

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 認知症患者の在宅介護とグループホーム

柴山 漠人 (認知症介護研究・研修大府センター)

厚生省の「認知症対策」として、1) 高齢者介護の中心的課題、2) 認知症の予防・治療法などの開発、医療と介護の連携、家族支援、権利擁護などへの取り組み、3) 認知症ケアを標準とする、4) 認知症のステージごとの観点、5) 地域づくりなどの住民活動、6) 認知症高齢者が安心して生活できる地域づくり、の以上6点を挙げている。

この中で、在宅介護とグループホーム (GH) に関連したことに言及したい。

この対策の中心に、日常の生活圏を基本としたサービス体系が置かれている。この考えの中には、小規模な居宅空間、家庭的雰囲気、なじみの人間関係、住み慣れた地域での生活の継続があり、これに該当するものとしては、在宅、グループホーム、小規模多機能ケア、ユニットケアなどがある。そして、地域包括支援センター等を中心とした連携体制、研修会・事例検討などによる認知症ケアのレベルアップ、虐待防止ネットワークづくり、徘徊 SOS ネットワークづくり、などがある。即ち、地域密着型サービスの構築である。この主管は市町村となる。一方広域利用となるのは、訪問系・通所系・短期滞在系・入所系・居住系サービスがあり、これらは都道府県の主管となる。なかでも新設の「地域包括支援センター」には、1) 介護予防のマネジメント、2) 総合相談・支援、3) 虐待防止などの権利擁護、4) 包括的・継続的マネジメント、という4つの機能を担う地域の中核機関としての位置づけがされている。運営主体は、市町村、その他市町村が委託する法人で、職員体制は、保健師、看護師、主任ケアマネージャー、社会福祉士等となっていて、設置・運営には、「地域包括支援センター運営協議会」(市町村、地域のサービス事業者、関係団体、被社会保険者の代表等で構成) が関わる。

グループホームについては、長崎県大村市の GH の火災事故を契機に、その対策としてスプリンクラーの設置、運営推進会議の設置、非常時体制の整備などが検討されている。

### 〈はじめに〉

厚生労働省 (以下、厚労省) は、政策的に認知症医療・介護について病院・施設から在宅 (医療・介護) へ大きくシフトしている。そして厚労省が今後の認知症対策として示している項目は、1) 認知症は高齢者介護における中心的課題である、2) 認知症の予防・治療法などの研究・開発、早期発見・早期診断・早期治療、医療と介護の連携、家族支援、権利擁護などに取り組む、3) 高齢者介護は、「身体ケア+認知症ケア」を標準モデルと位置づける、4) 認知症の進行ステージごとの観点で対応する、5) 地域づくりなどの住民活動の重要性を認識する、6) 認知症高齢者が安

心して生活できる地域づくりを目指す、以上の6点である。

これらを中心に、具体的に在宅介護について述べたい。

### I. 厚労省の政策

まず厚労省老健局長の諮問機関の高齢者介護研究会の答申した「2015年の高齢者介護」(2003年)が政策決定の基本となっている。この中で認知症高齢者ケアのあり方として、「尊厳の保持」を挙げ、1) 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重、2) 高齢者のペースで、ゆっくりと安心感を大事に、3) 心身の潜在能力を最大限に引き出

