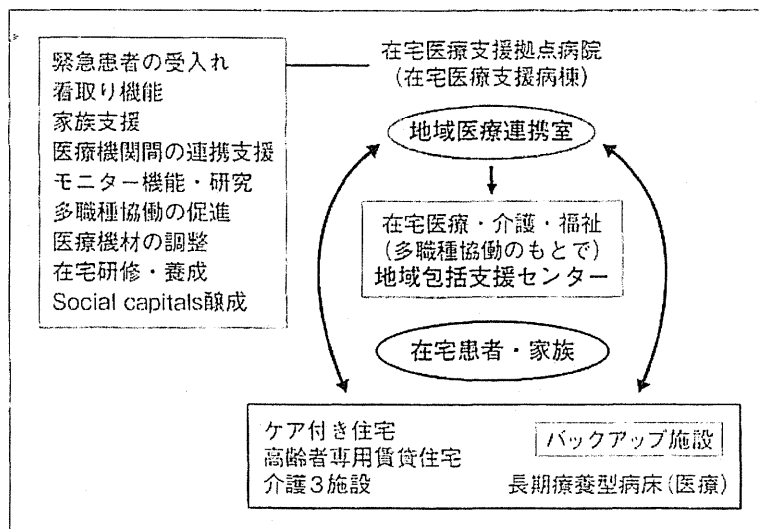


図 2 在宅医療支援モデル

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。

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

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。

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。



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