

Health and Welfare Department

岩屋孝彦 (Takahiko Iwaya)

水戸部英貴 (Hideki Mitobe)

アメリカの高齢者介護（その2）

痴呆症の患者に対する介護については、アメリカでも日本と同様、さまざまな課題が残されている。痴呆症に伴って記憶や知識を失っていくことは、多くの高齢者にとって身体障害となることよりも大きな恐怖の対象となっており、また、痴呆症患者を抱える家族にとっては、実質的な介護関連の問題に加え、実の家族の顔すらわからなくなっていく親を見続けることは精神的に大きな苦痛となっている。痴呆症介護の問題は、財政面のみならず、ニーズにあった施設サービスの供給といった面で、今後、緊急な対策が必要な分野である。高齢者介護レポート第2回目は、アメリカでの痴呆症患者の介護について簡単に現状を説明する。

1. アメリカにおける痴呆症患者の概要

この章では、アルツハイマー協会ホームページの、痴呆症患者及び関連費用に関する情報を要約する¹ことにより、アメリカにおける痴呆症患者の全体像を説明する。

アルツハイマー型を含む痴呆症の患者はアメリカでも増え続け、2010年には550万人にのぼり、ベビーブーム世代が後期高齢者になる2050年頃には1400万人にもものぼると言われている。

ローエングループの研究報告によると、メディケアが支払うアルツハイマー型の痴呆症患者の治療費は2000年には319億ドル、2010年には493億ドルまで上昇するという。同報告ではメディケイドについても同様に費用増大を見込んでいる。メディケイドはナーシングホームの主な支払い元となっているが、痴呆症患者増加に伴い、痴呆症関連費用は2000年に182億ドル、2010年には330億

¹ www.alz.org/media/news/current/040301

http://www.jmari.med.or.jp/

ドルにものぼると予測されている。痴呆症患者は他の患者と比較して一人あたりの医療費が嵩むことも報告されている。例えば痴呆症患者はメディケア利用者の10%に過ぎないが、メディケア支出の14%以上がこの10%の痴呆症患者に費やされている。メディケアにおける痴呆症関連費用は、2010年には全体の約16%にものぼるであろう、という予測がたてられている。

このような膨大な社会的コストを背景に、近年ではアルツハイマー症の治療法を見つけ出す研究費用を政府がもっとだすべきだ、という動きも強まっている。これまでの研究により、アルツハイマーの症状進行を遅らせる薬はいくつか出てきてはいるが、根本的な治療方法はいまだに見つかっていない。このため、痴呆症患者とどう対処しどのように介護するか、という課題に取り組む動きが活発になっている。以下にアメリカにおけるいくつかの痴呆症介護の動きをご紹介します。

2. 在宅における痴呆症介護

(1) 家族介護者への教育

アメリカでは痴呆症患者の約7割が自宅で生活していると言われている²。これらの患者のほとんどは配偶者や子供による家族の介護を受けている。このため、在宅の痴呆症介護プログラムの多くは介護者である家族に焦点が当てられている。

第一のステップとしては、家族介護者への教育と援助が挙げられる。アメリカにはアルツハイマー協会(www.alz.org)という、全国レベルの痴呆症患者とその家族に対する支援団体があり、各地域に事務所を設けている。この協会のサービスのひとつが家族の教育と支援である。各地域の事務所では、セミナーや介護者のサポートグループなどが催される。

最近ではさまざまなメディアがアルツハイマー症を取りあげているため、この病気に対するイメージはかなり改善されつつあるが、高齢者の間では、まだこの病気に対する悪いイメージが完全には取り払われていない。

この病気に関する情報が少なかった時代を通り抜けてきた高齢者、特に介護者の多くは、痴呆症を患う家族の症状がかなり重くなって手に追えなくなるまで、サービスを受けようとしにくいケースが多い。また介護者の多くは、痴呆症患者の行動変化を理解するのに苦労する。この際役に立つのが、この病気がどのように人間の行動に変化を及ぼすのか、という知識である。また介護する家族は、患者とどのように接するべきか、ということも勉強する必要がある。例えば、痴呆症患者によっては、自分の持ち物をとられた、と思うケースが数多く見られるが、このような場合、家族はまず「こういった症状はよく見られるケースである」ということを知る必要がある。また患者と議論したり説き伏せようとするよりも、他に気をそらしたり持ち物の管理方法を変えたりするほうが効果的である、という情報も家族にとって役立つものである。