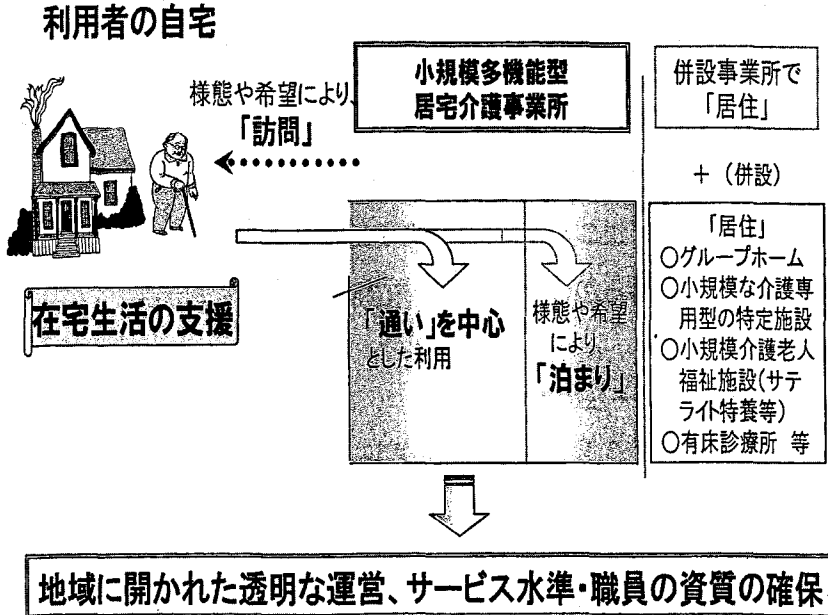


図1 小規模多機能型居宅介護のイメージ

し、充実感のある生活を、目指している。

これに基づき、日常生活圏域を基本としてサービス体系として、1) グループホーム、2) 小規模多機能ケア、3) 施設機能の地域展開（サテライトなど）、4) ユニットケアの普及、5) 事業者・従事者の専門性・資質の確保・向上、6)（ターミナルケア）が考えられている。これに沿って、地域密着型サービスが創設され、その趣旨は、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏域内でサービスの利用及び提供が完結するサービスを類型化し、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うこととし、市町村管轄となった。具体的には、小規模多機能型居宅介護として認知症高齢者対応型デイサービス、夜間対応型訪問介護、グループホーム、小規模介護専用型特定施設、小規模特養、等となっている。地域密着型サービスの報酬は、厚生労働大臣が報酬基準を定めるが、市町村が、一定の範囲内で変更が可能となった。小規模多機能型居宅介護は、「通い」

を中心とし、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることであり、小規模特養では、1事業所の登録者数は25名程度、1日当たりの「通い」の利用者数は15名程度、「泊まり」の利用者数は5～9名程度としている。「夜間対応型訪問介護」とは、居宅介護者について夜間に定期的巡回訪問により、又は、通報を受け、その居宅において介護福祉士その他により行われる入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって省令で定めたものをいう（図1、2）。

従来の一般的サービスである1) 訪問系サービス（訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導など）、2) 通所系サービス（デイサービス、デイケアなど）、3) 短期滞在系サービス、4) 居住系サービス（有料老人ホーム、ケアハウス）、5) 入所系サービス（老健、特養など）等は、都道府県管轄の広域利用となった。

また「地域包括支援センター」が創設された。機能としては、地域の中核機関であり、1) 介護予防のマネジメント、2) 総合相談・支援、3)

基本的な考え方:在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要  
 → 定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間対応型訪問介護」を創設

