

スーパー総合医

SGD
Super
General
Doctors

認知症医療

専門編集●木之下徹

中山書店

シリーズ〈スーパー総合医〉 刊行に寄せて

日本医師会では、地域医療の提供に最大の責任を持つ団体として、「かかりつけ医」を充実させる施策を実行してきており、今後も「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護を安定的に提供することが、社会保障の基盤を充実させ、国民の幸福を守ることに繋がると考え、会務を運営しているところです。

日本が超高齢社会を迎えたことに伴い、国民の健康を守るため、医療がその人口構造・社会構造の変化に柔軟に対応する必要があることは言うまでもありません。

社会情勢の変化に対応するために、医療界では、いわゆる患者さんを総合的に診察することができる医師の必要性が高まってきており、さまざまな場面で「総合的に診られる医師」を育成すべきとする意見が出され、それに対する対応が急務となっています。

この「総合的に診られる医師」は、日常診療のほかに、疾病の早期発見、重症化予防、病診連携・診診連携、専門医への紹介、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健に至るまで、医療的な機能と社会的な機能を担っており、幅広い知識を持ち、また、それを実践できる力量を備えなければなりません。

本シリーズ〈スーパー総合医〉は、従来の診療科目ごとの編集ではなく、医療活動を行う上で直面する場面から解説が加えられるということで、これから地域医療を実践されていく医師、また、すでに地域医療の現場で日々の診療に従事されている医師にも有用な書となると考えております。

地域医療の再興と質の向上は、現在の日本医師会が取り組んでいる大きな課題でもありますので、本シリーズが、「かかりつけ医」が現場で必要とする実践的知識や技術を新たな視点から解説する診療ガイドとして、地域医療の最前線で活躍される先生方の一助となり、地域医療の充実に繋がることを期待いたします。

2014年2月

日本医師会会長
横倉義武

シリーズ<スーパー総合医> 刊行にあたって

「人」を診て生活に寄り添う総合医を目指して

プライマリ・ケアや総合医の必要性が叫ばれて久しいにもかかわらず、科学技術の進歩に伴う臓器別縦割り、専門分化の勢いに押されて、議論も実践もあまり進んでいません。その結果、たいへん残念ながら、ともすれば木を見て森を見ず、あるいは病気を診て人を診ず、となりがちなのが臨床現場の実状です。今、超高齢社会の日本に求められているのは、人間も診てくれる、さらにその人の生活にも寄り添ってくれる「総合医」であることは、間違いありません。

「プライマリ・ケア」「総合医」という言葉は決して新しいものではなく、本来あるべき医療の姿のはずです。初診医の専門科によって患者さんの運命が大きく変わってしまう現状は、すべての医療の土台を総合医マインドとすることで変えることができます。日常ありふれた病気を、その背景をも十分に探索したうえで、薬物療法だけでなく、根本的な解決策をアドバイスできるのが総合医であると考えます。臓器別縦割りの専門医を縦糸とするならば、総合医は横糸に相当します。縦糸と横糸が上手く織り合ってこそ、患者さんが満足する、納得する医療を提供できるはずです。

本シリーズは、超高齢社会を迎えた日本の医療ニーズに応えるべく、こうした横糸を通すことを目的に企画されました。現代版赤ひげ医学書シリーズともいえる、本邦初の大膽な企画です。執筆者は第一線の臨床現場でご活躍中の先生方ばかりで、「現場の目線」からご執筆いただきました。開業医のみならず、勤務医、そして医学生にも読んでいただけるよう、今日からすぐに役立つ情報を満載しさまざまな工夫を施して編集されています。

本来、「総合医という思想」は、開業医であるとか勤務医であるとかにかかわらず、すべての臨床現場に必須であると考えます。また内科系、外科系を問いません。このシリーズ<スーパー総合医>が、手に取っていただいた先生方の日常診療のお役に立ち、そしてなによりも目の前におられる患者さんのお役に立てることを期待しています。

2014年2月

総編集 長尾和宏
長尾クリニック院長

『認知症医療』

はじめに

周知の通り、最近の10年間においても認知症に対する医療上のとらえ方は大きく変わった。しかしそのスピードがあまりにも速いのだ。その速さに、認知症医療なる統一的なコンセプトを創るのが追いつかない。「認知症」という現象を説明する視点が多数存在する。それがこの巻を繙けばわかる。

