

著者らの経験と研究によれば、少なくとも痴呆症の進行遅延は可能である。すなわち、回想療法や芸術療法、更には音楽療法を用いた療法には何らかの精神症状や心理に対する効果だけでなく、認知機能への影響も認められる。これらを用いた地域での介護予防が今後は期待される²⁾。

b. 療 養

痴呆症に対する新しい療養サービス評価方法について説明する。痴呆ケアマッピングが、痴呆ケアの評価に現在最も有用であると考えている。DCMとは、痴呆患者の行動やスタッフのかかわりなどを分析し、その人に合ったより良い痴呆ケアを提供していくための痴呆ケアにおける評価ツールの一つである。痴呆ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み2001—スタンダード2において、PCCを実施するように規定され実施されている。

DCMは、1989年、イギリスの心理学者Tom Kitwoodらにより提唱されたPCCの概念に基づいた痴呆ケアの評価ツールのことをいう。DCMの実施にあたり、PCCの概念の理解は不可欠といえる。医療・看護の世界にも‘患者中心の看護’という言葉がある。患者の意思を尊重した、個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる。

痴呆という疾患により、一般患者に比べ関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難を要する。そのため、看護者側が痴呆患者との距離を縮めていくために、その人に合ったケア

が必要となる。これがPCCである。DCMは、患者の行動を24のカテゴリーに分類し、well-beingとill-beingのスケールを用いて患者の行動を評価しフィードバックしていく痴呆評価のツールである。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、更に患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて介護施設を選択し、1日6時間、5分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、宅老所などのケアの評価や標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。結果を現場に戻すフィードバックミーティングは非常に有効である。スタッフが意識して良いケアとは何かを考える場となる。また3カ月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

おわりに

痴呆症の医療・介護は分離できるものではなく、総合的に包括的に提供するサービスである。それぞれの機能があるために、痴呆症であっても‘その人らしいケア、その人に合ったケア’を提供することで、残存機能を生かすことを目標にするとよいと思われる。それこそが尊厳を守り、自立を支援するケアとなるであろう。

■ 文 献

- 1) 平成14年度厚生労働省効果的医療推進確立に関する研究報告, 2003.
- 2) 遠藤英俊: 新しい回想法. 分子精神医学 3(1): 71-76, 2003.

周辺症状への対応

遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介 国立長寿医療センター包括診療部 *部長

SUMMARY

痴呆性高齢者の増加に伴い、周辺症状への対応は老年精神医学会の専門医などの専門家が地域に十分な数がいれば問題はないが、プライマリケアの段階でも痴呆が診れる医師の存在が期待されている。そこで本稿ではせん妄、妄想、幻覚、興奮と攻撃、徘徊、異食、不眠・昼夜逆転、自発性の低下などの主な周辺症状について、その診療の仕方や、介護者へのアドバイス、初期治療法についてまとめる。超高齢社会において痴呆症の診療はプライマリケア医には避けて通れなくなっている。日常臨床の参考になれば幸いである。

はじめに

痴呆性高齢者において、日常診療上においても生活においても、物忘れも問題ではあるが、むしろ徘徊などの周辺症状への対応が困難となり、介護負担につながることはいうまでもない。精神症状や問題行動のため家庭での対応が困難な患者で、あまりに症状が強い場合には専門の単科精神病院などに紹介するケースもある。主治医の入院の勧めに対して、多くの患者は拒否的態度をとり、入院できない場合も多い。いずれにしても日常診療において代表的な周辺症状に対して対応や薬物治療について、プライマリケアの観点からまとめることとする。

① せん妄

強い見当識障害に、不安、恐れ、活発な幻覚、妄想などを伴い、しばしば興奮を来し、急性に経過する状態である。幻覚の種類としては幻視が多く認められる。夜間に出現するせん妄を夜間せん妄といい、手術後には術後せん妄という。突然意味不明な言葉や、つじつまの合わないことを言ったり、荷物をばらまいたり、裸になってウロウロとしたりというような滅裂な行動を認める。制止しようとするときにさらに興奮し暴言、暴力におよぶこともある。せん妄は、痴呆症の症状の一つとして出現することもあり、感染、発熱、脱水、薬物の副作用などの内科的合併症が誘因となることも

多く注意が必要である。

【対応法】

第一に看護師や介護者が落ちつくことである。言動や行動を止めようとするとなますます興奮する場合があります。焦らず言葉や行動を観察する。身の回りの危険なものは片づけ、安全な環境にする。症状は変動が激しいので、食事や水分を飲むように勧めたり、トイレの誘導など必要な援助は、症状の軽い時にタイミングよく行う。まずは脱水などの基礎疾患の治療が重要であり、急性的にはセレネース® 1Aの筋注を行う。

② 妄想

妄想とは「根拠がないか、薄弱であるにも関わらず、誤った思いこみのこと」である。その時点では説得などによって訂正不可能なことがほとんどである。妄想は特定の脳部位の障害により形成されることもあるが、注意力障害、記憶力障害、判断力低下などの認知機能障害が基礎にあり、現実を正しく把握できないため生じることもある。また貧血や心不全、骨折や熱発などの身体機能低下や聴力・視力障害も妄想の原因となることがある。痴呆の初期から中期に認められることが多く、日常生活動作には支障がないにもかかわらず、社会適応に障害が生じる。妄想は痴呆症の経過とともに、または痴呆の重度化に伴い消えていくことが多いようである。

痴呆症では、物盗られ妄想と被害妄想が多くみられる。物盗られ妄想とは、金品を盗まれたとの思い込みである。財布や眼鏡などの身の回りのものをしまい忘れてたり、置き忘れてたりしても、人に盗まれたと誤って思ってしまう。直接介護している身近な人に疑いをかけることがよくある。介護者が対象の場合は患者が入院することによって軽減することもある。しかし入院中でも同室患者が対象になる場合もある。被害妄想は、見捨てられる、陥

れられている、監視されているなどの思い込みである。介護者との日頃の人間関係のもつれから生じてくることもある。

【対応法】

妄想の場合には訴えをよく聞き、安心感を与える。否定もせず、肯定もしないと言った態度で接することが重要である。物盗られ妄想の場合は、品物がないという事実を受けとめて、まずは一緒に捜してみる。ただし、時には一緒に捜すと、猜疑心を増長させてしまう（自分が盗んだからごまかそうとして捜していると考える）場合もある。

介護者が物盗られ妄想の対象となり、介護が難しい場合はデイケアやショートステイなどを利用し一時、環境を変えてみる。妄想の対象者と患者の距離を置くことは有効な手段である。妄想が強い場合には環境因子として、部屋を明るくする、気分転換を図るなどが対応として有効なことがある。また薬物療法としてリスパダール®, セロクエル®, グラマリール®, セレネース®の内服が有用なことがある。高齢者には投与量としてはそれぞれ1錠か1.5錠など少量が望ましい。

③ 幻覚

幻覚とは、「対象なき知覚」である。実際には存在しないはずの光・音・嗅い・味、あるいは身体の中や外の感じが、感覚器への刺激なしに知覚されることを言う。それぞれ「幻視」、「幻聴」、「幻嗅」、「幻味」、「幻触」と呼ばれている。幻視は実際にそこにはないもの、たとえば人・小動物・昆虫などが見えること。幻聴では多くは意味のある言葉が聞こえるが、無意味な音や音楽の場合もある。自分に対する噂、批判、悪口、命令であったりする。幻嗅では異常な臭いがする。自分の体臭を強く感じることもあり、自分が臭いを発散するために他人が鼻をつまんだり、臭いと言ったり、自分を避けるなどの妄想に発展することもある。