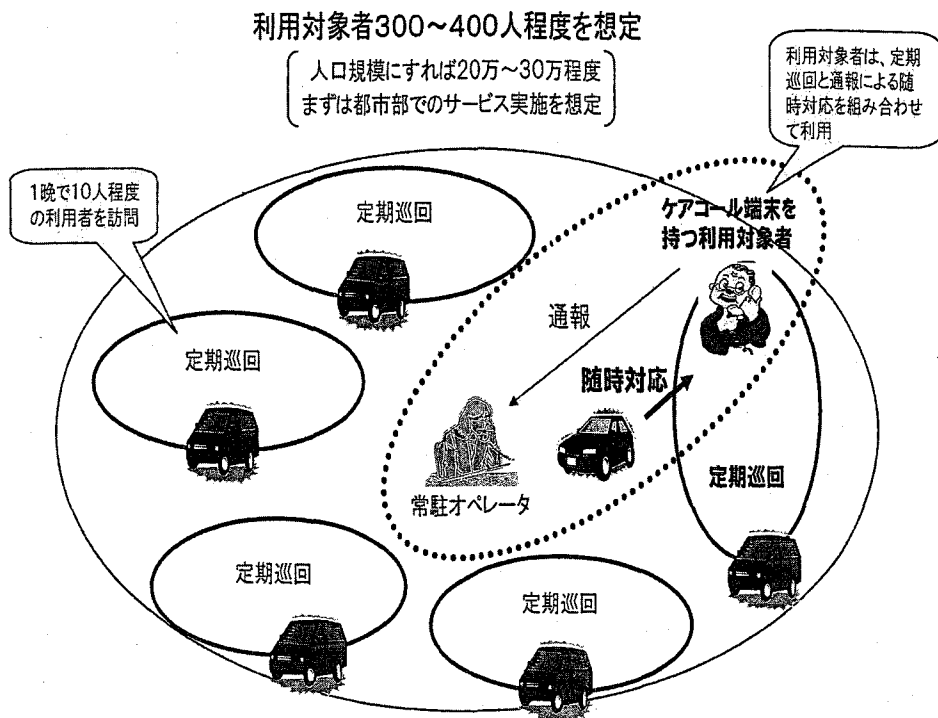


図2 夜間対応型訪問介護のイメージ

虐待防止などの権利擁護, 4) 包括的・継続的マネジメント, 等となっている。運営主体は, 市町村, 在宅介護支援センターの運営法人, その他市町村が委託する法人であり, 設置・運営に関しては, 公正・中立の確保, 人材確保支援等の観点から, 「地域包括支援センター運営協議会」(市町村, サービス業者, 医師会等関係団体, 被保険者の代表等で構成) が設けられた。職員体制は, 保健師又は看護師, 主任ケアマネージャー, 社会福祉士等となっている(図3)。

次に認知症のステージ・アプローチであるが, (1) 前駆~初期段階(第1期)では, 1) 予防プログラムの開発・普及, 2) 早期発見・早期診断, 早期治療, 進行遅延, 3) 本人への告知, 支援,

4) 家族への支援, 5) 地域包括支援センター等を中心とした地域関係者の連携体制作り, 認知症ケアのレベルアップ, 虐待防止ネットワークづくり, 徘徊SOSネットワークづくり, などである。(2) 中期(第2期)段階では, 目標としてサービスの質の確保・向上, 認知症ケアモデルの確立, 対策として1) 認知症の方のためのアセスメントシートの普及, 2) グループホーム, デイサービス等の質の向上, 3) 小規模多機能型居宅介護の制度化, 4) 特養, 老健, 療養病床における認知症ケアの質の向上, 5) 多世代交流型・共生型サービス, などである。(3) 後期(第3期:ターミナル・ステージ)段階では, 目標として骨折・肺炎等からの速やかな回復, 施設やGH・在宅での

