

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 m²以上
- 安否確認
- 住貸借契約
- 介護サービスとの連携

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

地域包括ケア

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

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

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

サービス高齢者住宅

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

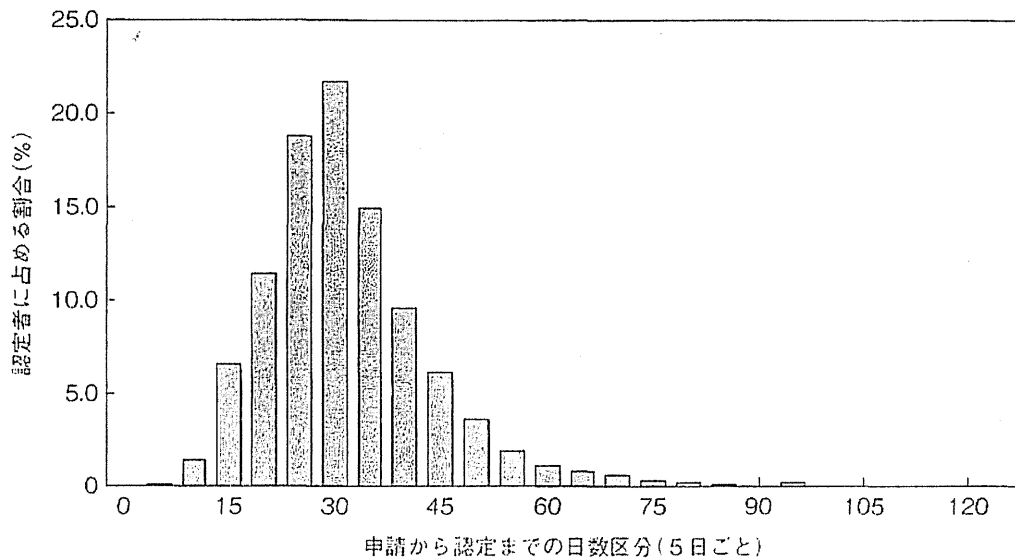


図 2 申請から認定までの日数別の度数分布

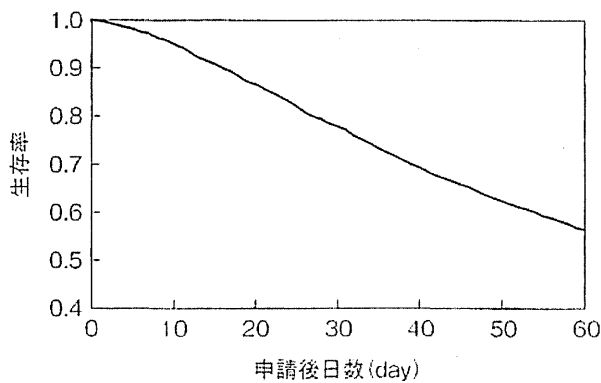


図 3 申請後の生存曲線

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

認知症対策

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

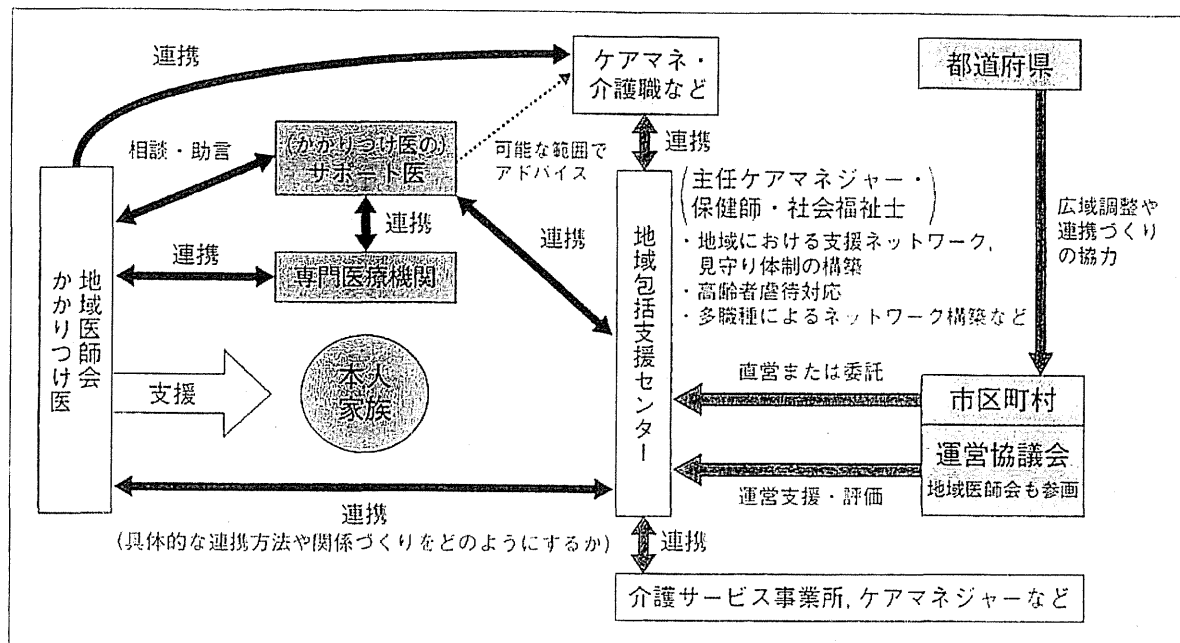


図 4 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターとの連携図

表 2 認知症の地域支援

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

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。

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。

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 卷 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¹⁾。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²⁾。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)^{3,4)}。文献により認

表1 長期介護における尿失禁の原因
(文献^{3,4)}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⁵⁾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