幻味は異常な味がする。これから毒を盛られたなどの被害妄想に発展することがある。

【対応法】

患者は実際に感じているので、訴えを受け止め、そのことを否定しないようにする。お茶をすすめるなどして、散歩に連れ出すなどを試みて気分転換をはかる。照明を工夫し、部屋を明るくする。薬物療法は妄想に準じる。

④ 興奮と攻撃

痴呆患者は、自分の意志や要求を的確に表現したり、様々な状況を理解し判断したりすることが困難になり不満や欲求が蓄積されやすい状態にある。自分の要求が受け入れられない時や、思い通りに相手が行動をしてくれない時に興奮や攻撃という形で表現することがある。興奮している理由を理解しないまま対応すると、さらに攻撃的になり、時には暴力におよぶことがある。

【対応法】

暴力をふるわれた時に、つられて介護者が興奮したり、力で押さえつけたりすることは避ける。抑さえつけようとすると、興奮を増長する。なぜ興奮したり攻撃的になったり暴力的になったりしているかを考える。たとえば、言葉の理解が悪かったり、難聴があると介護者の言うことがわからずイライラして怒っていることがある。難聴があるときには字で書いて示すことが有効である。物を壊したり介護者に対して暴力的になることが続いたり、あるいは患者自身に危険がおよぶ可能性がある場合には、早めに医師に相談する。薬物療法には妄想の薬の他、テグレトール®を使用する。

⑤ 徘徊

徘徊とは患者が目的を持たずに、または他者にその行動の目的が理解しがたい状況下で患者が歩き回る行動である。しかし用事があって忙しい、実

家に帰る、職場に行く、トイレを探しているなど、実際にはなんらかの理由を持っていることが多い。

【対応法】

まずは患者の徘徊の理由を考える。もし理由がわかればこれに対する対応を検討する。例えば、「実家に帰る」などと言って徘徊する患者に対しては、患者の訴えに耳を傾け、安心、納得する言葉をかけ、休ませるようにする。このような対応で徘徊は少なくなり、落ちついて過ごすことができるようになった患者もいる。どうしても出ていく場合には一緒に出かけ、適当なところで連れ帰る。また外へ出てしまった時には、途中で偶然に会ったふりをして連れて帰る。

門・玄関などの出口の安全対策が必要である。玄関ベル・鍵は、患者の目につかないようなところに取り付ける。センサーを使うのも効果的である。連絡先がわかるように、衣類の上着の襟裏などに連絡先を記入したり、定期入れ・財布などに連絡先を書いたメモを入れておくようにする。徘徊に有効な薬剤はないが、抗精神病薬が用いられる。

⑥ 異食

食べ物以外の物を食べ物と認識して口にすることを異食と言う。側頭葉とよばれる脳部位の障害により生じるほか、認知障害により食べ物を食べ物と認識できなくなったり、味覚や嗅覚の低下が原因となって生じたりする。

【対応法】

異食のパターンを観察し、洗剤や歯磨き粉など異食の危険のある物を目の届くところに置かないようにする。異物が口の中にあればあわてず、速やかに取り出し、誤嚥の有無を確かめる。中には人形療法で異食が止まったケースもある。具体的な対策としては気分転換と食事の配り方を検討する。とくに有効な薬物療法はない。

⑦ 不眠・昼夜逆転

老人の睡眠は、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴である。周囲の環境変化に弱く、それまでの生活と条件が異なることが不眠の原因になったりする。また、昼夜の区別がつかなくなったり、日中活動せず午睡の時間が多くなったりすると昼夜逆転現象を生じ、夜眠らず動きまわり介護者に大きな介護負担を与えることになる。

【対応法】

生活のリズムをつけるように、昼間は散歩に出かけたり、自分のできる仕事をしてもらったりするなど活動性を維持する。デイケアなどに行かせるのも一つの方法である。自宅では日中、横にならないようにさせる。睡眠パターンには個人差があるため、その人のパターンを観察し、適切な生活リズムを整える。眠剤を体重や睡眠パターンにあわせて使用する。

(参考文献)

- 1) 遠藤英俊：痴呆ケアに必要な医療情報。季刊「痴呆介護」、p107-112, 2004.
- 2) 新井平伊：特異的症候とその治療、老年期痴呆の克服をめざして。長寿科学振興財団、愛知、p231-237, 2003.

⑧ 自発性の低下

自発性とは、意志や欲求に基づいた行動を自ら発動させることをいう。自発性が低下しても家族や他人に対し直接に影響を与えることはないが、活動しないことにより不眠や昼夜逆転を起こしたり、筋力が低下し、寝たきりになるなど、新たな問題を引き起こす原因となる。うつとの鑑別が重要である。

【対応法】

脳梗塞など身体的に異常がないことを確認した上で、活動性を高めるようにする。規則正しい生活をする。日課表を作るのも一つのアイデアである。患者のペースで無理のないものから徐々に活動を増やす。一度にたくさん行わずに、少しずつ一日何回も行うことが有効である。家から出て人と接する場所を確保することが望ましい、たとえばデイサービスなどを利用すると、人との関わりが増え、有効である。薬物療法としてはシンメトレルや抗うつ病薬が有用なことがある。

高齢者感染症のすべて

I 高齢者感染症の特徴

4. 高齢者在宅感染対策

遠藤 英俊* 三浦 久幸* 佐竹 昭介* 野村 秀樹*

高齢者がかかりやすい感染症を疑い、早期に診断し、治療を行うことが重要である。発熱に伴い、その他の症状を把握することが確定診断には必要である。在宅の場合には検査が容易でない場合もある。在宅医療の感染対策は日ごろからの栄養、運動、休養を保ち、手洗い、うがい、入浴は有効である。そのほかには早期の診断と治療が必要であり、有効な抗生剤の選択が欠かせない。またインフルエンザなどは予防接種もかかせない対策方法である。

Key Words : 在宅医療, 呼吸器感染症, 予防接種

I はじめに

在宅医療でよくみられる高齢者の感染症は通院が困難な高齢者に多く、呼吸器感染症、尿路感染症、褥瘡感染症がある。抗菌薬の進歩により、経口抗菌剤による軽症呼吸器感染症では在宅、通院治療が可能となり、中等症以上の症例でも注射用抗菌剤治療により治療が可能な場合もある。そのためには病気の診断と適切な抗菌剤の選択が重要である。しかし高齢者ではいわゆる不明熱で原因が明確でない発熱、感染症もみられることがある。それが敗血症であったり、感染症でなく、骨折による熱であることもある。高齢者を診る医師の技量が重要である。

II 感染症について

在宅医療でよくみられる感染症は通院が困

難な高齢者に多く、呼吸器感染症、尿路感染症、褥瘡感染症がある¹⁾。重症であれば入院の判断をするが、軽症、中等症であれば経口抗菌剤や注射による治療を行う。37.5 度を超える場合には、感染症を疑い早期に検査、治療が必要と考える。ある意味では在宅におけるプライマリケアとして重症度の判断、年齢、全身状態の把握、判断が初期治療の治療方針の決定や予後にとり重要である。呼吸器感染症としてはインフルエンザ菌、肺炎球菌、ブランハメラ菌などが主要な細菌であるが、第一選択としては、当然こうした菌を想定して投薬する。特に市中肺炎には広域ペニシリンの投与をまず考えるとよい。投与 72 時間後までに発熱、自覚症状、炎症所見の改善がみられない場合には抗菌薬の変更を検討する。海外では OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) といって肺炎、骨髄

* Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura, Shousuke Satake, Hideki Nomura 国立長寿医療センター

表1 高齢者がかかりやすい感染症

疾患名	例数	%
呼吸器感染症	381	48.9
肺炎	108	
気管支炎	100	
上気道炎	92	
インフルエンザ	68	
胸膜炎	13	
尿路感染症	263	33.8
その他	135	17.3
敗血症	63	
褥瘡	35	
感染性陽炎	16	
胆のう炎	11	
膿瘍	5	
带状疱疹	2	
皮膚膿瘍	2	
腹膜炎	1	
合計	779	100

高齢入院者で37.5℃以上の発熱のあった患者779名の内訳。呼吸器感染症が48.9%ともっとも頻度が高く、次いで尿路感染症の33.8%であった。頻度の高い疾患は順に、肺炎、気管支炎および上気道炎であった。(文献2による)

炎などの感染症に1日1回のロセフィンなどを用いての在宅抗生剤治療が行われている。

Ⅲ 高齢者がかかりやすい感染症

高齢者は、一般に、若年者に比べ病気にかかりやすく、重症化しやすいとされている。同様に感染症にも感染しやすく、重症化する傾向にある。

柏木らは、高齢者がどのような感染症にかかりやすいかをみるために、約1年間、高齢入院者の37.5℃以上のすべての発熱例を調査した²⁾。その結果を紹介する。もちろん、発熱を呈さない感染症も存在するが、高齢者の感染症について、大体の傾向はつかめると考えられる。原因がはっきりしないものは除き、779例の感染症の内訳を表1に示した。もっとも頻度が高いものは呼吸器感染症であり、48.9%であった。ついで尿路感染症の33.8%その他の17.3%であった。また、個別の疾患としてもっとも多いのは、肺炎、気管

支炎、上気道炎、インフルエンザ、ついで敗血症であった。一方、尿路感染も多数みられたが、実際の尿路感染患者の数は、さらに多いものと考えられる。しかし、肺炎例や敗血症例に比べて重症例は少なかった。褥瘡感染症例も多く、難治性であり、褥瘡から敗血症も認められ、注意が必要である。

1. 呼吸器感染症

海外のデータによれば肺炎症例の50%以上は65歳以上であり、下気道感染による志死亡者の90%以上は高齢者である³⁾。また難治性の肺炎により死にいたる高齢者が多いのは低栄養や悪性腫瘍などの全身状態の悪化による感染防御機能が加齢により低下する傾向を示すからであろう。また肺気腫や喫煙歴、陳旧性肺結核の存在も病状を悪化させるリスクファクターである。

2. 尿路感染症

高齢者の尿路感染症は反復性が問題になることもあり、残尿、頻尿などその他の症状に

I 高齢者感染症の特徴

注意が必要である。尿路結石がある場合も反復性の感染症をおこす場合がある。原因の検討が必要である。まずは清潔が重要であり、栄養の確保、免疫力の保持が重要である。

3. 褥瘡感染症

褥瘡感染症の予防は褥瘡予防がすべてであり、寝たきり予防に留意する。在宅の場合に褥瘡があれば感染は高頻度に見られる。患部の消毒処置による清潔の保持が重要であり、当初はこの感染対策を行わないかぎり、よい肉芽の形成がみられない。ゲーベンクリーム、ソフラチュールなどを利用する。

4. 胆のう炎, 胆管炎

腹部所見, 血液検査で疑い, レントゲン, 腹部エコー, CTなどで診断し, 比較的胆汁排出型で有効性が期待できるスルペラゾンなどを投与する。重症な場合は胆道ドレナージ, 外科的治療を行う場合もある。

5. 骨髄炎

高齢者の骨髄炎は難治性であり, 診断が重要である。骨折などの外傷, 術後感染症, 敗血症などに注意する。

6. 腸管感染症

悪心, 嘔吐, 下痢を伴い, 発熱があれば診断する。便培養により細菌の確定をすると有効な抗生剤の選択が可能となる。食中毒, ウイルス感染, 細菌感染に注意する。細菌では特にMRSA腸炎に注意する。

7. 蜂か織炎

化膿性皮膚炎だが, 早期に抗生剤の投与を開始する。感染のきっかけの傷などは不明なことが多い。清潔の保持, 目で見えない程度の傷の予防が重要である。

8. 敗血症

腸管感染症, 術後感染症, 抜歯後の炎症にも注意が必要である。本疾患を疑えば, 早期に血液培養を行い, 診断の確定を行う。

IV 高齢者の感染症の季節変動

感染症がどのような時期に発生するかを知ることは, 予防および治療にとって重要であ

る。インフルエンザおよび上気道炎は1月にピークがみられている。この調査の年にインフルエンザの院内での流行がみられた。規模は異なるが, 毎年のように流行することから, これに対する予防が必要である。うがいや手洗いはもちろんであるが, インフルエンザワクチンの接種が有効であり, 行政も強く勧めているところである。

また, 急性上気道炎は冬季に多かった。気管支炎は冬季にやや多く, 夏季には少なかったが, 大きな変動はなかった。他の感染症は, とくに季節変動は認められなかった。

V 在宅治療か入院治療か

感染症がある場合に初診ではまず, 主訴や検査所見から優先的に対応する病気を決定する必要がある。初診で診断から治療が終了し, 1回の受診で治療が完結する場合がある。たとえば膀胱炎, 風邪など感染症で軽微な場合は1回の投薬で診療が終了するケースが多い。しかし他に初診で入院の判断を行う場合や, 週に1回程度再診を継続する場合, または直ちに専門外来へ紹介する場合もある。すなわちケースバイケースであるが, 高齢者は受診後, 病状が悪化する場合もあるし, 初診では診断が困難な場合もある。つまり外来で多くの場合は医師が短時間に多くの責任ある判断をしているといえよう。決定的なことは緊急入院が必要かどうかの判断であるし, 医師として責任ある判断ができるかどうかである。

高齢者総合外来では基本的に総合機能評価(CGA)を行う。これにより疾患の診断・治療にとどまらず, より高齢者を深く, 全人的に理解するためにADL (activities of daily living), IADL, 抑うつ, 認定機能, QOLを評価することが求められる。

急性期病院の入院期間が17日以下さらには14日以内に短期になっていく中で, 外来の位置づけ, 意義も変わっていく。外来のみで化学療法などの専門的治療をふくめ, 行う

場合も多くなってきている。つまり外来手術のように、入院という方法をとらずにより在宅を継続しながらの治療が必要となっている。それゆえに今後も外来の位置づけが変わると考えられる。

全身状態の悪化、意識レベルの低下、バイタルサインの異常で判断する。症状としては呼吸促拍や低酸素血症がある場合には入院の決断が必要である。また敗血症などの全身感染症では入院が必要である。ショックやDICなどの所見を早期に診断し、治療を行う必要がある。また呼吸不全を伴う重症肺炎、広範な肺炎像がある場合では入院治療が原則である。しかし軽症、中等症であれば慎重なフォローにより外来治療でも治療が可能である。

VI 投薬の実際

いったん感染症をおこせば、免疫力や体力により病状が異なることはいうまでもないが、基本的には細菌性であれば抗生剤投与につける。最近ではウイルスに有効な薬剤もでてきている。それらを早期に適切な量を投与する必要がある。高齢者では薬疹、食欲不振、胃潰瘍、腎機能低下などの副作用に注意しつつ投与すべきである。