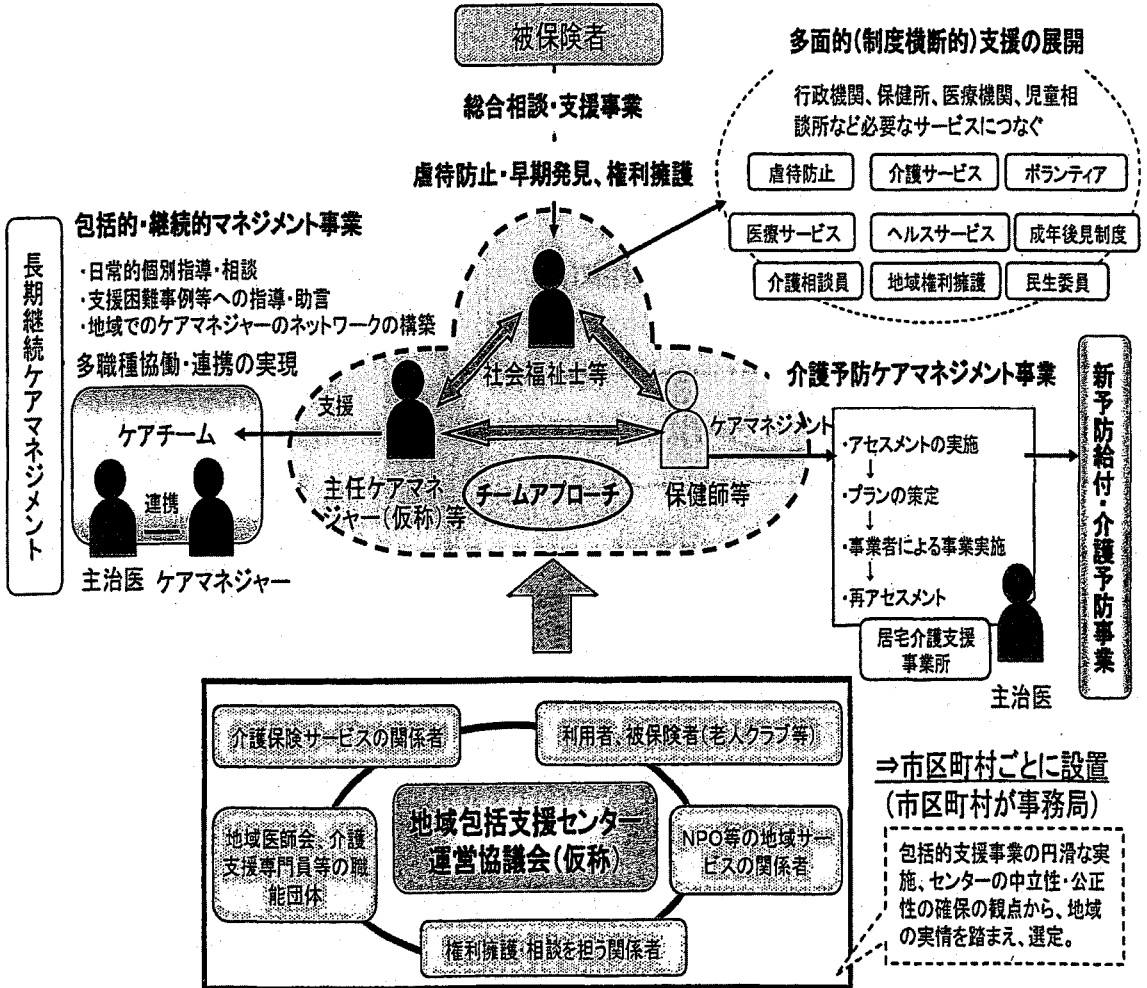


図3 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

ターミナル対応である。対策としては、1) 急性期病棟、回復期リハ病棟、施設、GH・在宅等間での連携体制、コーディネート、2) 施設やGH・在宅におけるターミナルケアの在り方の検討、などである。

また予防重視型システムへの転換も新しい点である。その背景には、要介護認定において、要支援と要介護1の著しい増加がある。そこで(1) 要介護認定において非該当者を対象に、地域支援事業として1) 介護予防サービス(運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上)、2) 既存のサ

ービス(認知症、うつ、閉じこもり予防・支援)を実施する。(2) 要介護認定において該当者を対象に、1) 新予防給付(上記1)と同様)、この対象者は要支援と要介護1の一部が該当、2) それ以外の該当者は、従来の介護給付となる(図4)。

ここで地域密着型サービスの中で厚労省が重視しているグループホーム(GH)について触れたい。GHは、施設基準としては収容定員は5~9人で、入居者3人に1人以上の職員、夜間は1人以上、ケアマネージャーと管理者が各1人(兼ねても良い)、居室は7.43m<sup>2</sup>以上となっている。