編者の力を遥かに凌駕する各方面の叡智が、渾身の力を込め描く「認知症」。各執筆者の、自らの存在をかけた文章に刮目せざるをえない。スピリチュアリティに関することのみならず、最新の医療的な素材も多くちりばめられており、またわかりやすい。

本書は、医療編〈認知症にどう医療が関わるか〉と生活編〈認知症と暮らす〉の2章構成となっている。全体を通じ、所感をあえて述べたい。

認知症は進行する病（あるいは老化が加速した状態）である。そして現時点では、“もともどらない”のである。我々の焦点は、認知症のある生活を送る人々になにができるのか、にある。もっと深く洞察すれば、自らが認知症になったらどうするか、も重大な視点になる。

認知症になれば生きる希望が失われるのか。ともに暮らす人々にとっての希望は失われるのか。編者としてはNOと言いたい。しかしそれには、医療関係者のみならず、生活そのもの、そして社会全体も変わらなくてはならない。ここにはそのヒントが書かれている。一方、認知症とは医学的にいかなる状態をいうのか。他覚的にどう変化するのか。より高度な問題としては、自覚的にどう変化するのか。当然医療関係者が読者である事が想定されているので、この点についても触れられている。

本書では各章に定型をもたらしことができなかつた。章をまたいで読めば真反対な意見にも気づける。それほど統一的に述べるのがいまだに困難なのである。しかし、それがいまの到達点である。この到達点より先に駒を進めるのが、これから認知症に関わる人々のつとめでもある。地域の多職種の勉強会、家族、医療・介護スタッフ間、当事者同士等認知症に関わるすべての人々（people affected by dementia）の集まりの中でも活用され、議論していただきたい。

国際的に認知症への注目度は急速に高まっている。いまわが国は、世界のどの国よりも高齢化率が高く、認知症の有病率が高い。認知症に関するわが国の営みは世界の状態に影響する。これからの我々の姿を編むためにも、ぜひ本巻を活用いただきたい。よき近い将来のために役立つことを願う。

2014年6月

専門編集 木之下 徹
こだまクリニック院長

CONTENTS

1 章 認知症にどう医療が関わるか

認知症の人の体験からみる症候学	山崎英樹	2
認知症の人と向き合う「患者」から「人」へ	長谷川和夫	10
認知症医療の基本 認知症の人の心を支えるには	斎藤正彦	17
認知症を関係性の障害という視点からどう語れるか	松田 実	23
レビー小体型認知症の実臨床	小阪憲司	31
レビー小体型認知症と自律神経障害	織茂智之	38
レビー小体型認知症の膀胱障害	榊原隆次, 館野冬樹	45
認知症と汗	神戸泰紀	52
認知症と錐体外路症状	神戸泰紀	61
認知症と血圧変動	織茂智之	71
認知症と糖尿病	本多智子, 神戸泰紀	78
認知症とがん	新田國夫	90
認知症とせん妄	久永明人, 水上勝義	96
認知症原因疾患の臨床診断を現場で行う 予測を立てるための症候学	池田 学	103
特発性正常圧水頭症に現場で気づく	奥村 歩	109
認知症で脳の MRI をみて注意すること	長光 勉	115
<i>Special Lecture</i> 認知症の画像評価と VSRAD [®]	松田博史	123
認知症の人への安全な投薬選択	亀山祐美, 秋下雅弘	128
抗認知症薬の意味と意義	木之下徹	133
わが国の認知症の人たちのケアの変遷		
向精神薬等の行動制限にかかわる話	吉岡 充	144

2 章 認知症と暮らす 医師・医療スタッフが知るべきこと、アドバイスできること

施設での「面白いケア」とはどのようなケアか	宮島 渡	152
認知症の人へ 暮らしの中でできること	水谷佳子	158
後見制度の活用	池田恵利子	169

〈スーパー総合医〉に関する最新情報は、中山書店 HP「スーパー総合医特設サイト」をご覧ください
<http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/sogo/index.html>