経口抗菌薬としては①クラビット®（レボフロキサシン）3T n3x1、セフェム系では②パンスポリン®（塩酸セフォチアム）3T n3x1n、③パナン®（セフポドキシムプロキセチル）2T n2x1などが選択薬として用いられる。

こうした投薬において最初は症状や所見により診断を行い、細菌を想定してブラインドで行う場合が多いが、細菌の同定、感受性については可能な限り、行っておくとよい。また第3世代のセフェム系構造の経口剤や注射剤が幅広く使用される中で、耐性化の問題は常に念頭におく必要がある。またMRSAによる感染症も今後は市中肺炎などにおいても可能性を否定できない。また外来では静注用抗生剤のテストの問題もあり、テストが不要

4. 高齢者在宅感染対策

な抗生剤の使用も検討されるべきであろう。副作用では薬疹、肝障害、さらに高齢者では腎機能の低下に留意する必要がある。

VII 感染対策

感染対策の第一は栄養の補給、免疫・抵抗力の強化である。手洗い、うがいのほか、入浴による清潔の保持なども物理的に有効である。インフルエンザのワクチンのように近年では一般化してきているので、毎年高齢者が習慣化することが医療経済的にも有効であるとされている。

水飲みテストや嚥下造影により誤嚥を診断する場合や繰り返す嚥下性肺炎がある場合には内視鏡的胃ろう増設術、在宅中心静脈栄養法にて経口をさげ在宅で療養を継続することが可能となる。

VIII おわりに

高齢者の在宅感染症は時期、疾患により症状や病態が多様である。肺炎や敗血症をきっかけに多臓器不全をきたす場合もあり、救急対応が必要である。有効な抗生剤が効けば問題はないが、当初は感受性がわからない場合のほうが多い。ある程度は初診時に決断が必要である。しかし可能な限りエビデンスをもとに、感染対策が必要なので予防、検査、治療方法の選択にも配慮する必要がある。

文献

- 1) 往診・在宅・外来における感染症診断・治療ガイド(永武 毅編), 医薬ジャーナル社, 大阪, 1999
- 2) 柏木征三郎: 高齢者がかかりやすい感染症は? 高齢者を知る事典-気づいてわかるケアの根拠-(介護・医療予防研究会編), 厚生科学研究所, 東京, 2000, p118-119
- 3) 須藤英一: 肺炎, 誤嚥性肺炎, 第一線の実地医家のための高齢者医療実践ガイド, Medical Practice 19: p141-145, 2002

第99回日本精神神経学会総会

シンポジウム

介護保険制度の問題点と見直しへの提言

遠藤 英 俊 (国立療養所中部病院内科)

1. はじめに

現在、超高齢社会化に伴い要介護高齢者も急増している。介護保険の導入はその超高齢社会へ対応した社会保障改革の一つであった。特に介護保険制度の開始とともに福祉の分野において大きな改革が同時に行われた。これは「福祉のビッグバン」ともいわれ、多大な変化を迎えた。また医療と福祉が連携を深める方向で社会が変わってきている。この制度において民間介護サービスの充実と介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入は画期的であった。これを主に動かすのが介護支援専門員である。また民間サービスもサービスによっては2倍以上の供給量となり、サービスの充実につながっている。しかし一方介護保険制度には低所得者の対策、介護支援専門員の質の向上などいぜん課題があることはいうまでもない。

介護保険制度はいくつかの修正を経て、概ね順調に経過している。しかし一方介護保険収支が赤字の保険者もでてきており、介護保険制度の改定の時期にあたり、介護保険の今後の方向性を決める重要な節目を迎えている。平成15年4月には要介護認定の見直し、介護保険料や介護給付費の見直しなどが行われ、さらには平成17年には法律そのもの見直しも予定されている。こうした介護保険の現状と課題についてまとめる。

2. 介護保険の現状

介護保険のねらいは高齢者の自立と自立支援や介護の社会化であったが、一朝一夕には解決しない。民間活力の活用は進んでいるものの、地域ケ

アの充実と在宅療養はまだ問題が山積している。また介護保険制度は医療保険財政の補完的な意味があった。社会的入院を減少させる目的があったが、現実には施設利用希望者が激増している。医療と福祉サービスの連携を進める必要がある。

介護保険の利用者は年々増加しており、居宅介護サービス受給者数は168万を超え施設介護サービス受給者数は68万人、介護老人福祉施設は32万人、介護老人保健施設は25万人、介護療養型医療施設（療養病床）は11万人である。

介護保険は被保険者の増加、民間サービス事業者の増加も順調に推移している。介護サービスの利用者数は、2年半で約100万人増加（67%）し、特に在宅サービスの利用者が大幅に増加（84%）した。図1には要介護者の分布を示した。要介護1が最も多くを占めている。また図2に民間サービスである通所介護、訪問介護の年次推移を示した。図3に読売新聞にのった介護保険1年後のアンケート結果を示した。その具体的によかった内容を図4に示した。

介護保険制度で指定されている介護サービスの中で訪問看護は要介護4、5が中心に利用されており、訪問介護（要支援、1、4、5）、訪問入浴介護（要介護4、5）、訪問リハビリ、通所介護と通所リハ、短期入所生活介護と短期入所療養介護、居宅療養管理指導、グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）、福祉用具の貸与などがある。

介護サービスの変化の傾向としては、在宅サービスは増加しつつあり、個人ベースの変化としては介護保険導入後にサービス量が増加したが

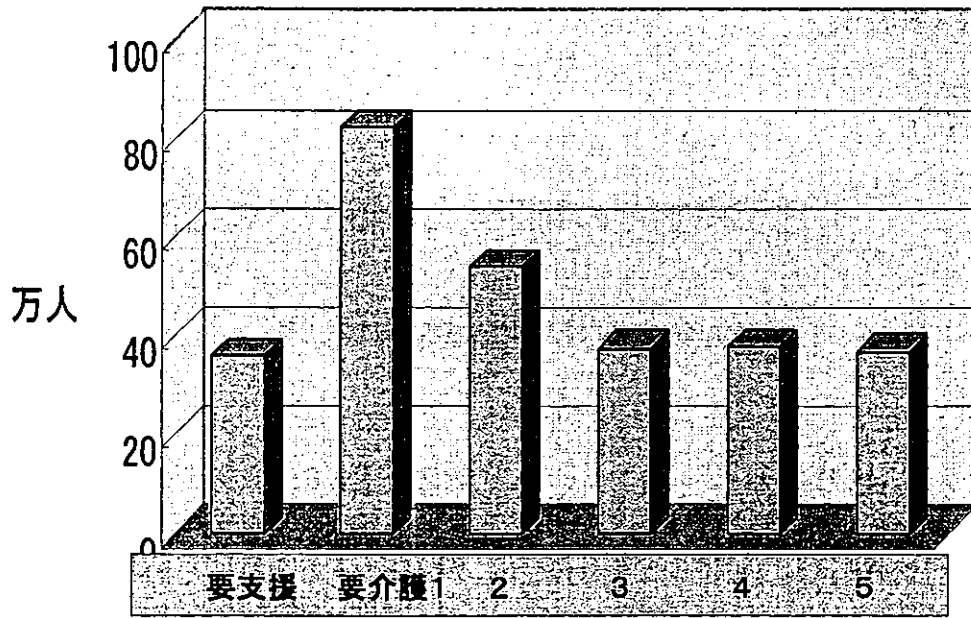


図1 要支援・要介護認定者数 (2001.11)