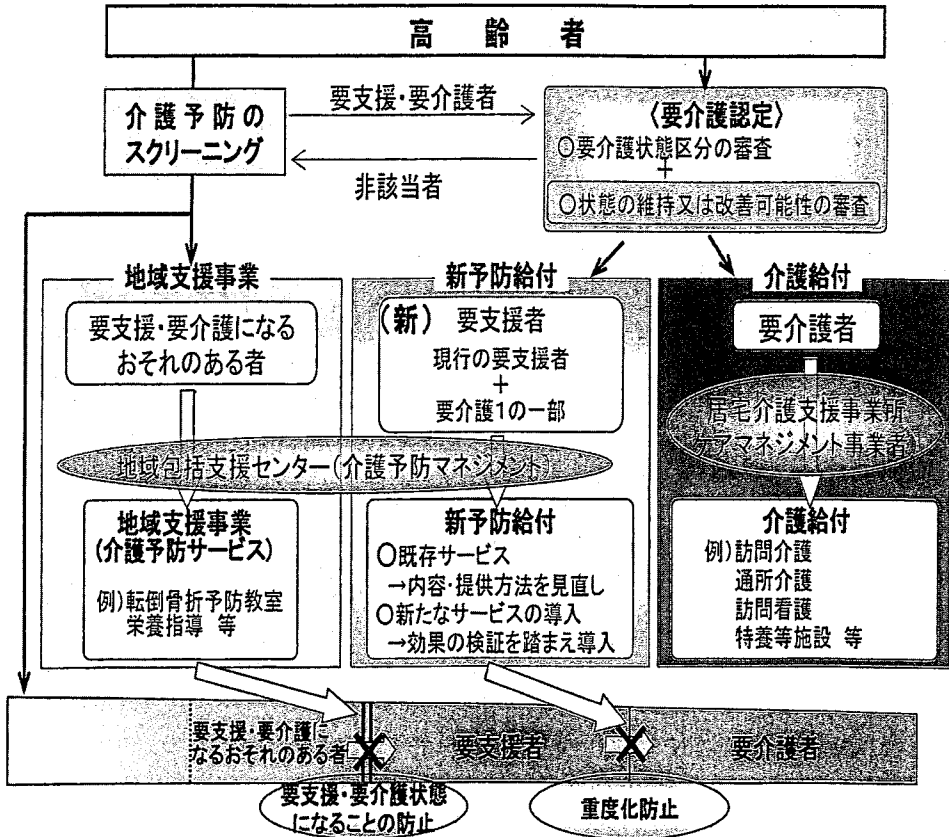


図4 予防重視型システムへの転換(全体概要)

メリットとしては、家庭的雰囲気とされているが、少人数だけに良くも悪くも運営理念などは管理者や職員の個性に影響され易い。複合施設でない場合は、医療との連携は必須である。また地域との交流は大切で、溶け込むことが求められる。現在第三者評価がされており、ショートステイの受け入れ(1人)も可能となった。長崎県大村市のGHの火災事故以後、スプリンクラー・火災報知装置などの非常時体制の確保が要請されている。また厚労省の方針で、家族・地域の関係者等を含めた「運営推進会議」の設置が義務付けられた。医療ニーズへの対応としては、日常的な健康管理に加え、感染症などの際には、速やかに医療を受け、退院後は継続して居住でき、更に看護師を1名以上確保し、ターミナルケアへの対応、「看取

り」に関する指針を策定し、利用者・家族等への説明と同意を実施することも課題となっている。

その他、厚労省の介護保険制度の改正によって、施設給付の見直しが行われ、居住費用・食費の見直し(低所得者に対する軽減措置)、サービスの質の確保・向上として、情報開示の標準化、事業者規制の見直し(指定の欠格事由、指定の取り消し要件の追加、指定の更新制の導入、勧告・命令等の追加)、ケアマネジメントの見直し(包括的・継続的マネジメントの強化、主治医・医療との連携の強化、ケアマネージャーの資質・専門性の向上、独立性・中立性の確保)等が実施された。

## II. かかりつけ医の役割

在宅介護においては、かかりつけ医の役割は極めて重要である。以下に主な点を指摘したい。

### (1) 早期発見して専門医療機関への紹介とフォロー・アップ

#### 1) 早期発見の意義

最近までは、認知症の中でも最も多いアルツハイマー病の治療法が全くなく、そのため、早期発見しても仕方がないといった悲観的な考え方が治療側に存在したことは否定できない。

しかし、この数年は、コリンエステラーゼ阻害剤（ドネペジルなど）の出現によって、様相が一変した。この薬剤により、アルツハイマー病の特に初期には著効する症例がかなりあり、早期発見の意義が強調されるようになった。

更に、近い将来、 $\beta$ アミロイドに対するワクチン療法の可能性もあり、日本でもチンパンジーで実験中であり、アメリカやスウェーデンでは、既に治験が開始されている。これらが実現すれば、早期発見は最重要課題になると考えられる。

現時点でも、早期発見により、本人および家族などの介護者のQOLを長く維持できるし、また本人の意思を尊重し、将来の財産管理、治療選択、ターミナル・ケアなどを予め決定できる（Advance Directives）。

#### 2) 早期に専門機関へ紹介し、フォロー・アップする

市民は、認知症を疑った段階で、まずかかりつけ医を受診する可能性が高い。

認知症の初期診断は難しいので、早期に専門機関での鑑別診断を依頼し、治療方針決定後は、フォロー・アップする。これにより患者・家族との信頼関係は深まるものである。また、必要に応じて躊躇なく専門機関へ相談したり、定期的チェックも良い効果が期待できる。