い、一方、正常圧水頭症⁵⁶⁾、血管性認知症(特に脳梗塞後認知症)⁷⁾、レビー小体型認知症⁹⁾では、機能性尿失禁よりも過活動膀胱症候群による切迫性尿失禁が多い。過活動膀胱症候群では、蓄尿期に異常な尿意が生じたり、排尿筋が不随意に収縮したりすることにより、尿意切迫感を中心に頻尿や切迫性尿失禁が生じる。

3. 排尿障害、尿失禁タイプの鑑別⁹⁾(図1)

尿失禁には、切迫性尿失禁、腹圧性尿失禁、機能性尿失禁、溢流性尿失禁の4つのタイプがある。認知症に合併する尿失禁は頻度的に機能性尿失禁が多いが、排尿障害や他のタイプの尿失禁が加わっていることもあるので、そのチェックも必要である。虚弱高齢者の尿失禁・排尿障害の評価のためのアルゴリズムを図1に示す。まず、行うことは残尿のチェックである。50 mL以上の残尿があれば排尿の問題があると判断する。100 mL以上であれば、泌尿器科医と連携をとるべきである。大量の(300 mLを超える)残尿があり、だらだらと尿道口から尿が漏れるのであれば、溢流性尿失禁があると判断する。ここでは、残尿測定が基本的な診断手段となる。現在、簡便に膀胱容量を測定できる超音波機器が開発され、医療機関のみでなく、老人介護施設でも簡便に利用できるため、今後、在宅や施設介護においても必需品になるものと思われる。次に、尿意切迫感に伴う失禁がないかどうか検討する。認知障害のある症例では、訴えから判断することは難しく、注意深く観察しなくてはならない。腹圧性尿失禁に関しては、咳やくしゃみ、立ち上がるなど、おなかに力が入ったときに尿漏れが生じるかどうか問診、あるいは観察する⁹⁾。機能性尿失禁に関しては、患者の状態から診断するが、過活動膀胱など他の尿失禁の存在を常に念頭に置き、認知症=機能性尿失禁と決めつけて診断しないよう心がけるべきである。

4. 認知症関連(機能性)の尿失禁の評価方法

上記のように尿失禁の鑑別を行った後、認知

症関連の尿失禁の病態評価を行う。

a. 尿失禁が受動的か、能動的かの評価

トイレやポータブルトイレを利用しようとせず、いすやベッドの上で失禁をする受動的タイプか、トイレを使用しようとするが、失敗してしまう能動的なタイプかを評価する。受動的尿失禁はせん妄による混乱した状態、進行期の認知症、アパシー、うつ状態などにより、排尿を続けようという意欲がない状態を示唆している。BPSDにより何らかの抑制をされている場合や長期間のおむつ使用の場合は置かれている状況により、必然的に受動的な尿失禁となる。

b. 可逆的原因の除外

水分の摂取量の多寡、せん妄、感染症、萎縮性膀胱炎、心理的要因(うつ)、薬剤性(利尿剤、鎮静剤、オピオイドなど)、内分泌性(糖尿病)、安静、便秘などの原因を除外する。特に認知症のBPSDやうつ状態、睡眠障害の治療に用いられる、リスベリドン、チアプリド、パロキセチン、ミルナシブランなどによる排尿困難は除外する必要がある。

c. 関連する認知機能障害の評価

認知機能障害(場所の見当識障害、失認、失語、視空間認知の低下)、行動異常(能動的:脱抑制、不穏状態、不安、受動的:アパシー、うつ、過剰依存症)、運動機能障害(運動能低下、視力低下、失行)をそれぞれ評価する。

5. 認知症関連の尿失禁への対処

尿失禁の治療ではまず、上記の可逆的原因への対応(感染症の治療、薬物の調整、便通の改善など)を先行する。

a. 介護・生活環境の整備

介護状況や生活環境の評価は機能性尿失禁の改善のためには必要である。1日1,500 mLの飲水は必要であるが、夜間排尿を減らすために夕方と就寝前の飲水量を減らす必要がある。カフェイン飲料はできるだけ控える。トイレは、大きな標識や矢印などで明示し、ライトをつけるなどで場所をわかりやすくしたり、トイレのふたを上げておいたり、すぐに脱ぎやすいような寝間着にするなど個々の運動能力や失行の状態