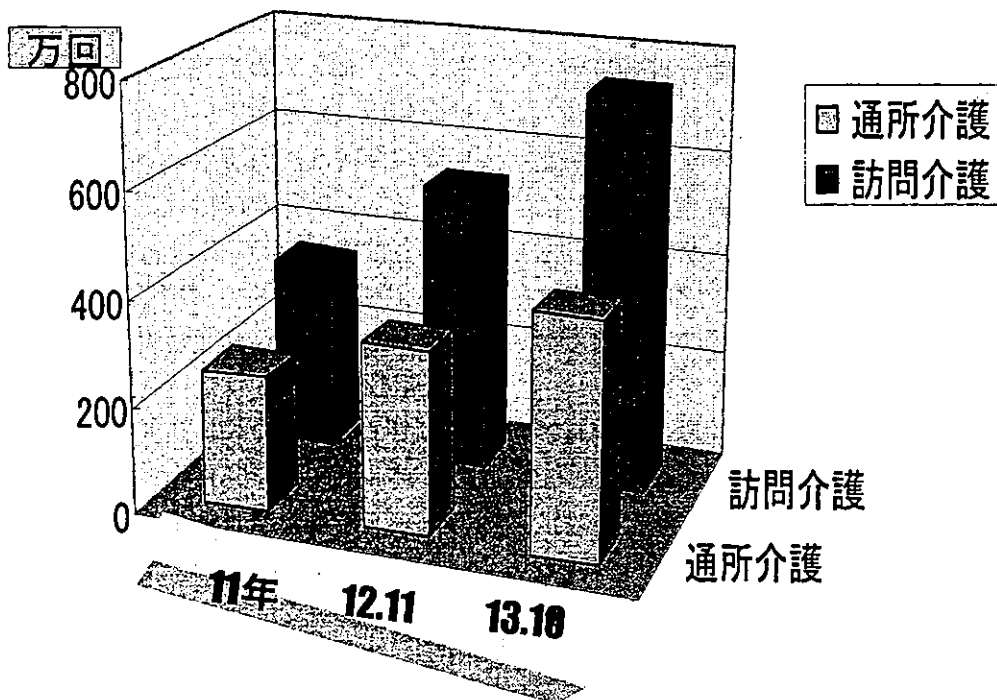


図2 介護保険導入前後のサービスの比較

67.5%，サービス量は変化なしが14.8%，サービス量が減少したが17.7%である。一方福祉用具購入費などは平成12年で85%増加し、サービスの質の確保が課題であり、評価の検討（自己評

価、外部評価の導入）が行われている。不正請求の増加もみられ、指定の取り消しなどの処分も行われている。

介護サービスの基盤整備としては基盤整備はさ

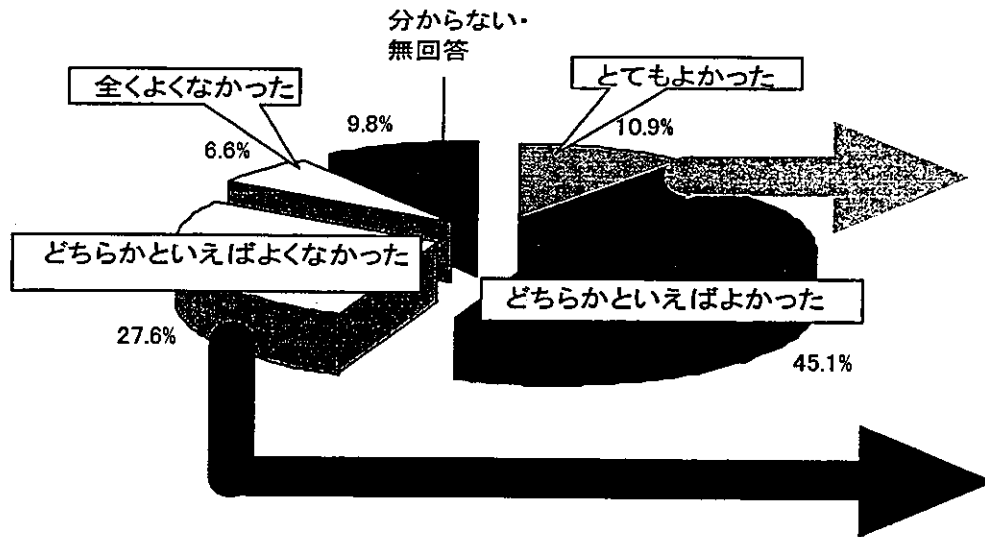


図3 介護保険の感想 (読売新聞より)

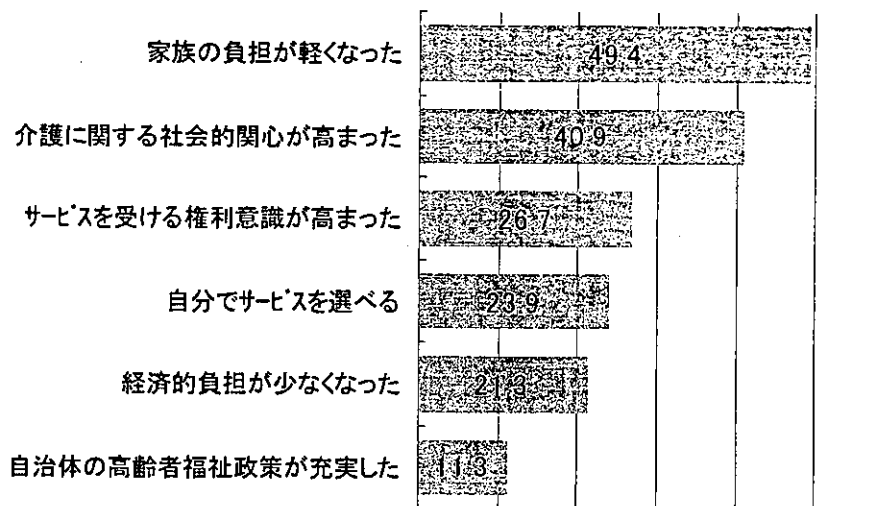


図4 介護保険がよかった点

らに増加しつつあり、全室個室、ユニットケアを特徴とする新型特養の整備（ホテルコストの導入）がされている。またケアハウスの整備（PFI方式）も行われている。

介護保険制度による福祉の変化としては介護支援専門員に身近に相談できるようになったとか、サービス事業者の数が増加した。デイサービス、デイケア、ショートステイの利用が増加した、その結果在宅介護がしやすくなったとか、施設利用がしやすくなった。その結果サービスの向上が進

んだ。

介護保険制度として、医療の変化としては医療と福祉の距離は短くなった。主治医意見書を記入することで要介護者の診断が可能となっている。介護サービスは在院日数の短縮に有用である。複合体化が進んだ、サービスの向上が進みつつある。

3. 介護保険制度の問題点

現在の大きな問題点としては介護支援専門員の資質の向上とサービスの充実である。制度上では

介護保険料の値上げに対する低所得者対策の充実も必要である。また施設入所希望者が増加し、在宅療養の困難さが明らかになってきている。これが現在の介護保険制度の限界を示している。つまり介護者の支援もふくめ在宅介護の支援こそが鍵となるであろう。また痴呆介護の充実も必要である。高齢者痴呆介護研究研修センターの活動も充実してきているが、さらに高齢者虐待対策も今後の課題であろう。また新たに痴呆症の治療、予防も重要であることはいうまでもないが、その中でも痴呆症の介護予防が重要である。