認知症の人が、遺言等の法律行為を有効にできるか？	
遺言に必要な「事理弁識能力」	住田裕子 177
老後の財産管理	和泉昭子 183
経済被害と機会損失	安田朝子 190
認知症の人が活用できる制度	宮島俊彦 198
認知症の人が活用できるインフォーマルサービス	徳田雄人 206
若年性認知症の生活支援の特徴	宮永和夫 212
身体づくりと転倒予防を楽しく	小松泰喜 222
認知症のスピリチュアル回想法をやってみる	川嶋乃里子 230
認知症のケアを科学する	朝田 隆 236
認知症の当事者から見た歴史	宮崎和加子 242
認知機能を測ることの意味と実際	本間 昭 246
認知症を考える あなたも認知症になる	町永俊雄 252
認知症と生きる人にとって“いいお医者さん”とは	川村雄次 258
医療現場への認知症の人の家族の言葉	高見国生 270
在宅診療で看護師ができること	本多智子 277
医師が地域でできること 新たな認知症医療体制の視点から	藤本直規, 奥村典子 287
外来診療における医師に必要な「まなざし」	高橋幸男 301
付録 認知症をもっと知るために	
認知症関連 Web サイト	308
認知症がよくわかる本	316
索引	319

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを活用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

執筆者一覧 (執筆順)

- | | | | |
|-------|---|--------|--|
| 山崎 英樹 | 医療法人社団清山会いずみの杜診療所
(宮城県) | 宮島 渡 | 社会福祉法人恵仁福祉協会高齢者総合福祉施設 アザレアンさなだ (長野県) |
| 長谷川和夫 | 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター (東京都) | 水谷 佳子 | 医療法人社団こだま会こだまクリニック / NPO 法人 認知症当事者の会 (東京都) |
| 斎藤 正彦 | 東京都立松沢病院 (東京都) | 池田 恵利子 | 公益社団法人あい権利擁護支援ネット (東京都) |
| 松田 実 | 東北大学大学院医学系研究科高次機能障害学分野 (宮城県) | 住田 裕子 | 弁護士 (エビス法律事務所) / NPO 法人 長寿安心会 (東京都) |
| 小阪 憲司 | 医療法人社団香風会メディカルケアコート・クリニック (神奈川県) | 和泉 昭子 | ファイナンシャル・プランナー / (株) プラチナ・コンシェルジュ (東京都) |
| 織 茂智之 | 公立学校共済組合関東中央病院神経内科 (東京都) | 安田 朝子 | 医療法人社団こだま会こだまクリニック (東京都) |
| 榊原 隆次 | 東邦大学医療センター佐倉病院内科学神経内科 (千葉県) | 宮島 俊彦 | 前 厚生労働省老健局長 / 岡山大学客員教授 |
| 舘野 冬樹 | 東邦大学医療センター佐倉病院内科学神経内科 (千葉県) | 徳田 雄人 | (株) スマートエイジング / NPO 法人 認知症フレンドシップクラブ (東京都) |
| 神戸 泰紀 | 医療法人社団こだま会こだまクリニック (東京都) | 宮永 和夫 | 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 (新潟県) |
| 本多 智子 | 医療法人社団こだま会こだまクリニック (東京都) | 小松 泰喜 | 東京工科大学医療保健学部理学療法学科 (東京都) |
| 新田 國夫 | 医療法人社団つくし会理事長 / 新田クリニック (東京都) | 川嶋 乃里子 | 医療法人社団かわしま神経内科クリニック (神奈川県) |
| 久永 明人 | 医療法人社団ひのき会証クリニック併設和漢診療研究所 (東京都) | 朝田 隆 | 筑波大学大学院人間総合科学研究科医学系専攻 / 医学医療系臨床医学域精神医学 (茨城県) |
| 水上 勝義 | 筑波大学大学院人間総合科学研究科スポーツ健康システム・マネジメント科学専攻 (東京都) | 宮崎 和加子 | 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (東京都) |
| 池田 学 | 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 (熊本県) | 本間 昭 | 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター (東京都) |
| 奥村 歩 | 医療法人三歩会おくむらクリニック (岐阜県) | 町永 俊雄 | 福祉ジャーナリスト |
| 長光 勉 | 医療法人社団ながみつクリニック (山口県) | 川村 雄次 | NHK (日本放送協会) 制作局文化・福祉番組部チーフディレクター (東京都) |
| 松田 博史 | 国立精神・神経医療研究センター脳病態統合イメージングセンター (東京都) | 高見 国生 | 公益社団法人認知症の人と家族の会代表理事 (京都府) |
| 亀山 祐美 | 東京大学医学部附属病院老年病科 (東京都) | 藤本 直規 | 医療法人藤本クリニック (滋賀県) |
| 秋下 雅弘 | 東京大学医学部附属病院老年病科 (東京都) | 奥村 典子 | 医療法人藤本クリニック (滋賀県) |
| 木之下 徹 | 医療法人社団こだま会こだまクリニック (東京都) | 高橋 幸男 | 医療法人エスポアール出雲クリニック (島根県) |
| 吉岡 充 | 医療法人社団充会上川病院 (東京都) | | |