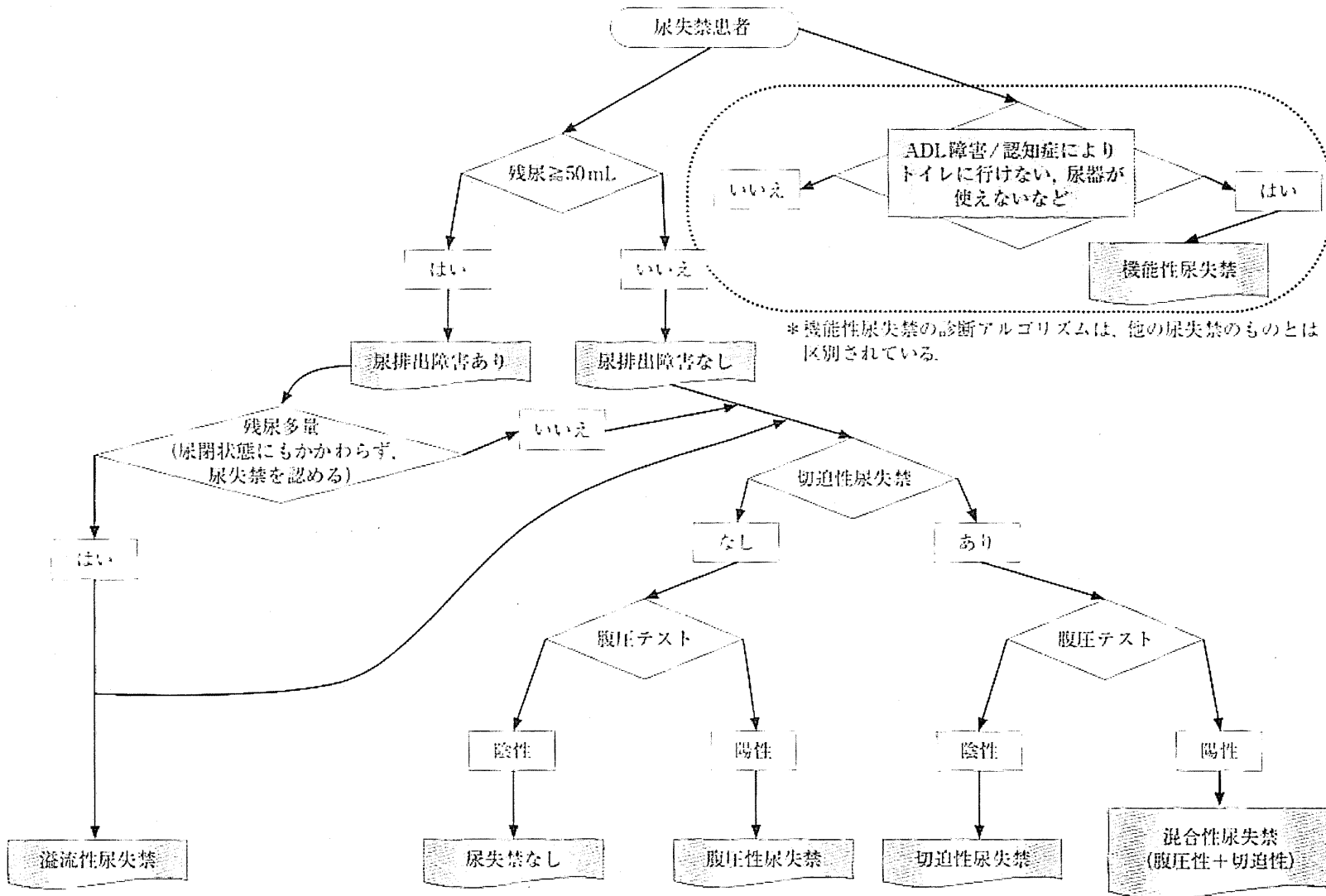


図1 認知症など虚弱高齢者の尿失禁・排尿障害診断のためのアルゴリズム(文献より引用)

表2 排尿記録の例(文献⁹⁾より引用)

昼間(朝起きてから夜寝入るまで)				夜間(夜寝入ってから朝起きるまで)			
	時間	排尿量(mL)	尿失禁の有無, 尿意切迫など		時間	排尿量(mL)	尿失禁の有無, 尿意切迫など
1	6:00	280		1			
2	7:50	80	尿意切迫感	2			
3	10:10	140		3			
4	13:10	200	尿意切迫感	4			
5	16:00	180		5			
6	18:50	130		6			
7	21:00	120		7			
8	22:30	120		8	翌朝起きて最初の排尿		
9				9	時間	排尿量(mL)	尿失禁
10				10	7:00	300	



臨床編

に応じて、工夫する必要がある。身体拘束は常に解除の方向を考え、自動的なおむつ使用は控えるべきである。

b. 排尿誘導

排尿日誌(表2)をつけ、排尿誘導の計画に利用する。排尿誘導には主に2種類の方法があり、①排尿自覚刺激行動療法(prompt voiding)と、②定時排尿誘導(timed voiding)である¹⁰⁾。排尿自覚刺激行動療法は、‘ある程度、尿意の自覚がもてる可能性のある人に尿意の確認やトイレ誘導を行い、成功した場合にほめることによる失禁の改善を目的とした行動療法’であり、日中のおむつが短期間で外せたという報告がある。一方、定時排尿誘導はケア側が一定の時間を設定して、トイレに誘導する方法である。例えば2ないし4時間おきと決めたら、その時間設定で誘導する。本人が尿意を訴えない場合や、時間をかけると漏れてしまう場合は有効である¹⁰⁾。鳥羽ら⁹⁾は、おむつ使用の高齢者への排尿誘導により、80%以上がおむつ以外で排尿可能となったと報告している。

c. 意欲、ADLの評価と改善

鳥羽ら⁹⁾は排尿誘導によって、排尿機能以外に、基本的ADLの変化に著明な改善を認めている。更に意欲の指標を独自に開発し、排尿誘

導により意欲の程度が明らかに高まったことを報告している。このように排尿誘導により、ADL、意欲といった、生きていくうえで重要とされる指標が改善しており、尿失禁により患者のQOLは低下していたと考えられるが、尿失禁に対する介入、すなわち排尿誘導が、QOLの改善に寄与したものと予想される。

おわりに

認知症の排尿障害、尿失禁を概説したが、認知症の方にとって、尿失禁は転倒・骨折など続発症を引き起こす要因となり、生命予後に影響するのみでなく、尿失禁に対する安易なおむつ使用が、人としての自尊心を傷つけ、QOLを低下させていると考えられる。本人が恥ずかしがって話したがらないことでも、丁寧にコミュニケーションをとり、わずかなサインを見逃さず、認知症の方の心を支えていく姿勢が必要である。一方で認知症=機能的尿失禁と単純化せず、排尿障害の合併や可逆的原因を見逃さない、知識と経験を活かした慎重な鑑別診断が必要である。機能的尿失禁に対しては、認知機能低下の特徴をつかみ、具体的介入法を検討することが重要で、この際に意欲やADLの指標を用い、QOLをできるだけ高める姿勢が要求される。

