

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

「アメリカ合衆国における認知症ケア」(Dr. Mackinの講演から)

影山 隆之 Takayuki Kageyama

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2010年12月29日投稿, 2011年3月16日受理

キーワード

認知症、アメリカ合衆国、長期ケア施設、デイケアプログラム、介護付き住宅

Key words

dementia, the United States, long term care facility, day care program, assisted living facility

1. はじめに

他の先進国と同様、アメリカ合衆国（以下、合衆国）でも人口の高齢化はますます進んでいる。今回のフォーラムにおいてDr. Mackinは、日本とは医療保険などの制度が異なる合衆国における、認知症をもつ人へのケアの現状を、三つの具体例を通して紹介された。ご自身が訪問調査した時に撮影した映像（とくにスタッフへのインタビューの場面）を写しながらの講演であったので、聴衆（観衆）にとっては非常に理解しやすかった。その概要を紹介する。

2. 合衆国社会の高齢化

他の先進国と同様、合衆国でも全人口に占める85歳以上人口の割合は急上昇している。高齢者とともに"oldest old"と呼ばれる85歳以上高齢者の増加の背景には、慢性疾患のマネジメントとライフスタイルの向上がある。合衆国におけるベビーブーム世代(1946～1964年生まれ)は、加齢により近年ついに引退世代に到達したので、これからのヘルスケアシステムに深刻な負担となる可能性がある。

全米アルツハイマー協会は、アルツハイマー病(AD)をはじめとする認知症の患者にとっての、重要な諸課題に焦点を当てて活動しているNPOである。同協会は教育的な出版を行い、患者・家族・ケア提供者に有益な資源を提供し、研究とケアの向上のために当事者の声を代弁している。その報告(2010年8月)によれば、認知症の人は全米で530万人にのぼり、死因の第7位を占め、こ

の疾患のために毎年1,720億ドルが費やされている。これらの人へのケアのほとんどは、1,090万人の無給のケア提供者(家族など)に依存している。ADの有病率は性と年齢階級によって異なる。65歳では女性15%、男性9.1%であり、75歳ではそれぞれ18%と10.2%である。女性の有病率が高いのは、平均寿命が男性より長いことによる。AD患者の半分以上は85歳以上である。

さらに2000～2006年のデータを見ると、ADによる死亡者はこの間に46%増加している。正確には、ADそのものの増加というより、脳梗塞、前立腺がん、肺がん、心疾患、HIVなどによる死亡が減少したことにより、ADになる人が増えたと考えられている。かつ、ADによる死亡がかつて考えられていた以上に死亡をもたらず、という認識も高まってきた。ちなみに、2009年にはケア提供者の50%がADこそ主要な問題だと考えており(こうした声は以前は33%に過ぎなかった)、社会にとって不可避の課題と認識されている。

しかし合衆国では現在、看護職を含め、ADなど記憶障害をもつ患者のケアのために専門的訓練を受けたワーカーが、きわめて不足している。推計によれば、こうしたワーカーが2030年までに350万人必要である。にもかかわらず、看護師(RN)のうち老年看護の専門看護師はわずか1%であり、nurse practitioner(NP)のうち老年NPの認定を受けている者は4%にすぎない。医師について見ても、老年医学の認定医は全米で7,000人しかいない。が、2030年には3万人の認定医が

必要になると推計されている。つまり、23,000人の専門医を養成するのに、時間の猶予は20年しかない。医師にとって、他の専門領域に比べ報酬がはるかに少ない老年医学の領域は、魅力的な専門分野ではないのである。

認知症の患者をケアするには、認知症でない患者の場合よりもはるかに多くの時間が必要になる。全米アルツハイマー協会によれば、一年間に約1,100万人が認知症患者のために無給でケアを提供しており、2009年だけでも125億時間（一人あたり週22時間）を費やしている。無給の、あるいは非公的な、ケア提供者の40%は女性であり、ほとんど(94%)は近親者である。こうしたケアを提供することはとてもストレスフルであって、ケア提供者の40%が深刻な情緒的ストレスを感じ、3分の1が抑うつを訴えている。

そこで以下では、三つの異なるタイプの認知症ケアについて、紹介したい。長期ケア型の高齢者ホーム、地域型デイサービスプログラム、介護付き住宅、である。

3. 長期ケア施設型高齢者ホーム

長期ケア型の高齢者施設を紹介する前に確認しておきたいのは、入所ケア以外に、施設外で提供されるサービスやプログラムもまた、長期ケアとして重要だということである。

ここで紹介するような長期ケア型高齢者施設には、公営・民営の両方がある。典型的な高齢者ホーム(nursing home)に加えて、"board and care home"と呼ばれるタイプのものがある。これらは、一軒の家に6人までの高齢者が住めるよう改装した、民営住宅(グループホーム)である。こうしたホームはたいてい近隣にあり、認可を受ける必要があるが、資格をもったスタッフが常駐している必要はない。グループホームは高齢者ホームやケア付き住宅よりも安くつき、利用者は毎月2,500~4,000ドルの利用料を負担する。