認知症の人の体験からみる症候学

山崎英樹

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所



- ◆ 心身二元論による医学的説明と心理的理解が、認知症の症候学の基本である。
- ◆ 医学的説明としての高次脳機能障害を知ることは、みえざる障害の不自由とその苦勞を知ることにつながる。専門用語によって患者が画一化され、モノ化されることだけは、絶対にあってはならない。
- ◆ 脳を患って認知症と呼ばれる人の心理を理解するには、病と診るのではなく、人間のあたりまえの心理としてまず深く共感することからはじめなくてはならない。
- ◆ 脳の症候学も、帰するところは「なにができるか」を「その人と」ともに探す、ささやかな知恵であって欲しい。



見当識 orientation

語源は oriens (東) で、方位を定めて自らを定位することであり、今の時、今いる場所、今まわりにいる人物の見当がつくことをいう。この能力は意識や知能、記憶などによって支えられており、見当識障害は意識障害でも、知能障害でも、健忘症候群でも起こり、幻覚妄想や無関心でも起こりえる。

意識 consciousness

語源は com (共に) と sciens (知る) で、まわりと自分のことを共に知ることであり、目がさめてはつきりしており、一つのことに集中でき、まわりにも気を配ることができる状態を清明な意識という。ゆさぶつても目がさめないのは昏睡だが、目がさめているのに頭がぼんやりして集中できなかったり(混濁)、まわりに気を配ることができないのは昏睡だが、目がさめないのは昏睡だが、目がさめているのに頭がぼんやりして集中できなかったり(混濁)、まわりに気を配ることができないのは昏睡だが、目をみて落ちつかなかつたり(せん妄)することもある。認知症があると、意識障害があるのかないのか迷うことがあり、この場合は“急性にはじまる”睡眠リズムの乱れや落ちつきのなさ、失禁、歩行バランスの悪化などが目安になる。



はじめに—医学的説明と心理的理解

たとえばここに“家にいるのに「家に帰る」と出ていく人”がいるとする。この人を、私たちはどのように理解すればいいのだろうか。そもそも“家にいるのに(家にいる自覚がない)”とは、どのような事態なのか。そしてまた、なぜ“「家に帰る」と出ていく”のだろうか。

「ココロとカラダ、にんげんのぜんぶ」。これは、あるメーカーのキャッチコピーだが、心身二元論を見事に突いている。心ならずも脳を患って認知症と呼ばれる人を理解するときも、やはり基本は、その人のカラダの状態を知り、ココロの在りように気づくことである。

さて、“家にいるのに(家にいる自覚がない)”という事態そのものは、ココロだけでは計りがたい現象であり、むしろカラダになにか異変が起きたと考えるのが自然である。一方、“「家に帰る」と出ていく人”のココロは、静かに胸に手を当てれば、誰にでも直感的に分かる。その場に威圧されたとき、あるいは孤立を感じたとき、人は「家に帰りたい」と思う。つまり、カラダの異変を医学的に分かり、同時にココロの世界を心理的に分かることが求められる。

「われわれは自然を説明し、心的生活を理解する」(ディルタイ Dilthey W, 1883) という心身二元論によるこのような分かり方、つまり医学的説明と心理的理解、ここから認知症の症候学がはじまる。



クリスティーン・ブライデン

46歳で認知症と診断されたオーストラリアのクリスティーン・ブライデン（旧姓ボーデン）は、認知症と呼ばれる本人の視点から、きわめて深い洞察を2冊の本にまとめた（『私は誰になっていくの？—アルツハイマー病者からみた世界』クリエイツかもがわ、2003/『私は私になっていく—痴呆とダンスを』クリエイツかもがわ、2004、改訂新版2012〈写真左〉）。