■ 文 献

- 1) Yap P, Tan D: Urinary incontinence in dementia—a practical approach. *Aust Fam Physician* 35: 237–241, 2006.
- 2) Campbell AJ, et al: Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. *Age Ageing* 14: 65–70, 1985.
- 3) Pannill FC, et al: Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care. *J Am Geriatr Soc* 36: 902–910, 1988.
- 4) 鳥羽研二: 高齢者の尿失禁の問題点 尿失禁の機能評価と対策. *日老医誌* 39: 606–609, 2002.
- 5) Shprecher D, et al: Normal pressure hydrocephalus: diagnosis and treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep* 8: 371–376, 2008.
- 6) Sakakibara R, et al: Mechanism of bladder dysfunction in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Neurourol Urodyn* 27: 507–510, 2008.
- 7) 塩見 努ほか: 慢性期脳卒中 332 症例の排尿管理. *日泌会誌* 83: 2029–2036, 1992.
- 8) Sakakibara R, et al: Lower urinary tract function in dementia of Lewy body type. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 76: 729–732, 2005.
- 9) 国立長寿医療研究センター泌尿器科: 一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル(改訂版). [<http://ncgg.go.jp>]
- 10) 西村かおる: 認知症の人の排泄障害とケア. *老健* 22: 52–57, 2011.

《高齢者の在宅医療》 在宅医療の制度と支援体制

三浦久幸*

要 旨

- 現在、在宅医療スタッフの不足、独居患者への支援体制の問題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。このような中で在宅医療支援病棟は、地域の在宅医療・介護を推進する支援拠点として、今後の地域医療・介護の中での重要な位置づけになってくると考えられる。
- 在宅医療の推進のためには在宅医療、病院医療のどちらも理解できる医師、看護師の育成やシームレスな病診、診診連携、診療所・施設連携、多職種連携のための ICT (information and communication technology) の確立、地域包括ケア (社会的包摂) の実働と超高齢社会に向けてのコミュニティ作りを連動させるような地域の実情に合わせた介入が必要である。

はじめに◎

在宅医療が注目されている背景として、日本の高齢化に伴い医療提供体制の見直しが迫られているということがあげられる。日本の高齢化は進み、2010年の高齢化率は22.6%と世界第1位であり、今後もさらに高齢化が進むと予想されている。このような状況の中、国内の死亡場所の推移 (Fig. 1) をみると1950年ごろには自宅死亡率が80%以上で、病院死亡率は10%強であったが、この傾向は1976年以降逆転し、2009年では病院死亡率が80.8%、自宅死亡率が12.4%となっている。人工呼吸器の普及など、病院でなければ当時は行えなかった医療技術などの普及による影響が大きいと考えられるが、この結果として一般の人が身

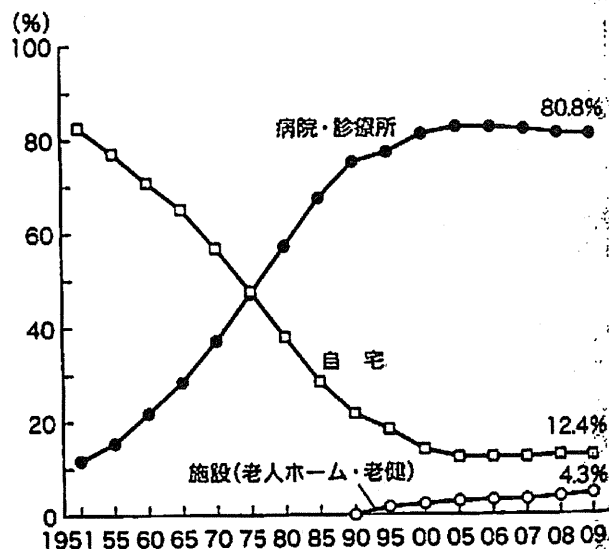


Fig. 1. 日本における死亡場所 (%) の年次推移
[厚生労働省人口動態調査より作成]