フォロー・アップに際しては、患者本人の心身の総合的健康管理と共に、介護者を含め家族の健康にも配慮するのがかかりつけ医の役割である。

### (2) 市民・住民の啓発・予防活動

かかりつけ医は、市民・住民と最も親しい関係にあるので、その活動の効果は絶大である。従って、役割としても啓発・予防活動の中心になる必要がある。

そのためには、「認知症疾患および認知症ケア」に関する知識・臨床経験が要求されるので、自己研鑽が必要である（厚労省は、認知症サポート医の養成を実施）。

最近マスコミでしばしば報道されている住宅リフォーム詐欺や振り込め詐欺などの財産被害から患者本人の権利・利益を守るために、「成年後見制度」の活用も重要であり、必要に応じて勧める方がよい。その場合は、後見人は、第3者で、団体・法人が望ましい。何故なら全国社会福祉協議会の調査では、財産被害の加害者は、家族・親族が60%以上を占めるとのことである。

予防活動では、厚労省の「介護予防」にあたる「筋トレ」「口腔ケア」「栄養指導」「脳活性化」などの啓発・指導などでは、かかりつけ医は、リードする立場にある。

### (3) 行政・福祉・介護分野との連携

厚労省の認知症対策の方針としても、認知症の方を地域で支えるシステムを指向しており、そのためには、医療・福祉・介護・行政の密接な連携は不可欠である。その中でも医療の中核となるかかりつけ医が、その影響力からもイニシアティブをとることが重要である。しかし、独善的態度や自分の価値観を押し付けるのは禁物で、急所を押さえて、しなやかに対応することが望ましい。

連携のシステムの構築には、「千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワークフロー図」を参考に、各層のチーム・アプローチを検討して頂ければ幸いである。（図5）