彼女は、病前の知能指数が150～200もあり、オーストラリア政府の上級公務員であった。自分の症状を客観的に描写できたのは、幸いにも知的な予備能力がきわめて高く、脳病が進行しても内省力が相当に保たれたためではないかと思われる。



医学的説明

脳の症状の総論的なこと

たとえば“家にいるのに（家にいる自覚がない）”という場所の見当識障害は、主として意識障害（脳の急性症状）や知能障害（脳の慢性症状）で生じる。知能障害が先天性なら精神発達遅滞（行政用語は知的障害）、後天性なら認知症である。高齢者では、脱水や薬の影響による意識障害と、大脳の後方に病変が広がるタイプの認知症（アルツハイマー病やレビー小体病など）で場所の見当識障害をきたしやすい。

外界の認識（情報入力）には大脳の後方が、その情報に基づく行動（情報処理と出力）には大脳の前方が関係する。だから大脳後方に病変が広がると外界の認識が崩れて見当識が侵される。ちなみに大脳前方に病変が広がるタイプの認知症（前頭側頭葉変性症など）では、認識の崩れから道に迷うということはない。言語にしても、病変が後方なら言語の入力、つまり理解の障害（後方性失語、感覚性失語群）が、前方なら言語の出力、つまり発話の障害（前方性失語、運動性失語群）が特徴となる。

アルツハイマー病でよくみられる取り繕い応答は、後方（入力）の障害を前方（出力）で補っているとも説明できる。一方、大脳の前方に病変が広がる前頭側頭葉変性症では、食べものにすぐ手をだし、看板をすぐ読んでしまうなど、周囲に影響されて反射的に応じてしまう環境依存的な脱抑制を生じるが、こちらは後方からの情報入力を前方が適切に処理しきれないためと説明できよう。

その病変部位とはあまり関係なく、脳に障害のある人に一般的にみられる傾向や態度というものも知られている（一般症状）。たとえば抽象的なことは苦手で（抽象的態度の障害）、意図的になにかをしようとすると却ってできなくなり



知能 intelligence

語源は inter（間）と legere（選ぶ）で、たくさんの中から選ぶことであり、効果的な手段を選びながら課題を解決し、生活環境に適応していく能力のことをいう。したがって、新しい環境にすぐ順応できるのは知能が高いのであり、いつまでも頑固に変わらないのは知能が低いということになる。



左脳と右脳も、それぞれ相補的な拮抗関係にあるとされる。左脳の過剰な言語的意識を、右脳が非言語的無意識的に抑えており、左脳病変で（右脳の抑えが強くなって）抑うつ的になったり、右脳病変で（左脳の言語的意識が解放されて）軽躁状態を生じることがある。



脳の症状は、およそ時系列で縦断的にみると急性期に意識障害を、慢性期に知能障害を呈し、横断的にみると病変部位と関係なくみられる一般症状と、病変部位に応じてみられる局在症状とに大別される。ただし一般症状は前頭葉機能との関連が深い。

なるという点が重要である。



任意後見制度と法定後見制度

成年後見制度は、次の2つに大別することができる。



任意後見制度 — 判断能力がまだある場合

任意後見制度は、判断能力があるうちに、判断能力が不十分になったときに備え、あらかじめ任意後見人に“してもらいたいこと”を決めておくものである。契約書には「何をしてほしいのか」「任意後見人」の名前やその報酬などについて自ら定め、公証役場で公正証書にして任意後見人と契約しておく。本人が「判断能力が不十分な状態になった」ときに、本人、もしくは配偶者、四親等以内の親族、任意後見受任者が申立てを行い、家庭裁判所が任意後見監督人を選任してはじめて任意後見契約が開始される。本人の判断能力が著しく低下し、任意後見の発動に関する意思表示をすることが困難な場合は、本人の同意なく申立てをすることができる。つまり任意後見の開始に関しては任意後見受任者が定期的に本人と面会し、本人の判断能力の低下を見極める必要があると言える。