* H. Miura (部長) : 国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部。

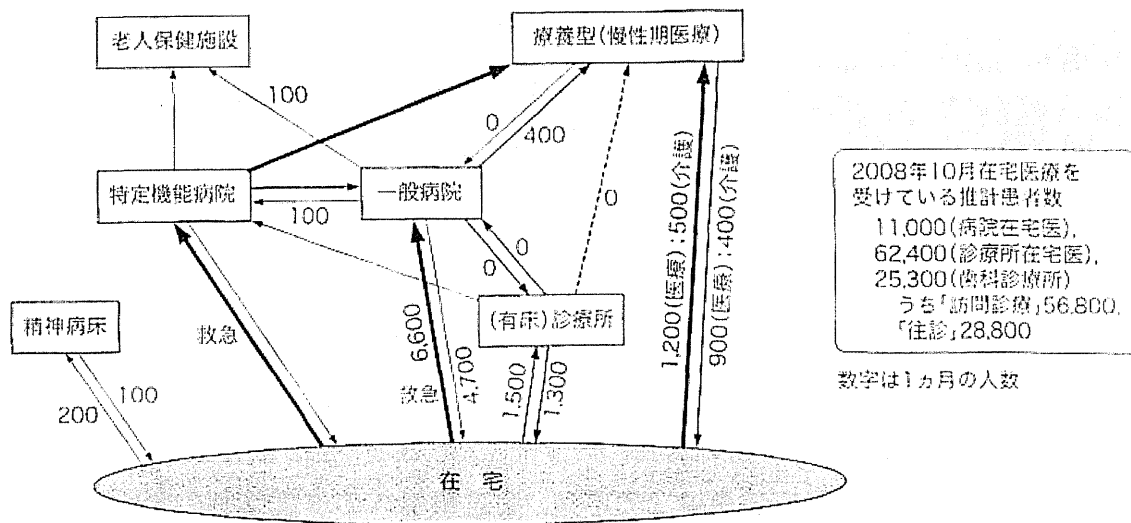


Fig. 2. 急変時の在宅患者の移動

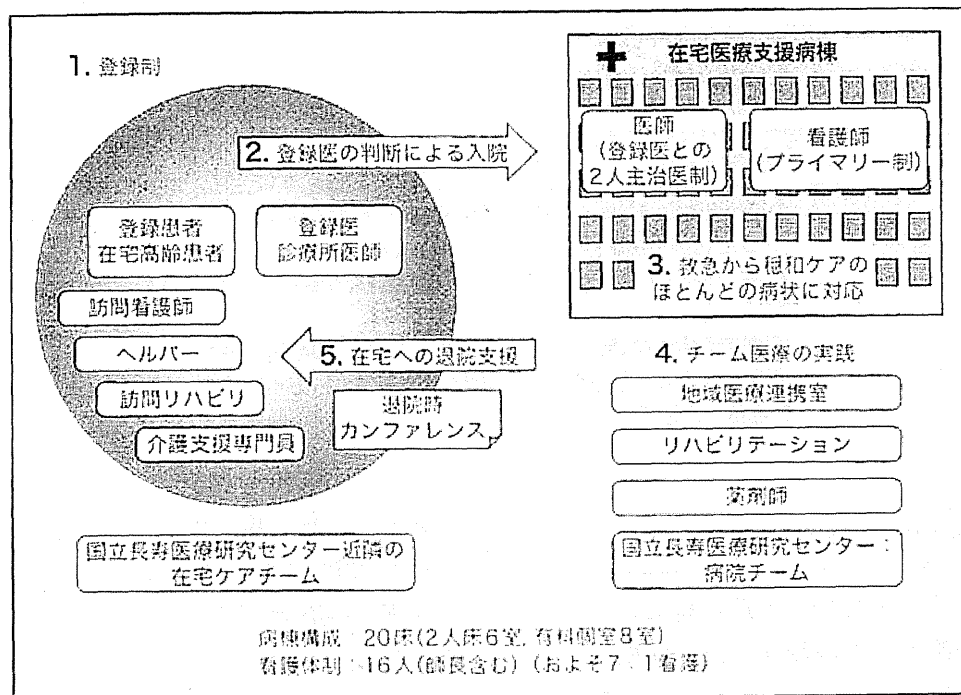
近な生活の中で自然な死を体験する機会が少なくて少なくなっている。現在は病院に最期の療養や看取りを依存している形だが、今後の看取りの場の推計では、在宅死亡数が現在の1.5倍程度に増えたとしても、2030年にはおよそ10万人の最期の療養の場が確保されていない状況になると予想されている。最期に療養を希望する場所についての国民へのアンケート調査ではおよそ6割ができるだけ長い自宅での療養を希望している反面、介護する家族に負担がかかることや、症状が急変したときの対応などに不安を感じている人が多いことが明らかとなっている¹。実際、2008年10月に行われた患者調査(Fig. 2)では、病院あるいは診療所による在宅医療(訪問診療および往診)を受けている人は7万3千人と予想されているが、このうち、1ヵ月間に入院した患者数をみると約1万人が入院し、8千人が退院後在宅に戻っており、在宅患者の入院率がかなり高いことがわかる。在宅医療をはじめ、安定して継続するためには、急変時など、在宅療養の継続のための積極的な受け皿作りが必要と思われる。

在宅医療の制度○

診療報酬上の在宅医療が制度化されたのは、1981年インスリンの在宅自己注射指導管理料の

導入である。その後、第一次医療法改正により医療計画がスタートした翌年(1986年)に老人保健法が改正され、この改正で診療報酬に「寝たきり老人訪問診療料」が新設され、在宅医療が推進された。1992年の第二次医療法改正では、「居宅における医療提供の場」として位置づけられ、さらに1994年、健康保険法の改正において在宅医療が「療養の給付」と位置づけられた。かつて「往診」と呼ばれていた在宅医療は、重度の疾病によって寝たきりになっている患者や、急に容態が悪化した患者に対して救急的に行うことが多かったが、近年の「在宅医療」は、急性期の治療が終わり、回復期の療養を行う患者や、慢性疾病のため、定期的な治療を必要とする患者が対象となってきている。その後も1998年の診療報酬改定において、「寝たきり老人在宅総合診療料」および「24時間連携体制加算」が新設され、2006年および2008年には、在宅療養支援診療所と「在宅療養支援病院」がそれぞれ診療報酬上の制度として整備されている。このような中、国立長寿医療研究センターでは、全国の在宅医療に関わる団体、研究会、学会の担当者を招集し、「在宅医療推進会議」を設立、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会議を2007年より開催している。また、在宅医療推進会

在宅ケアチームと病院チームによる切れ目のない医療・ケアの実践を目指して



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(現在50人)
 - ・在宅患者→登録患者(現在177人)
 - ・登録医の判断により入院・継続支援
2. すべての在宅医療・ケアに対応
 - ・救急から看取りまで
3. 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
 - ・復帰支援(主に初回退院)

Fig. 3. 在宅医療支援病棟(2009年4月開棟)