### (4) 家族への対応

医療・介護の活用については、実際に介護している人（主介護者）の意見を反映して方針を決定する。たまに訪問して、あれこれ干渉する親族等

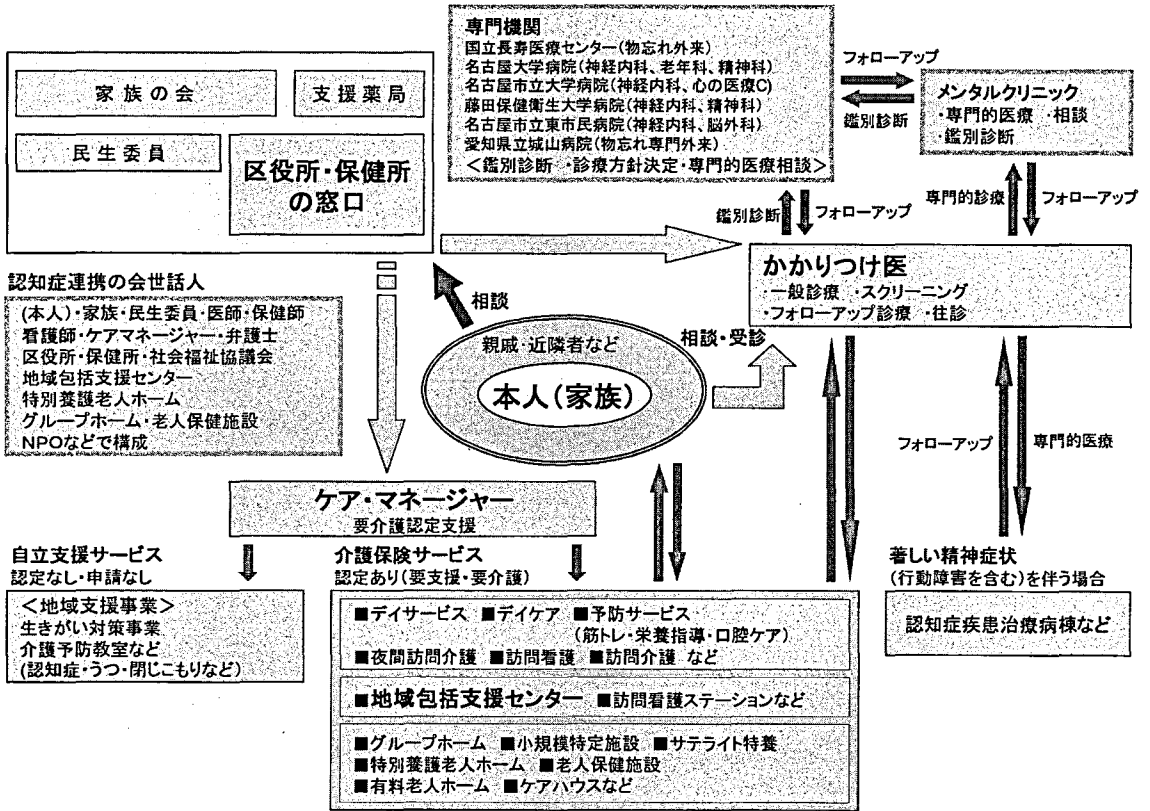


図5 認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図

の意見は重視しない。医師の自分の価値観・介護観を家族に押し付けないように配慮し、また家族間の意見の相違などある場合は、レフェリーにならないように注意する。そして家族全員で、主介護者を支えるように助言する。

また、医療・介護に関しても、一般的原則よりも個々の事情を勘案する。患者・家族の意思決定を援助する。家族には疾患の理解を助ける機会を提供するが、決定は任せる。即ち医療・介護上の判断には、節度ある介入に留める。更に世間体や義務感で、無理をしないように助言する。公的医療・介護関連サービスはできるだけ利用するように勧める。

専門医の説明を、更に判り易く本人・家族に説明してあげる。患者のフォロー・アップは、かかりつけ医と専門医の2本立てを貫く。即ち定期的

に、または容態に変化のある場合には、専門医のチェックを受ける。これにより医師患者（家族）関係の信頼は深まる。

更に認知症の方の介護は、圧倒されるようなストレスと疲労を伴うものなので、介護者自身の精神的・身体的健康管理をして、休息や趣味に打ち込む時間を確保する、親族、友人、ボランティアなどから支援を受けることを拒まない、本人（患者）の病状を受け入れると、気持ちが楽になる、等の助言をしてあげる。

病状に余裕のある段階で、施設や病院を見学し、将来に備えるように勧める。いずれにしても介護者への精神的サポートは重要である。

(5) 介護保険制度における役割

21世紀になって、日本は超少子化・高齢化社

会を迎えて、高齢者の激増と共に、認知症高齢者も増加し、それに対応して、2000年に介護保険制度と成年後見制度が施行された。社会保障は、資源制約が著明となり、年金・医療保険・介護保険共にその運営は厳しい環境にある。介護保険は、自立支援と利用者本位となり、認定された要介護度までしか給付されない。その点が医師の裁量によって給付が受けられる医療保険と異なる。

介護保険制度の中での医師の役割としては：

- 1) 介護保険給付対象者を医学的に管理・指導する。
- 2) 要介護認定においては、かかりつけ医の意見書の中で、病状・予後などについて見解を述べ、2次判定に寄与する。
- 3) 要介護認定審査会の委員としても活躍が期待される。

以上3点が主要なものであるが、介護保険の改正により、「介護予防」が導入され、また認知症高齢者を地域で支えること（在宅ケア）が主眼となり、それに連動して、「地域包括支援センター」、「小規模多機能型居宅介護」などが新設されることとなった。

「地域包括支援センター」の運営には、医師会・行政・保健所・施設・居宅サービス業者・民間団体等からなる運営協議会の設置が義務付けられている。

またケア・カンファランスへの参加が求められている。予防給付対象者の選定における「主治医意見書」の一部見直しが行われる。

これらは、見方を変えれば、「かかりつけ医の復権」ともいえる。従って今まで以上にかかりつけ医の役割の重要性が増大したわけで、これまでより一層の介護・福祉分野との連携と自己研鑽が求められている。

### Ⅲ. 認知症患者の在宅介護の原則と課題

認知症患者の在宅ケアの原則としては、1) まず（本人及び）家族に認知症は病気であることを認識してもらう、2) 本人の現在の状態の把握と共に、本人の背景（精神的問題、身体的問題、家