一方、"senior residential facility"はアパート住居で、ある程度のサービスと、食堂での食事提供をする。最低限でも24時間スタッフがいるが、資格のあるスタッフとは限らない。

地域における長期ケアとしては、自治体もhome health nursing service(看護師またはセラピストの訪問)に予算をつけている。これらは通常

6週間提供され、典型的には退院後や健康状態が急変した後に開始される。この期間は専門的ケアのニーズがあるだろうが、「その期間が終わるまでには、家族や患者は自身のケアに責任を負えるようになるだろう」という発想による。

人によっては、在宅ケア提供者を自費で雇うこともあるが、州からの支出は一切ないので非常に高くつく。だいたい一日(7時間)のケアで260ドルかかるが、1時間あたり25ドル程度で済む場合もある。貧しい人のために、地域によっては在宅サービスに対する補助の仕組みがあるが、ふつうこれではサービス時間のすべてをカバーできない。公的または民間のケースマネジメントサービスもあり、ケアと資源をコーディネートする。これは低所得者/貧困層も利用資格がある。ケースマネージャーはソーシャルワーカーかRNである。個人的に依頼する場合もあり、そうした場合のケースマネージャーはRNが多いが、医療職以外のワーカーが大いに参入しつつある。

地域における長期ケアの一例として、サンフランシスコのJewish Homeを紹介する。高齢者ケアの全国的なモデルと考えられており、100年以上の歴史を持つ。1871年創設時の入所者は12人だったが、現在は多様な文化的背景をもつ400人以上の入所者がさまざまなケアを受けている。そのほとんどが長期入所者だが、必要に応じて短期入所も可能である。中には20年以上入所していた人もいるが、現在の長期入所の平均期間は2年以下で、最高齢者は106歳。上級(advantest)NPが二人いる。

ここでは、病院リハビリテーション、急性期精神科ケアユニットをはじめ、さまざまなサービスを提供している。屋内には温室があり、患者に愛好されている。動物もいて、ペットセラピーも試みている。園芸活動の指導者もいる。ユダヤ教徒でなくても利用できるが、ユダヤの伝統を尊重しており、専従のラビ(ユダヤ教の指導者)がいて、シナゴグ(ユダヤ教の礼拝堂)があり、安息日には礼拝をする。食事もユダヤ教の律法に従って準備したものを提供している。しかし他の宗教を信ずる人のことも尊重はする。こうした文化的配慮については、市内でも高い評価を得ている。また、the Grandparents Dayと名付けられた行事では、家族も集まって、屋外でバーベキューパーティ

をする。

ここではスタッフは皆、家族のこともよく知っている。専従の医師はいないが、他のスタッフは外部の顧問医とよく連携し、それぞれの専門性を超えて一つのチームとして機能している。たとえば上級NPの一人にとってここは最初の職場だが、自分が望むような仕事ができていると感じており、すでに11年勤務している。患者への直接ケアだけでなく、スタッフへの教育的な役割も重要である。そればかりか、医師が休暇不在の時の的確な判断ができ、この施設にとってなくてはならない存在になっている。

屋内庭園にはたくさん椅子が備えてあり、座って休んだり、ピアノを弾いたりできる。別の庭園はバタフライガーデンと名付けられており、無数の花々が植えられ、たくさんの入所者がここで午後を過ごし、天窓から採り入れた明るい光を浴びている。認知症のため自由に屋外に出られない人も多いが、この庭園は外部に通じていないので、たとえ徘徊する人がいても安全である。

4. デイサービスプログラム

公的または民営のプログラムで、**adult day health program**と呼ばれるデイサービスプログラムがある。ほとんどが有料で、州からの助成も受けている。一日の一定時間のケアと社会的活動(**socialization**)が選択でき、加えて介護者のためのレスパイトケアも提供する。送迎サービスを提供することもある。

こうしたデイケアセンターのあり方には医学モデルと社会モデルの二種類がある。医学モデルでは、施設において有資格者が医学的ケアや看護ケアを提供し、同時に社会的活動や食事も提供する。後にFujii氏が紹介する**On Lok Lifeways Senior Health Service**は、その筆頭例である。社会モデルでは、ヘルスケアは提供されず、社会的活動に重点が置かれる。

社会モデルの一例として、カリフォルニア州Marin郡(サンフランシスコから約20マイル)における**adult day health program**である**Senior Access (SA)**がある。SAは37年の歴史を持ち、ADなどの認知症をもつ人や、パーキンソン病をはじめ、あらゆる種類の慢性疾患をもつ人のために、通所型デイプログラムを提供している。

まずSAには、マーケティングとアウトリーチのディレクターがおり、彼女は「高齢者はいつも同じことを求めてきた。たとえ病気があっても、家庭や地域において、可能な限り愛されて生活することだ。しかし37年前には、介護者に選択できる道は、在宅介護か、熟練した看護を受ける施設に入れるか、しかなかった。何か他に方法があるべきだ、とSAは考えた。私たちのプログラムでは一日を通して活動を提供し、介護者が休息の時間を得られるようにしている。」と言う。