議の活動として作業部会を作り、在宅医療に関わる全国的な調査や人材養成の方策の検討などを行っており、この流れの中で2008年に全国在宅療養支援診療所連絡会が発足し、各地域で在宅医療推進フォーラムなどのシンポジウムが開催されている。また、同年には国として積極的に在宅医療を推進する目的で厚生労働省内に在宅医療推進室が設置されている。最近では2011年6月の社会保障・税一体改革成案においても、「今後の在宅医療の充実など(診療所などにおける総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護などの計画的整備など)」が打ち出されている。このように矢継ぎ早に在宅医療推進に向けての政策が打ち出されている反面、国内の在宅医療は、訪問看護師の不足など、従事する人材の不足などによりなかなか進んでいない状況にある。このような

中、国立長寿医療研究センターでは、2009年4月に在宅医とのシームレスな連携を目指すモデル病棟を開設し、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。以下に開設後2年が経過した時点での成果や今後の課題について述べる。

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。

Table 1. 病棟開設後の主な実績

2009 & 2010 年度入院数	514 件(280 人; 22~104 歳)
在宅復帰率(病院で最期を迎えられた方を除く)	94%
自宅で最期を迎えられた方の割合(在宅死率)	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 人→70 人)。
2. 在宅復帰率が 94% で入院された方の多くが自宅に戻られている。
3. 病棟を利用され自宅で最期を迎えられた方の割合(在宅死率)が 33% と平成 21 年度愛知県平均(11.9%)の約 3 倍高い割合を維持している。

在宅医療支援病棟の構成と機能(Fig. 3)◎

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。病棟ベッド数は個室 8 室(有料)、2 人床 6 室の計 20 床からなる。看護体制は 16 人、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作っており(Table 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 2 人主治医体制であるが、総合病院の中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時の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。この病棟はさらに、他病棟に入院した患者のうち、退院後は訪問診療に移行する予定の患者に対し、当病棟への転棟により、家族への密な退院支援を介して、退院後の不安を解消するような活動も並行し行っている。

2009 年度および 2010 年度のこの病棟への入院患者はのべ 514 件(280 人、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(Fig. 4)。2011 年 1~3 月期の病床利用率は 65.8~88.1% であった。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。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% に上った。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、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 人のうち 76 人が死亡し、死亡場所は病院 51 人、退院後の自宅死亡 25 人と、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。

病棟開設後の 2 年間に、地域の在宅医(診療所)と病院の連携が開設時の登録医 12 人から 70 人に広がった。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。入院患者の在宅死率が 32.9% と 2009 年度の愛知県平均(11.9%)の約 3 倍高い割合であ

1. 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月の病棟利用率	65.8~88.1%
平均入院日数	18.8日

2. 入院患者の基礎疾患(2009 & 2010年度)

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%

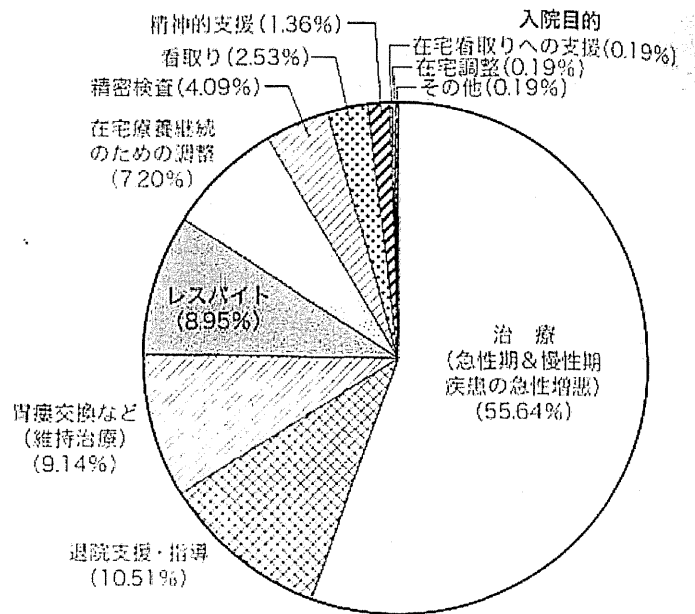


Fig. 4. 在宅医療支援病棟入院状況

り、この病棟は在宅死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率を上昇させる可能性があることが示された(Table 1)。

在宅医療支援病棟を中心とした地域活性化(Fig. 5)○

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大変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。病棟では在宅医療チームと病院チームとの医療スタッフの協働の一環として、退院時カンファレンスや退院前の自宅訪問を積極的に行っている。さらに、多職種連携の促進のため、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)を行うとともに、センターと在宅医、在宅患者、訪問看護ステーション間の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・研究を並行し行っている。このように在宅医、訪問看護師、包括支援センター、介護、