² Reynold (2001)

(2) 一時預かりプログラム

教育プログラムに加え、患者の一時預かりプログラムも介護をする家族を支援する一つに挙げられる。一時預かりプログラムはさまざまな形で見られるが、これらのプログラムにより、家族介護者は他の用事をすませたり、自分自身の楽しみの時間を持つことができる。

このようなプログラムにはホームヘルパーの患者宅訪問も含まれるが、その費用については、日本のように介護保険制度がないため、家族が自腹を切って支払うケースが多い(メディケア及びメディケイドもホームケアをカバーすることはするが、メディケアは医療行為が必要な患者用であり、メディケイドは低所得者のみを対象としている)。また、ケアスタッフの不足により、ホームヘルパーを頼もうと思っても見つからないケースも多く見られる。

デイプログラムも一時預かりプログラムの中で大きな役割を果たしている。デイケアプログラムはだいたい午前8時から午後6時までというスケジュールで、介護やレクリエーションプログラムを提供する。痴呆症患者の家族は週に1日から7日、という幅広い選択の中でデイケアプログラムを利用することができる。民間の医療保険の多くやメディケアはデイケアをカバーしないため、利用者が費用を自己負担するケースが多い。メディケイドは費用負担するが、支払い額がかなり低いため、サービス供給者の中には、スタッフ数を減らさざるを得ない状況に陥っているケースも見られる。介護者や痴呆症患者自身がデイケア利用に対する懸念を持つケースも多く見られるようであり、今後、より多くの患者及び介護者が抵抗無く利用出来るプログラムを作ることが課題となっている。

(3) 痴呆症の早期発見

痴呆症の早期発見にも近年力が入れている。アルツハイマー症のはっきりとした診断は死後に解剖することによってしかわからないとはいっても、研究成果と知識を駆使して、現在ではかなり正確なアルツハイマー症の診断が可能となっている。

症状を遅らせる薬によっては、痴呆症初期に投薬しなければならないものもあり、この面からも早期発見は近年大切になってきている。アルツハイマー協会では、医師のアルツハイマー症診断の訓練推進を呼びかけており、また、民間の医療保険会社によっては、医師がアルツハイマー症を正確に診断し、介護者をアルツハイマー協会などの支援団体へ紹介しやすくするための体制作りを始めているところもある。

近年の早期発見から、これまで思われていたよりも多くの初期痴呆症患者が存在することがわかってきている。このような初期痴呆症患者は、この病気に関する情報や今後患者自身に見られるであろう変化なども理解することができる。これらの患者のためのサポートグループも多く見られ、患者同士が支援しあっている。また、遺書作成や代理人指定、金銭面での計画など、将来への準備をすすめるに当たっての支援も初期痴呆症患者にとって役立つサービスである。しかし、特に過疎地域において、初期診断はまだまだ数少なく、サポートグループを組織するにも、患者の数が集まらないケースも多い。