族構成・力動、経済的問題、生育歴、学歴、職歴、趣味、嗜好、倫理観、宗教観、人生観など）を多面的に配慮し、本人のニーズに合った最適のケア（個別ケア）を心掛ける、可能な限り本人の自己決定を尊重し、Well-Beingを重視し、QOLに配慮したPerson-centred-Careを目指す、3) 原因となる疾患によってケアは異なることを理解してもらう、4) 「なじみの人間関係」や「なじみの環境」をつくる、5) 自尊心を尊重し、「してあげるケア」から潜在能力を活かし、本人の自立の支援を行う、6) 地域の力を借りる、7) ケアをする家族にも、十分なケアをする、8) 保健・医療・福祉・介護・行政の密接な連携を図る、9) その他（認知症のレベルに合わせたケア、説得しない、などの具体的対応）等々がある。

認知症患者の在宅ケアの課題ないし問題点としては、1) 本人の立場では、在宅の生活を希望されることが多いが、老老介護、独居、介護家族の不在（子供が生活維持のため、働きに出る、病身である、など）などの事情があり、困難が多い、2) 介護保険制度の要介護認定において、特に認知症の認定が不十分な点がある、調査員や主治医の知識・経験不足のため、例えば、血管性認知症では、まだら認知症を見逃したり、前頭側頭型認知症では、人格障害と混同し易い、など、3) 全国社会福祉協議会の調査でも、息子をはじめ家族による虐待（身体的・精神的・財産的）がかなりあり、対応が必要である（高齢者虐待防止法が制定）、4) 介護療養型病床の削減などあり、緊急時などの受け皿の確保はどうするのか、等々の課題が解決されないと、十分な在宅ケアは困難である。

### 文 献

- 1) 厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室：認知症をめぐる状況と今後の認知症対策について、2005
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護。厚生労働省、2003
- 3) 朝日新聞：認知症の人などの財産被害、6割は親族・知人から、2005年8月19日
- 4) 厚生労働省：介護保険制度改革の概要。厚生労働



省, 2006

5) 武田雅俊編: 現代老年精神医療. 永井書店, 東京, 2005

6) Mendez, M.F., Cummings, J.L.: *Dementia. A Clinical Approach*, 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Elsevier Inc, Philadelphia, 2003

7) 本間 昭: アルツハイマー型痴呆の治療とその実際. *アルツハイマー型痴呆診断・治療マニュアル*. 日本老年精神医学会, p.129-163, 2001

8) Feldman, H., et al.: A 24-week, randomized, double-blind study of Donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology*, 57; 613-620, 2001

9) Homma, A., et al.: Clinical efficacy and safety of Donepezil on cognitive and global function in patients with Alzheimer disease. A 24-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in Japan. *E2020 Study Group. Dement Geriatr Cogn Disord*, 11; 299-313, 2000

10) Winblad, B., et al.: A 1-year, randomized, placebo-controlled study of Donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology*, 57; 489-495, 2001

11) 原 英夫: アルツハイマー病のワクチン療法. *Dementia Japan*, 18; 80-83, 2004

12) Moorhouse, A., Weisstub, D.N.: Advance directives for research: Ethical problems and responses. *Int J Law Psychiatry*, 19; 107-141, 1996

13) Sass, H.-M.: Advance directives for psychiatric patients? Balancing paternalism and autonomy.

*Wien Med Wshr*, 153; 380-384, 2003

14) Allen, R.S., et al: Advance care planning in nursing homes: correlates of capacity and possession of advance directives. *Gerontologist*, 43; 309-317, 2003

15) 厚生労働省: 認知症対策の推進について (認知症サポート医養成研修事業及び普及啓発事業). 厚生労働省ホームページ, 2006

16) Kitwood, T.: *Cultures of care: tradition and change. The New Culture of Dementia Care* (ed. by Kitwood, T., Benson). Hawker Publications, London, p. 7-11, 1995

17) 長谷川和夫: 認知症診療のこれまでとこれから. 永井書店, 東京, 2006

18) 須貝佑一: ぼけの予防. 岩波書店, 東京, 2005

19) 藤本直規: かかりつけ医と専門医の連携システムについて. *Gerontology*, 15; 239-146, 2003

20) 矢富直美: 早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方. *老年精神医学雑誌*, 14; 20-25, 2003

21) ハツ森 淳: 痴呆症の予防・治療・ケアのための地域ネットワークづくり. *日本痴呆ケア学会誌*, 2; 216-225, 2003

22) 小澤 勲: 痴呆を生きるということ. 岩波書店, 東京, 2003

23) 室伏君士: 痴呆老人への対応と介護. 金剛出版, 東京, 1998