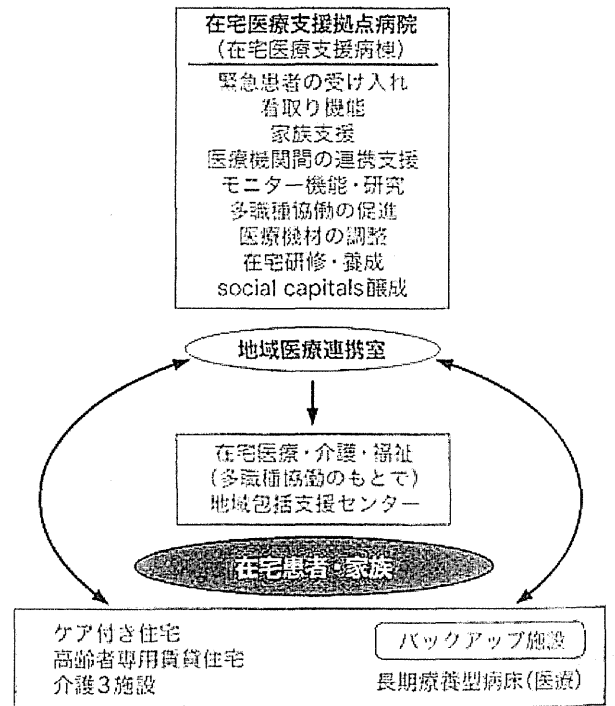


Fig. 5. 在宅医療支援モデル

行政のスタッフが集まり、地域活性化に向けての活動を行うにあたり、病棟の活動のみでなく、地域の在宅医療・介護を総合的に推進する拠点の存在が必要と考えられる。

高齢者のための新しいコミュニティ作り○

2011年度の介護保険法改正により、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する「地域包括ケアシステム」が今後推進されるが、このような活動を通じてさらに医療福祉連携が促進されることが予想される。この理念の実践のためには、東京大学高齢社会総合研究機構が行っている柏プロジェクト

「Aging in Place」や実際に東日本大震災の被災地で実践されているような高齢者に優しく、世代間交流が保てる街作りを国全体で押し進めていく必要があると思われる。

文 献○

- 1) 今後の終末期医療の在り方、終末期医療に関する調査等検討会(編)、中央法規出版、東京都、p61-64、2005

原著論文

認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGERの検討(第2報)

—— 妥当性の検討 ——

梅本充子・遠藤英俊・三浦久幸

【原著論文】

認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討 (第2報)

—— 妥当性の検討 ——

梅本充子^{*1}・遠藤英俊^{*2}・三浦久幸^{*2}

*1 照鏡クリストファー大学, *2 国立長寿医療研究センター

抄録

行動観察評価スケールNOSGER 翻訳版の妥当性の検討を行った。老人保健施設およびグループホームの入所・入居者、デイケアに通う高齢者計 59 人を対象に調査した。併存的妥当性では、「記憶」の得点と HDS-R, MMSE の得点相関係数は、-0.668, -0.610 であり、「道具を用いる日常行動」と N-ADL との相関は -0.575, 「セルフケア」と N-ADL との相関は 0.773, 「行動障害」と Behave-AD との相関は 0.705, 「感情」と Behave-AD (感情障害) との相関は 0.715, 「社会的活動」と NM スケール (関心・意欲・交流, 会話) との相関は -0.622 と、いずれもそれぞれ同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に有意な高い相関を認めた。さらに因子分析の結果、尺度構成の項目数にばらつきはあったものの、6 因子が抽出され、翻訳版の因子命名と英語原版の下位尺度との内容がほぼ一致し、認知症高齢者の評価指標として妥当性が示された。

Key words : 行動観察評価スケール, NOSGER, 妥当性, 信頼性, 認知

老年精神医学雑誌 22 : 1283-1290, 2011

はじめに

第1報¹⁾で述べたように、認知症は、認知機能障害と同時に日常生活への支障をきたす。認知症の初期段階では、介護者が患者の生活上の失敗や異変を感じて受診に至るケースも多い。認知症の早期発見からケアが必要となる過程の全般にわたり、医療・福祉が連携するためには、医師や専門家以外の患者に身近に接する介護者の視点から評価可能な尺度が必要とされる。しかし、簡便かつ包括的、専門家以外でも使用可能な評価尺度は、管見の限り国内では見当たらない。

筆者ら²⁾は、第1報で NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patient) による信頼性の検討を行った。その結果、本尺度は看護師・介護福祉士の評価者間ともに、Cronbach の α 係

数、Spearman 相関係数、 κ 係数の一致率が高く、その信頼性が示された。したがって本研究では、認知症高齢者に対する行動観察評価尺度 NOSGER の妥当性の検討を報告する。

NOSGER は、アルツハイマー型認知症に対する新たな薬物療法の開発において、薬効を判定する行動観察評価尺度として Spiegel ら³⁾により 1991 年に報告されたものである。NOSGER の構築にあたっては、精神疾患患者の行動障害を評価する尺度 NOSIE (Nurses' Observation Scale for In-patient Evaluation)⁴⁾と、老年精神疾患患者における評価尺度 GERRI (Geriatric Evaluation of Relative's Rating Instrument)⁵⁾の項目をできるかぎり多く取り入れた新しいスケール NOSGER が考案された。

妥当性の検討では、Spiegel ら³⁾により、既存の確立された尺度との相関が検討されている。研究は、多施設共同研究であり、11 か国 33 センター 370 人に行われた。対象者は入院患者 58%、

(受付日 2011 年 5 月 12 日)

Mitsuko Umemoto, Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura

*1 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原 3453

在宅42%であった。その結果、記憶の得点はMini-Mental State Examination (MMSE) 得点やWard Function Inventory (WFI) における「記憶」の下位尺度得点との間に、ともに0.82という高い相関が報告されている²⁰⁾。他の下位尺度についても類似する各領域を判定する尺度、または下位尺度との有意な相関が認められており、併存的妥当性が確認されている。NOSGERの下位尺度は記憶、道具を用いる日常行動、セルフケア、感情、社会的活動、行動障害の6つの下位尺度ごとに5項目を設定し、全体で30項目の包括的行動評価である。すなわち認知症による中核症状や認知症に伴う精神症状や行動の障害を行動の発生頻度によって評価したものである。評価は、「常時」「ほとんどつねに」「しばしば」「時々」「まったくなし」の5段階からなる。評価点は総合点で示され、低得点は障害の程度が軽いことを示し、高得点になるほど障害が重いことを示す(表1)。

I. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、愛知県T市老人保健施設の入所者、グループホームの入居者、デイケアに通う在宅高齢者の計59人であった。