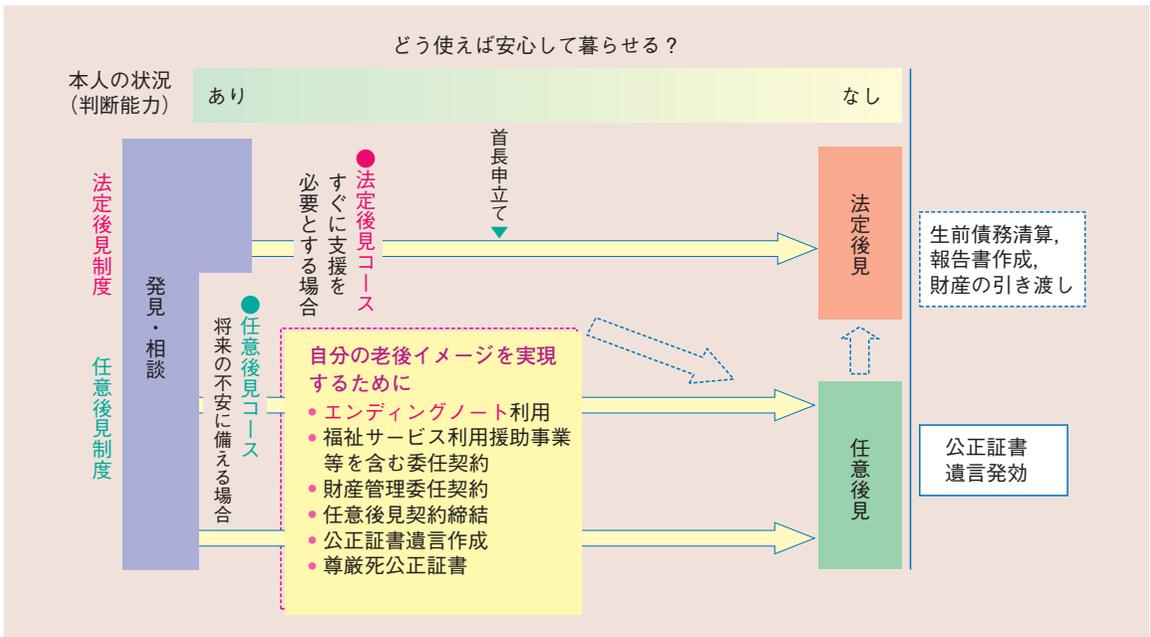
また超高齢少子社会を迎えた昨今、家族を頼るだけでなく自分の意思によって、この段階で任意後見契約だけでなく尊厳死宣言や死後の事務や遺言などを定める高齢者も増加傾向にある(1, 2)。