さらに介護支援専門員の現任研修の充実、痴呆介護の充実、第3者評価などによりサービスの向上にむけての変革がなされていく必要がある。介護支援専門員の課題と今後としては在宅ケアにおいてケア担当者会議を開催しにくいことがあり、ケアプランが上手にできていない場合がある。医師との連携も十分でない場合も多い。これは医師側の壁が高いとの意見もある。また契約や情報公開ができていない。急なサービス変更に対応しがたいなどの問題があり、ケアマネリーダーの養成、ケアマネジメント学会での認定が計画されている。現任研修の充実も重要な課題である。

痴呆症の要介護認定が軽いとの問題が当初より指摘されていた。そこで要介護認定調査検討委員会が設置され、要介護認定の改訂への取り組みを開始した。平成12年8月より平成14年3月まで10回委員会を開催した。その後訪問調査項目の見直し(ケアコード)を行った。平成13年に在宅・施設のタイムスタディの調査を行った。8項目の追加項目の全国調査を終了した。平成15年4月より新たな二次判定を開始する計画である。改訂一次判定の変更の要点としては調査項目が85から79へ(12減り、6増加)と変化し、樹形図分岐先端211から314へ変化した。運動の能力の低下していない痴呆への変更は二次判定で最終調整を行う。結果として実測ケア時間と推計ケア時間がより相関が高くなった。主治医意見書も十分に記載されていないとの批判もあった²⁾。

また要介護認定に費用がかかることも問題であ

る。1人あたり1万円から2.5万円も必要となる地域もある。このお金は一般財源からでており、地域においてかなりの負担である。

介護認定審査会の現状と課題としては多くの保険者で委員の交代が行われる。合議体により判定基準が異なる場合がある(対策:共通の事例検討を行うなど)。さらに介護認定審査会の委員の研修の必要性がある。合議体ごとの判定が異なることも問題になっており、要介護認定二次判定変更事例集を活用したり、共通の事例を検討することが行われている。

介護保険の変化と今後の展開としては平成15年4月には介護報酬の見直しが行われ、介護保険料の改定が行われた。さらにシステム上は要介護認定の見直しも行われる。今後の当面の方針として介護予防の充実と個別リハの導入である。たとえばパワーリハビリの導入である。さらには痴呆介護の充実である。

21世紀の痴呆ケアとして、痴呆症は治療し、予防する時代になり、脳ドックなどで早期診断する時代になってきている。介護保険におけるケアの進展、痴呆のアセスメントとチームアプローチの進展、バリデーションとDCM(痴呆ケアマッピング)(共通点はPerson Centered Care)、在宅でのケアの進歩、高齢者虐待への対策(ネットワーク)、介護施設での身体拘束(抑制)の禁止、施設入所(大規模)から家庭的なグループホーム、ユニットケア(小規模)での生活支援が行われている³⁾。

介護予防事業の推進として、寝たきりの予防(早期リハビリ)、転倒・骨折の予防(リハビリ)、誤嚥性肺炎の予防(嚥下のリハビリ)、痴呆介護予防、高齢者食生活改善事業運動指導事業他、目的は医療費、介護費用の削減と健康増進が重要である⁴⁾。

地域ケアの主役は高齢患者であり、脇役はかかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護であり、デイサービス、デイケア、ショートステイは在宅の要で、予防医療の重要性がいわれており、地域連携が重要であることはいうまでもな

いが、現実にはなかなか困難である。医師とケアマネ、病診連携、病病連携など、病院、介護施設、在宅の連続的な一体化したサービスが望まれる。

地域ケアの要件としては在宅医療と介護保険が基盤となり、アセスメントとチーム医療、地域連携が重要であり、かかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護が協力する、介護サービスの利用がかかせない、緊急ショート、緊急入院などの対応が必要であるが、施設の利用もかかせない、ボランティアの利用、生活支援、在宅ターミナルケアが重要である。

4. 介護保険改正への提言

平成17年4月には介護保険法が改正される予定である。被保険者の年齢引き下げが検討されている。さらに要介護対象者として障害者が検討されている。そのためには要介護認定法も大きく変更される可能性がある。介護サービスの内容や量が増える可能性があり、社会的にも問題となろう。そのためにも論議を尽くす必要がある。疾患としては痴呆症の克服が最大の課題である。研究者、現場の介護職、看護職が協力して対策を考える必要がある。さらには赤字市町村の対策も十分に行う必要がある。また介護支援専門員の現任研修や介護報酬上も働きやすい環境を形成する必要

がある⁵⁾。

5. おわりに

介護保険は21世紀の医療・福祉にかかせないものとなっている。介護保険の長所は介護の社会化、福祉のビッグバンであった。介護保険は改定、修正しつつ、よいものへと見直しをしていく必要がある。痴呆介護の充実と介護予防の重要性、地域ケアは連携が重要と考えられる。それには精神科医もケア担当者会議への参加、専門医としての診療、介護認定審査会への参加などが求められる。

文 献

- 1) 遠藤英俊ほか：介護保険制度への対応。アルツハイマー病（痴呆症）のケア、脳の科学（臨時増刊号）280-290, 2000
- 2) 遠藤英俊：主治医意見書の書き方。臨床医 26(2), 97-107, 2001
- 3) 遠藤英俊, 水野 裕：老人福祉施設における利用者の最近の動向。老年精神医学雑誌 13(12), 1396-1398, 2002
- 4) 遠藤英俊：新しい回想法。分子精神医学 3(1), 71-76, 2003
- 5) 遠藤英俊：介護保険の改訂への提言。老年精神医学雑誌 12(5), 492-495, 2001

高齢者の包括医療

遠藤 英俊

〈要約〉 包括医療とは高齢者に対して、総合機能評価を行い、チーム医療を提供することでより全人的医療の提供をめざすものであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。本稿では高齢者医療において抱える様々な現状と課題について取り上げた。一般病床では在院日数の短縮が求められており、高齢者のクリティカルパスの重要性や、退院支援のための入院スクリーニングが重要な意味を持つ。さらに高齢者がいかに自宅や施設に退院するかについて、介護システムの利用が欠かせないまた全人的医療をめざす上でもEBMだけではなく、NBMの重要性など今後の高齢者医療の展開についてデータを示しつつ、さらにQOLの向上や介護者支援の重要性を示し、高齢者医療の現状と課題について概説を述べた。

Key words : 包括医療, 全人的医療, NBM, 退院支援

(日老医誌 2004 ; 41 : 375-377)

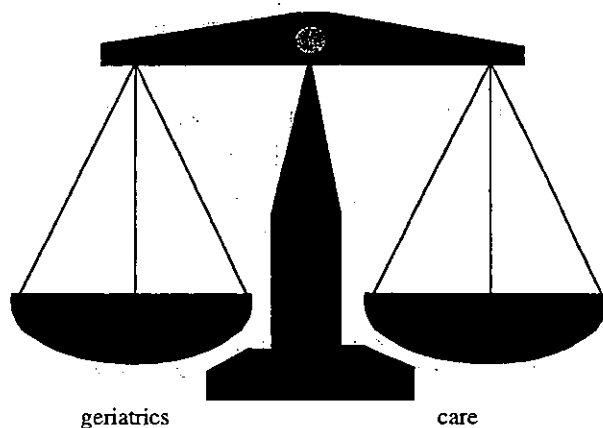
はじめに

高齢者医療において、全人的医療を行うために、総合機能評価やチーム医療が欠かせないことは周知のとおりである。さらに退院支援を行う上で、退院困難なケースを早期に発見し介入することが重要であり、現実的には臨床の場で組織や時間、人材の問題があり、実践は難しい場合が多い。そこで本稿では現状をふまえ、今後の高齢者の医療をめざす「包括医療」について、定義、内容について現状を概説する。