このような状況を背景に、チャットルームなどで在住地域に関わらず患者や家族同士のネットワークをつなぐことが可能なインターネットに大きな期待が集まっている。

3. 施設における痴呆症介護

(1) アシステッド・リビング

施設での痴呆症介護で最近特に注目を集めているのが、痴呆症患者を対象としたアシステッド・リビングである。これらの施設の中にはかなり画期的なデザインのものも見られる。例えば徘徊者用の庭が施設内に設けられ、入居者は壁に沿った庭を散策しながら無事に施設の建物に戻れる仕組みとなっている。入居者の部屋は出来るだけ施設色を避け、「家」の雰囲気を保つようにデザインされている。通常入居者はバス付きの個室を与えられ、10人から12人単位ごとに、共同のレクリエーションルームが設置されている。ナーシングホームとの大きな違いは、介護に重点が置かれていることである。アシステッド・リビングではスタッフのほとんどが介護にあたり、看護サービスはかなり限定されている。だいたいの施設では、看護婦は夜間の緊急コールのみで在勤のケースは稀である。介護スタッフは入居者の日常生活の支援又は施設内のプログラム支援を行う。このような介護サービスモデルは、後期痴呆症患者を除き、効果的であると言われている。アシステッド・リビングは従来のナーシングホームと比較し、約半分の費用で賄われるために経済的ではあるが、メディケアやメディケイドといった医療保険ではカバーされないため、費用はすべて自費となる。ナーシングホームの半額とはいえ、月に約3000ドルかかる費用を考慮すると、アシステッド・リビングは誰もが取れる選択肢でないことは明らかである。

(2) 介護スタッフの不足

施設においても在宅においてもアメリカで問題とされているのが介護スタッフの不足である。介護スタッフの賃金は他の職種と比べてもかなり低く、離職率も高い。介護スタッフの不足は、痴呆症患者にとっては特に問題となる。

第一に、新入りの介護スタッフは痴呆症患者の症状や行動問題についての知識に乏しいケースが多く、スタッフの教育及び訓練が必要となる。しかし、スタッフの離職率が高いため、教育を受けたスタッフの多くはその後すぐに他の職についてしまい、教育に費す時間や費用が無駄になってしまうことも多い。

痴呆症患者は、決まった人間が決まったことをする日課（ルーティンワーク）にかなり頼るため、介護スタッフが頻繁に変わることは患者にとっても混乱を招き、問題行動も起こしやすくなる。

政府のナーシングホームやホームケア供給者への支払額を考慮すると、近い将来に介護スタッフの賃金が改善されることは望めそうにないが、供給者団体などが、介護スタッフの労働環境改善に向けて、政府に働きかける動きも出てきている。

(3) 後期痴呆症患者

初期及び中期痴呆症患者と比べ、後期痴呆症患者はいくつかの特殊な課題を抱えている。痴呆症の後期に入ると、患者の多くはナーシングホームでの看護が必要となり、またコミュニケーションをとるのが困難となる。徘徊や暴力、わめき出すケースも数多く見られる。これらの症状はこれまで鎮静剤を投与して処理されてきた。現在でも鎮静剤は使われてはいるが、最近では、薬を使用する前に、患者の行動を理解した上でコミュニケーションをとろう、という動きがかなり見られる。

第一のステップは医療消去法(Medical rule-out)である。これは患者の行動を長期にわたって調査し、いつ、どのような状況下で問題行動がおきやすいかを把握し、いかなる対処の仕方が問題行動の削減に効果的かを評価するものである。例えば、患者が問題行動を起こした場合、考えられる可能性としては、1) 痛みで苦しんでいる、2) 何か健康状態に異常がある(例えば脱水症状、肺炎、骨折等)、3) 薬の副作用が出ている、4) 他の生理的ニーズがある(例えば空腹、喉の乾き、排泄、温度が高すぎるまたは低すぎる、疲労等)、などが挙げられる。これらのニーズを一つずつ満たすことで問題行動がなくなるのであれば、鎮静剤を使用する必要はなくなる。

また、患者のこれまでの経歴を家族から入手し、問題行動との関連性を理解することもスタッフの重要な任務のひとつである。痴呆症にかかる前に患者がとっていた生活パターンを理解することは、問題行動と対処していく上でかなり役立つことも多い。