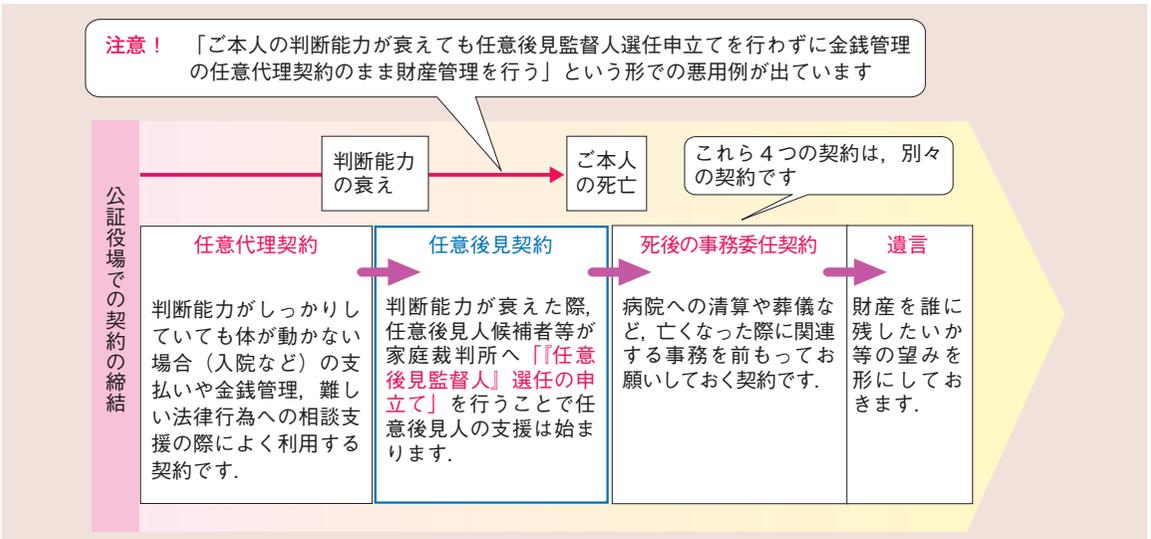
任意後見受任者

任意後見契約を締結したときから、任意後見監督人選任により契約の効力が発生するときは、本人を支援する予定の人を「任意後見受任者」と呼ぶ。

1 任意後見制度と法定後見制度



2 任意後見制度について



(清水敏晶 (著), 成年後見センター・リーガルサポート (監修). 「ガイドブック成年後見制度—そのしくみと利用法」第2版. 法学書院; 2011. を参考に著者の了解を得て改変)

3 法定後見制度の3種類

	後見	保佐	補助
対象となる方	判断能力が全くない方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てができる方	本人, 配偶者, 四親等以内の親族, 検察官, 市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	<ul style="list-style-type: none"> • 財産管理についての全般的な代理権, 取消権 (日常生活に関する行為を除く) 	<ul style="list-style-type: none"> • 特定の事項^{*1} についての同意権^{*2}, 取消権 (日常生活に関する行為を除く)
	申立てにより与えられる権限	—	<ul style="list-style-type: none"> • 特定の事項^{*1} 以外の特事項についての同意権^{*2}, 取消権 (日常生活に関する行為を除く) • 特定の法律行為^{*3} についての代理権
制度を利用した場合の資格などの制限	<ul style="list-style-type: none"> • 医師, 税理士等の資格や会社役員, 公務員などの地位を失うなど 	<ul style="list-style-type: none"> • 医師, 税理士等の資格や会社役員, 公務員などの地位を失うなど 	—

*1 民法 13 条 1 項に掲げられている借金, 訴訟行為, 相続の承認や放棄, 新築や増改築などの事項をいいます。ただし, 日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

*2 本人が特定の行為を行う際に, その内容が本人に不利益でないか検討して, 問題がない場合に同意 (了承) する権限です。保佐人, 補助人は, この同意がない本人の行為を取り消すことができます。

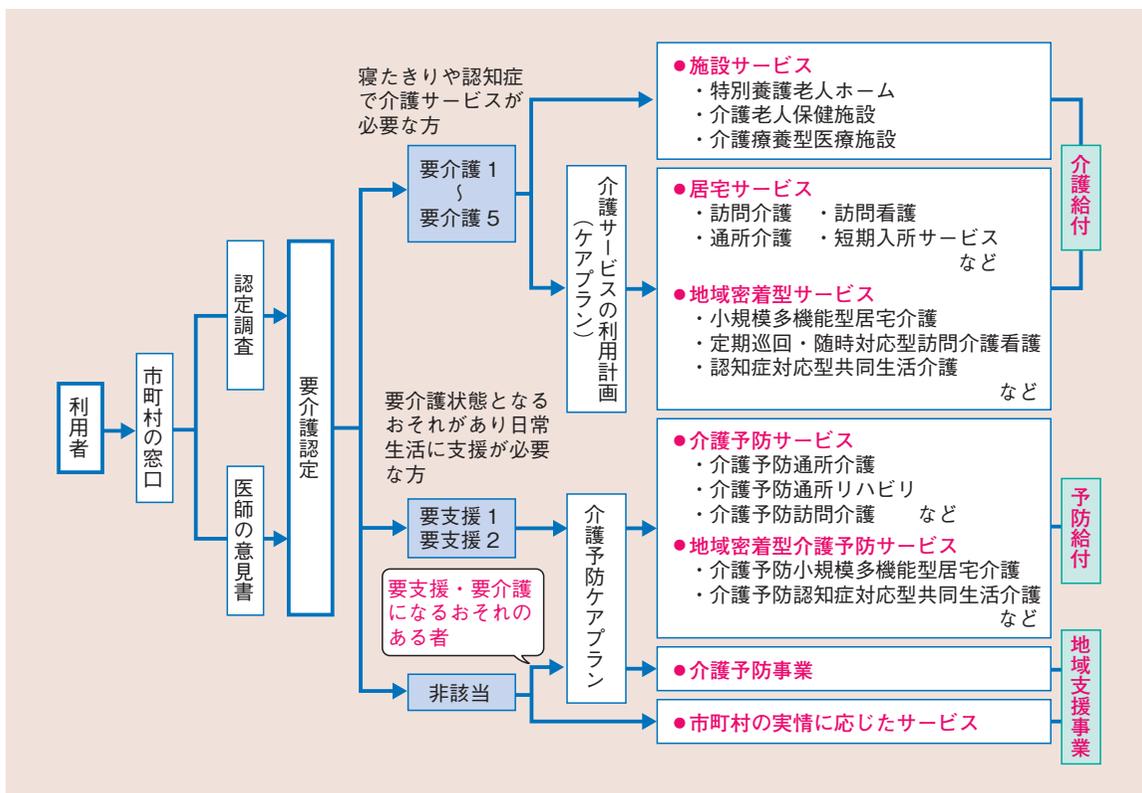
*3 民法 13 条 1 項に掲げられている同意を要する行為に限定されません。
(最高裁判所パンフレット「成年後見制度—詳しく知っていただくために」2013¹⁾ より)