包括医療について

包括医療とは(今後の高齢者医療のモデルとして)包括医療とは高齢者に対して、定額制の医療(いわゆるまるめ)のことでなく、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment)の包括アセスメントから由来し、チーム医療を根幹として、全人的医療を行うことである。高齢者医療の新たなモデルであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。Figure 1に国立長寿医療センターが当面目標として包括医療を図式化したものを示す。

新しい包括医療の全体的なコンセプトとしては高齢患者を対象に総合機能評価を外来や入院に際して実施し、それをもとに多職種からなるチーム医療を行う。疾患の治療にとどまらず、ADL, IADLならびに抑うつや認知機能の維持、改善を行う¹⁾²⁾。嚥下、転倒、寝たきり予防



Goal : Improvement of QOL and excellent Geriatrics
 EBM と NBM (Narrative Based Medicine)

Figure 1 Concept of geriatric medicine

など老年症候群の治療・予防を行う(高齢者リハビリ)、退院支援を行う(入院時スクリーニング、介護者教育、介護サービスの支援)。QOLの向上など、心のケアをふくめた全人的医療を行う(QOLの評価、NBM)ことである。Figure 1にこのコンセプトを図式化したものを示した。医療とケアがバランスよく提供されることが重要であり、最終的にはQOLの向上をめざすことが求められる。

高齢者総合機能評価とチーム医療

高齢者総合機能評価の内容としては、現在もっとも一

Table 1 Comparison between group with critical pass and without critical pass for patients with dementia

	CP 不使用群	CP 使用群	p 値
在院日数 (日)	31.2 ± 6.7	25.3 ± 5.9	< 0.005
保険点数 (点)	65,225.5 ± 10,322.2	57,200.2 ± 10,713.1	0.02
心理検査終了までの期間 (日)	11.2 ± 6.1 (n = 17)	11.3 ± 5.4 (n = 21)	0.95
脳波検査までの期間 (日)	4.6 ± 2.5 (n = 10)	9.8 ± 3.6 (n = 15)	< 0.001
MRI 検査終了までの期間 (日)	3.7 ± 2.2 (n = 17)	6.8 ± 1.7 (n = 21)	< 0.001
SPECT 検査までの期間 (日)	12.4 ± 6.1 (n = 18)	11.8 ± 6.1 (n = 22)	0.72
全検査期間 (日)	17.9 ± 6.3	16.6 ± 5.0	0.46
介護者との面接までの期間 (日)	20.3 ± 6.8	17.1 ± 6.1	0.11
検査終了から退院までの期間 (日)	13.4 ± 5.9	8.7 ± 5.6	0.01

Table 2 Screenig for discharge planning (by Prof. Murashima)

Age	(> 75 : 2, 65-74 : 1, < 65 : 0)
ADL	(Need help : 2, Watching : 1, Self-dependent : 0)
Cognitive function	(Disturbed : 2, Suspicious : 1, Intact : 0)
Families	(Alone : 2, Couples : 1, > 3 persons : 0)
Trouble of family care	(Exist : 2, none : 0)
Use of long term care insurance	(Yet : 2, under application : 1, Already : 0)

* (> 8 point is high risk group)

一般的な質問項目は Barthel Index, 老研式活動能力指標, GDS15, MMSE, 社会機能の評価が一般的であり, 目的によっては SF36, Zarit 介護負担感尺度なども利用される。より簡便で有用な新しい指標の開発と簡易版の開発と機能評価の臨床応用が課題である。国立長寿医療センターにおいても, 長寿データベースを作成する計画であり, ナショナルセンター, 国立病院, 療養所において行う。長寿医療における臨床機能評価がその骨格となる。入院時, 退院時の Barthel Index のデータベース化, 痴呆症の治療対象者のデータベース化が計画されている。さらに高齢者チーム医療の必要性はいうまでもない。医師, 歯科医師, 看護師, 薬剤師, 心理士, 理学療法士, 作業療法士, 栄養士などと連携が重要である。それぞれの役割が果たせるよう医学診断のみならず, 機能評価を行い, カンファレンスをひらき, 全員の意思統一をはかり, 目標を設定する。老年科医はそこでコーディネータとして活動する。

臨床で最近話題なのは高齢者クリティカルパスである。高齢者には急性期と慢性期医療の両者が必要であり, 高齢者ではクリティカルパスが適応しにくい状況がある。つまりバリエーションが多いからである, しかしパスの利用は高齢者総合機能評価とチーム医療の推進にはよい。インフォームドコンセントの改善, 診療・看護内容の標準化に必要である。

高齢者クリティカルパス

高齢者クリティカルパスの利用については今後の課題であるが, 我々は厚生労働省効果的医療技術の推進確立に関する研究で一般病床における痴呆性高齢者のパスの作成に関する研究班を組織し, 研究を行った。数井らのデータでは痴呆性高齢者のパス使用例と不使用例の比較の結果を Table 1 に示す。その結果, パス表を利用することで在院日数の短縮がはかれ, 医療費が軽減でき, 検査までの時間は逆に延びたものの, 検査後から退院までの日数が短縮したことを意味している。

高齢者退院支援

高齢者退院支援の重要性はいうまでもない。在院日数の短縮と本人介護者の満足の確保が条件であるが, 入院時スクリーニングの重要性, 高齢者クリティカルパスの使用, 介護者教育, 看護師, ケースワーカーによる支援, かかりつけ医, 訪問看護の紹介, または転院先の紹介 (適切な居住環境の確保) が鍵である。村嶋らは退院支援スクリーニングに関する研究を行った。Table 2 に入院時スクリーニングを示す²⁾。これは退院困難に関するハイリスク患者のスクリーニングを行うものであり, 点数が高いと退院が困難なことが予想される。この指標の有効性が確かめられている。

高齢者医療関連

介護システムの動向としては、平成15年4月に介護保険の見直しがなされた（要介護認定法、保険料、介護給付費）。介護保険の利用なくしてはいまや高齢者の医療も福祉も語れない。そのために高齢患者が退院する際には十分な介護サービスの知識が必要となる⁴⁾。集団ケアから個別ケア、個室ケアへ移行し、グループホーム、ユニットケアへ変化しつつあり、さらに小規模多機能地域密着型ケアへ関心が移りつつある。さらに医師と介護支援専門員との連携が必要である。

NBM（ナラティブ ベイスト メディソン）はもともと精神科領域で患者の語りを医療に反映させようという試みであり、心のケアを高齢者医療に反映させる医療である。患者のアドボカシーを尊重する意味もある。

おわりに

高齢者医療・介護の標準化のためには高齢者総合機能評価が重要である。高齢者総合機能評価をより簡便にし、チーム医療のできる体制を構築し、退院支援に繋げる必要がある。クリティカルパスの利用によりチーム医療の確実性が増す。また心のケアのためのシステム化（NBMなど）が必要である。最後にこうした包括医療研究には研究費の支援が必要である

謝辞：本稿の研究協力者は杏林大鳥羽研二教授、神戸大桜井孝助手、名古屋大梅垣宏行助手、大阪大学数井助手、東京大村嶋教授、岩手県立大野村教授の方々である。多大のご協力を深謝する。

文 献

- 1) Wada T, Matsubayashi K, Ishine M, Fujisawa M, Kita T: Depression screening of Japanese community-dwelling elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2003, (in press).
- 2) Ho HK, Matsubayashi K, Wada T, Kimura M, Kita T, Saijyo K: Factors associated with ADL dependence. —A comparative study of residential care home and community-dwelling older people in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 2002; 2: 80—86.
- 3) Murashima S, Nagata S, Toba K, Ouchi Y, Sagawa Y: Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences* 2001; 2 (3): 153—161.
- 4) Masuda Y, Kuzuya M, Uemura K, Yamamoto R, Endo H, Shimokata H, et al.: The effect of public long-term care insurance plan on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals. *Arch Gerontol Geriatr* 2001; 32: 167—177.