2. 調査方法

実施期間は2002年8~9月で、尺度の妥当性を検討するため調査を行った。NOSGERの評定については、老人保健施設およびグループホームでは看護師、デイケアに通う高齢者については主たる介護者の家族に依頼した。看護師、家族に対して評定方法の詳しい説明は行わなかった。他の評価尺度として改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、MMSE、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)、N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (Behave-AD)も同時に測定した。

NOSGERの評価尺度の翻訳版は、新井¹¹⁾による翻訳のものを使用した。この翻訳版は、まだ日本語版としての尺度構成は行われていない。

3. 分析方法

統計解析ソフトはSPSS (12.0J)を使用した。

4. 倫理的配慮

調査にあたっては、研究の趣旨と目的、回答は自由意思であること、また自由意思の判断がむずかしい認知症の場合は、家族に文書で説明し、同意が得られた場合をお願いした。また研究に参加しない場合でも不利益は被らないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、調査票およびデータ管理は厳重に行うことを説明書に明記し、説明後同意を得た。

II. 結果

1. 研究参加者の属性

愛知県T市老人保健施設の入所者45人、グループホームの入居者6人、デイケアに通う在宅高齢者8人の計59人に調査を行った。性別は男性15人、女性44人、平均年齢 82 ± 8.1 (平均値 \pm 標準偏差)であった。HDS-Rの平均点 11.95 ± 8.26 、MMSE 15.56 ± 7.64 で、いずれも診断名は認知症であった(表2)。

2. 記述統計の結果

NOSGER得点分布は、下位尺度ごとに表3に示した。行動障害の得点分布については、他の下位尺度の得点分布に比べて最も低く 7.73 ± 2.39 を示した。

3. 収束的妥当性の検討

収束的妥当性は、NOSGERの6つの下位尺度と総得点とのPearsonの相関係数をみた。その結果を表4に示した。総得点との相関係数は、「行動障害」 $r = 0.477$ 、「感情」 $r = 0.621$ がやや低い傾向にあったが、他の4つの相関係数($r = 0.825 \sim 0.894$)は、有意に高い相関を示した。

4. NOSGER下位尺度と併存的妥当性の検討(表5)

「記憶」の下位尺度得点とHDS-R、MMSEの総得点は逆相関を示し、Pearsonの相関係数はそれぞれ $r = -0.668$ 、 $r = -0.610$ であった。「道具を用いる日常行動」の下位尺度得点とN-ADL総得点との相関係数は、 $r = -0.575$ 、「セルフケア」

表1 NOSGER 質問用紙

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

教示：患者さんの最近2週間の行動様式を調査しますので、以下の30項目についてご自身の観察に基づいて、最も該当する欄を選んでください。

		常時	ほとんど つねに	しば しば	時々	まったく なし
1	ひげ剃りまたは化粧、整髪が一人でできる	1	2	3	4	5
2	好みのラジオ・テレビ番組を理解する	1	2	3	4	5
3	悲哀感を訴える	5	4	3	2	1
4	夜間は落ち着かない	5	4	3	2	1
5	周囲の出来事に関心を示す	1	2	3	4	5
6	自室をきれいに保とうとする	1	2	3	4	5
7	排便はコントロールできる	1	2	3	4	5
8	中断後も会話の内容を覚えている	1	2	3	4	5
9	簡単な買い物（新聞や食料）に出かける	1	2	3	4	5
10	むなしさを訴える	5	4	3	2	1
11	ひとつの趣味を続けている	1	2	3	4	5
12	会話中に同じことを何回も繰り返す	5	4	3	2	1
13	悲しげにまたは涙ぐんで見える	5	4	3	2	1
14	身なりが清潔できちんとしている	1	2	3	4	5
15	施設や自宅から逃げ出す	5	4	3	2	1
16	親友の名前を覚えている	1	2	3	4	5
17	身体的に可能な範囲で他人の手助けをする	1	2	3	4	5
18	不適切な装いで外出する	5	4	3	2	1
19	いつもの環境では、順応している	1	2	3	4	5
20	質問するとイライラして不機嫌そうになる	5	4	3	2	1
21	周囲の人と交流する	1	2	3	4	5
22	衣類などの品物の置き場所を覚えている	1	2	3	4	5
23	言葉または動作が攻撃的である	5	4	3	2	1
24	排尿はコントロールできる	1	2	3	4	5
25	機嫌がよさそうである	1	2	3	4	5
26	友人または家族との交流を続けている	1	2	3	4	5
27	ある人を別の人と勘違いする	5	4	3	2	1
28	催しごと（来客やパーティー）を楽しむ	1	2	3	4	5
29	家族または友人と親しげに会話を楽しむ	1	2	3	4	5
30	頑固で、指示や規則に従わない	5	4	3	2	1

下位尺度、*逆点項目

- ①記憶：8, 12*, 16, 22, 27*
- ②道具を用いる日常行動：2, 6, 9, 11, 19
- ③セルフケア：1, 7, 14, 18*, 24
- ④感情：3*, 10*, 13*, 25, 28
- ⑤社会的活動：5, 17, 21, 26, 29
- ⑥行動障害：4*, 15*, 20*, 23*, 30*

(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. 翻訳：新井^リによる)

下位尺度得点と N-ADL 総得点との相関係数は、 $r = 0.773$ であった。また「感情」と Behave-AD の下位尺度（感情障害）との相関係数は $r = 0.715$ 、「行動障害」と Behave-AD との相関係数は $r = 0.705$ 、「社会的活動」と NM スケールの下

位尺度（関心・意欲・交流、会話）との相関係数は $r = -0.622$ であり、それぞれ同じような領域を判定する尺度、または下位尺度（外的基準）間にいずれも有意な相関を認めた。