またSAには、エンターテイナーと呼ばれるスタッフがいます。認知症ケアにおいては、楽しくて親しみやすい刺激と活動が重要だ。その一人は言う。「ここで音楽を提供して13年ほどになる。音楽は皆をリラックスさせ、瞑想的な感情を味わえるのがすばらしい。ここで演奏すると、入居者のおかげで素晴らしい時間を味わうことができるので、帰り道ではものすごい宝物をもらったような気分になる。高齢者のために音楽を提供するようになって17年になるが、こういう機会をもらって実にうれしい。」彼はトークと楽器演奏で楽しいセッションを提供している。

こうしたプログラムでは、プログラムアシスタントが非常に重要な役割を果たす。SAのプログラムアシスタントは言う。「私の仕事の代表例は、クライアントがトイレに行くのを介助したり、食事を介助したり、食事を配給したりすることだ。歩行介助をしたり、車椅子を押したりもする。芸術療法セッションでは、絵を描いたり、材料を切ったりするのを援助することもある。この仕事で難しいのは忍耐することで、クライアントが認知症だとわかっていても、動じることなく待たなければいけないと自分に言い聞かせる必要がある。クライアントによっては、他の人よりニーズが多かったり、不安が強かったりするので、そうした人たちを平穩に保つことは容易でない。必ずしも他の人たちから切りはなす必要はないが、自分はここで仕事をするうちに、また、ここに来る看護学生たちを迎えているうちに、看護学校に行きたいと考えるようになった。」

さらに、SAのアクティビティ・ディレクターは言う。「われわれの目標は、クライアントに刺激的な環境を提供すること、つまり刺激的かつ利用者を惹き込むような多様なプログラムを通して、

利用者が快適に感じ、一般の人と同じように扱われていると感じ、自尊感情を回復できるような環境だ。芸術セッションの中では、コラージュや本作り、実際に贈り物になるようなオーナメント作りもある。創作活動や空間制作だけでなく、視覚と手作業の協調、的確な運動スキルなども意図している。」

最後に、SAの企画担当副責任者は、このプログラムの運営についてビジネス的な観点から言う。「自分は財政基盤に責任を負っている。SAは営利活動ではなく、利用料以外に方々から資金を集める必要がある。基本的に、必要予算の60%を利用料でカバーしている。個人負担の利用料は1日5時間で95ドル、1時間あたり17ドル、この種のプログラムとしては最も安い部類に属する。介護者が休息を得るには手頃な選択であり、高齢者ホームに入所したり在宅ケアを受けたりするよりは安くつく。しかし利用料だけでは足りないの、個人・財団・州から寄付を集める必要がある。現在カリフォルニア州は財政危機に直面しており、州からの補助がカットされているので、個人などからの寄付を増やさなければならない。」

5. 介護付き住宅(assisted living facilities)

合衆国全土で介護付き住宅が増えている。産業として急速に成長しつつあり、今後さらに成長するだろう。民間企業、時にはハイアットホテルのようなホテル産業が経営している。利用料は高額で、政府の保健計画からの補助はない。サービスはポイント制で、必要で利用したサービスにだけ料金を支払うシステムになっている。基本料金を支払えば、室料・食事・施設内活動をカバーする。入浴ケアや排泄ケアなどの個人的ニーズに応じ、あるいは"medication technician"と呼ばれる無資格のスタッフによって行われる与薬の内容や回数などに応じて、追加料金が発生する。

一例として、カリフォルニア州ベルモントにある、サンライズ介護付き住宅を紹介する。認知症または記憶障害のある人のための、特別ユニットを提供している。アパートメント形式で、入居費は月5~7千ドルと高いが、美しく素晴らしい施設だ。入居者は自分でここを探し当てる。スタッフは24時間常駐しており、有資格の看護師も非常勤で働いている。

この施設の典型的な居住空間は寝室とリビングの2室から成り、二人でルームシェアして入居することもできる。自前の家具を少々持ち込むだけで、すぐに生活を始めることができる。認知障害の重い人のために特に安全に配慮した空間もある。スタッフはパスワードを入れて出入りするが、居住者がパスワードなしに出ようとするすると警報が20秒間だけ作動する。災害時に備えて完全に鍵をかけることは法律で禁じられているので、警報が鳴っている20秒の間にスタッフが駆けつけて対処するという仕組みになっている。

6. おわりに

日本では死亡統計の取り方が異なるのでぴんとこないが、ADに由来する嚥下障害や栄養障害で死亡した場合、合衆国やオーストラリアではADを死因とするので、死因の上位にADが位置している。

認知症をもつ人のためのケアとして基本的なアプローチは日本も合衆国も同じだが、日本のような医療保険や介護保険の制度がないので、利用のされ方には相違が大きいことを改めて知らされた。どれほどの水準のケアを享受することが「国民が等しく有する権利であるか」ということと、そのためにどれだけのコストを誰が負担するのかということとを冷静に議論しなければ、問題は解決しない。その枠組み作りのための行動が、専門職の役割(=アドボカシー)として求められているのだろう。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
影山 隆之
kageyama@oita-nhs.ac.jp