Abstract

Comprehensive geriatric medicine

Hidetoshi Endo

This paper is written to make clear the new medical system in the elderly and to standardize of Geriatrics and care. There are two major important components in geriatrics and geriatric care which are comprehensive geriatric assessment and team approach. But this is sometimes difficult to do geriatric medicine. This goal is to make clear the usefulness of comprehensive geriatric assessment (CGA) and team approach. And the research purpose is to make standardization of geriatric medicine and care of elderly patients and organization of professionals.

I have studied QOL of elderly people in the community. The scale, SF36, was used in this study. I compared with QOL between elderly with dementia and healthy elderly. QOL was studied with statistical analysis of SPSS. Physical function and symptomatic vitality in lower items of QOL were much better in health people than demented elderly. But global subjective health was much better in demented elderly than healthy people in the community. And I made clinical path of dementia for examination in the hospital. The results were clinical path made clear the importance of team approaches and standard of medical course in the hospital. It was helpful in medicine and care and its bindings.

Dr. Murashima and her group have developed a new check list of screening risk factor of long stay of elderly inpatient. And they studied about the effects of supportive group for discharge using assessment and team approaches. This unit has a good function which support home care of the elderly patients.

Finally narrative based medicine is very important to take care for the elderly patients. It has been lacked to do the present medicine for the elderly patient by evidence based medicine.

In conclusion, for the standardization of geriatrics, CGA is useful for support for the frail elderly and team approach is good for staff communication through team conference.

Key words: *Comprehensive Geriatric medicine, NBM, CGA, Clinical path*
(*Jpn J Geriatr* 2004; 41: 375—377)

トピックス

VI. 最近のトピックス

1. 諸外国における高齢者医療の現状

遠藤 英俊 大島 伸一 三浦 久幸 大西 丈二
梅垣 宏行 鈴木 裕介 井口 昭久

要 旨

高齢者医療の歴史は比較的新しいが、歴史的に1940年代よりヨーロッパやアメリカで始まり、世界の人口の高齢化に伴い、日本においても1950年代よりその重要性が増し、さらには韓国、中国などのアジアでも老年医学に関心が高まってきており、高齢者医療の重要性ならびに必要性が高まり、国際交流の重要性が増している。共通のテーマとしてはアルツハイマー病や長期介護の研究、高齢者医療の学生教育などがある。〔日内会誌 93:2599~2602, 2004〕

Key words: 高齢者医療, 国際老年学会, 国立長寿医療センター

はじめに

海外の高齢者医療の取り組みは日進月歩であり、主にアメリカ、ヨーロッパなどの高齢化が進んだ先進国を中心に進められている。ここ数年、隣国である韓国でも老年医学が注目され、介護保険の導入も検討されている。日本は高齢化率が19.5%を越し、いち早く超高齢社会を迎えようとしており、我々の経験が人類にとって初めての経験であり、高齢者医療と介護保険を始めとする我々の経験や知識が諸外国の参考にされようとしているのは間違いない。しかし今日諸外国の現状を学び、日本の高齢者医療について今後を検討することは意義がある。

1. 高齢者医療の世界史

歴史的にはフランスのCharcotが老年医学の概念を提唱したとされている。またアメリカのOslerは「肺炎は老人の友」と述べた。1912年には東大の入沢達吉教授は自著「内科学」において「老年医学は将来重要かつ必要な学問になる」と指摘した。1942年アメリカ老年医学会が発足した。1945年にはアメリカ老年学会が発足した。ヨーロッパでは1947年には英国老年医学会が発足した。一方日本では1958年に日本ジェロントロジー学会が日本老年学会に名称を変更し、日本老年医学会と共にスタートした¹⁾。

現在4年毎に世界老年学会議が開催されている。老年学とは老年医学、老年社会学、基礎老化学などの包括的な学問であり、老年学としては日本ではまだ認知度が低い、海外で重要性が認められているし、研究者も多い。

えんどう ひでとし, おおしま しんいち, みうら ひさゆき: 国立長寿医療センター包括診療部
おおにし じょうじ, うめがき ひろゆき, すずき ゆうすけ, いぐち あきひさ: 名古屋大学加齢医学講座

表 1. EAMA の 2005 ~ 2006 の主なテーマ

1. NUTRITION IN THE ELDERLY : its main related consequences
2. NEURO- and PSYCHIATRY-GERIATRICS
3. COMMUNICATION with the very old patients and within the interdisciplinary geriatric team
4. MANAGEMENT OF A GERIATRIC TEAM/WARD/NETWORK : academic medicine art vs. economic constraints

表 2. Formal Learning in Geriatric Medicine in Asia

Asian Places	Medical Faculties Professorial		Geriatric Medicine	
	Total Department	no.#	<u>Ugrad Cur.</u> Total Pgrad Cur.	no.#
Hong Kong	2	2	2/2	Yes
India	140	0	0/140	No
Indonesia	25	5	?/25	Yes
Japan	79	22	?/79	Yes
China (PRC)	118	?	?/118	?
Philippines	30	0	2/30	Yes
Singapore	1	1	1/1	Yes
S. Korea	34	20	3/34	—
Taiwan	10	0	4/10	0
Thailand	10	0	6/10	Yes

Ugrad Cur. = undergraduate curriculum

Pgrad Cur. = postgraduate curriculum

? = data not provided or not available

2. アメリカ

国家としては若いですが、老年医学に取りくんだのは比較的早かった。ここまで米国の老年医学が発達した原因の一つにロバートバトラー博士の影響が大きいと思われる。彼は1960年代に国立老化研究所の所長をつとめ、その後ニューヨーク、マウントサイナイ大学に老年医学講座の教授をつとめた。現在も活躍中で国際長寿センターの理事長で、世界を相手に活躍を続けている。

国立老化研究所を中心に老年学、老年医学の研究と外部の研究支援を行っている。基礎研究が中心であるが、研究費も莫大であるし、研究者の層も厚い。老化と老年病の研究において世界をリードしている。特にボルチモア縦断研究

は有名である。各地区の大学には老年科があり、高齢者医療の研究を行っている。縦断研究もふくめ、歴史的にも老年医学の層が厚い。アメリカの医学教育において10年前には老年医学が独立したコースになっていたのは、カンサス大学医科学校、ケンタッキー大学医科大学、アルバート・アインシュタイン医科大学、マウントサイナイ医科学校、ウェイク・フォレスト大学、ボウマングレイ医科大学、ペンシルバニア医科大学、ユタ大学医科学校、イースタンヴァージニア医科学校などの8大学などであるが、今ではミシガン大学やデューク大学、カリフォルニア大学などでも老年科医が業績をだしてきているが、departmentになっているのはニューヨークのマウントサイナイ大学だけである²⁾。しかしドクターフィーの問題もあり、老年科医のニーズが