例えば、ある患者が午前3時に起き出して施設を抜け出そうとしたケースがある。この際睡眠薬を投与することも選択の一つとして挙げられるが、この場合、翌日の患者の行動に影響がでてしまう。薬で対処する代わりに介護スタッフが毎朝その患者に付き添うこととし、スタッフが静かに患者を外までついていくと、彼は入り口の階段に座っていた。スタッフが患者に「何をしていますのですか?」と聞いたところ、患者は「炭屋のトラックを待っている。」と返事をした。彼は40代から50代にかけてビルの管理人をしており、毎朝炭が配達されるのを待つのが日課だったのである。その後もスタッフはこの患者毎朝付き添い、彼の話聞くことにした。ある朝彼がナースステーションを通り過ぎた際、看護婦が「トラックの配達時間ですか?」と聞いたところ彼は「いいや。組合のトラックはいつも遅れるから。」と言い、引き返して自分のベッドに戻っていった。この例のように、わかりやすいケースというものはむしろ例外と言えるかもしれないが、患者がとる行動の背景を理解するのはとても重要なことである。もちろん、これらの対処の仕方でもうまくいかなかった場合は、投薬が効果的な手段となる。

この他にも、ナーシングホームのデザインそのものを工夫し、入居者が問題行動をおこしにくくする努力もされている。例えば、徘徊や施設を抜け出したりする行動は痴呆症患者によくみられる。

この問題に対し、施設によっては、痴呆症患者の棟のドアに本棚の絵を描き、患者がドアと思って抜け出さないようにしたところもある。また、非常口から外

に出ようとする患者も数多く見られる。ある施設では、非常口に「注意」と書かれた黄色のテープ(このテープはアメリカで、工事中や事故現場などで立ち入り禁止の意味でよく使用される)を非常口のドアにはり、患者が近づかないようにしている。このテープは非常時には簡単にはずれるようになっている。

(4) 終末期介護

もうひとつ痴呆症患者の介護で大切なのは、終末期介護である。アメリカでは、メディケアがホスピスサービスをカバーし、余命6ヶ月以下の患者に対して付加サービスが供給される。ただ、痴呆症患者の多くは、この余命6ヶ月の判断を下すのが特に難しく、そのため、ホスピスケアを受ける割合も他の患者に比べて低い。痴呆症患者がホスピスケアを受けるには、歩行機能や話す機能が失われていなければならないが、そこまで症状が進んでいると、患者の多くに失禁症状も見られる。また、「肺炎や癌、長期の発熱など、医療処置がこの一年以内で必要であった」ということや、食事に困難を要することなども条件とされている。このような条件をクリアし、医師にホスピスケアが必要と判断されれば、痴呆症の患者も在宅・施設を問わずにホスピスのサービスが受けられる。

ただし、これまでナーシングホームではホスピスサービスはなかなか見られなかった。理由としては、ホスピスという異なった組織のスタッフを入居者サービスに繰り込むことへの躊躇などが挙げられる。しかし、近年のスタッフ不足で、最近、ナーシングホームでは、他の組織がホーム自体でカバーできないサービスを請け負うことによりかなり支援的である。ホスピスは患者との1対1のサポートを供給することができ、また患者はスピーチ療法士やソーシャルワーカー、またボランティアなどの幅広いスタッフサービスを受けることができる。また患者の家族や介護スタッフも、死期を迎える患者と対応する際の支援がホスピスから受けられる。ホスピスでは、患者の残された生活の質に焦点をあて、治療より、痛みを和らげるための療法を積極的に取り入れている。

4. まとめ

アメリカではこの他にも痴呆症患者に対するケアの取り組みがなされているが、将来増え続ける痴呆症患者の数を考慮すると、まだまだ準備不足と言える。

前述したように、アメリカでは政府による国レベルの介護プログラムが存在しないため、裕福な高齢者は自費で素晴らしい介護サービスを購入し(例えばアシステッド・リビング等)、また低所得者層はメディケイドが介護の支払い元となっている一方、中間所得層で介護を必要とするグループは、自らの蓄えを使い果たすか必要な介護サービスなしで暮すか、といった選択を迫られることになる。これら中間所得層の介護ニーズにどのように応えていくかは、今後の大きな課題となろう。

また、上記のように、痴呆症患者に対するどんなに新しい試みが計画されていても、介護の柱となるスタッフが存在しなければ、実行に移すことは不可能であるため、介護スタッフの不足は将来における最大の問題となっている。

<http://www.jmari.med.or.jp/>