法定後見制度 — 判断能力がすでに不十分な場合

一方, 法定後見制度は, すでに認知症や知的障害, 精神障害等により判断能力が不十分な人に対し, 本人の権利を護る援助者として成年後見人等を家庭裁判所が選任し, 本人を法的に支援するものである。

法的支援の方法には, 本人の判断能力に応じて「後見」「保佐」「補助」の3種類がある(3)。日本では, 判断能力がまったくなくなってきたからの「後見」の利

4 介護サービス利用の手続き



(厚生労働省. 公的介護保険制度の現状と今後の役割. 2013²⁾ より)

介護認定審査会が設置されており、申請者が要介護の状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの認定が行われる。介護認定審査会は、高齢者の心身の状況調査に基づくコンピュータ判定の結果(一次判定)と主治医の意見書などに基づき審査・判定を行う

要介護認定の有効期間は原則6か月であるが、新規の要介護認定や要支援認定の有効期間は12か月となっている。

要介護認定によって、要介護1〜5に判定されたものには介護給付が、要支援1, 2に判定されたものには予防給付が利用できる。

介護給付の在宅の利用者は、居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)に依頼して、利用する在宅サービスの種類や内容を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成してもらうことができる。もちろん、本人がセルフケアプランを作って、サービス利用することもできる。施設入所の場合は、施設の介護支援専門員により施設サービス計画が作成される。予防給付の場合は、地域包括支援センターにより介護予防サービス計画(介護予防ケアプラン)が作成される(4)。

なお、要介護認定で非該当であっても、いわゆる虚弱な高齢者などは介護予防事業の対象となる。

🔗 介護保険のサービスの概要

介護保険のサービスは、要介護者に行う介護給付と要支援者に行う予防給付に分けられる。また、市町村が指定・監督を行う地域密着型サービスと都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービスに分けられる(5)。

さらに、各市町村では、保険給付ではないが地域支援事業として、介護予防事業や包括的支援事業などを行っている。

介護給付

介護保険の給付には、居宅サービスを受けた時に支給される居宅介護サービス費、居宅介護支援を受けた場合の居宅介護サービス計画費、介護保険施設に入所している要介護者に対して支給される施設介護サービス費、地域密着型介護サービス費などがある。

居宅介護サービス費は、サービスの基準ごとに設けられた基準額の9割である。このサービス費の9割は、事業者が直接支払われるので、利用者は1割を負担してサービスを利用できる。居宅介護サービスには、要介護度に応じて保険給付の上限額(区分支給限度基準額)が設定されている(6)。サービスの利用が限度額を超えた時は、その限度額の9割のみが支給され、限度額を超えた額

5 介護サービスの種類

<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ●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居者生活介護 ●複合型サービス 	<p>◎居宅サービス</p> <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 <p>●特定施設入居者生活介護</p> <p>●特定福祉用具販売</p> <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 <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 <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 <p>●福祉用具貸与</p>	介護給付を行うサービス
<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> <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 <p>●介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>●特定介護予防福祉用具販売</p> <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 <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 <p>●介護予防福祉用具貸与</p>	予防給付を行うサービス
<p>市町村が指定・監督を行うサービス</p>	<p>都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス</p>	

(厚生労働省、公的介護保険制度の現状と今後の役割、2013²⁾より)