

で相対的に血流の悪い場所を調べると、帯状回後部、海馬、側頭葉あるいは視床を通り、いわゆる側頭葉、頭頂葉系の記憶の回路に沿った部分の血流が落ちている。こうしたパターンを覚えておくとよい。

次に脳血管障害だが、3つのパターンがある。1つ目の心原性脳塞栓は心房細動が原因で、中大脳動脈でよく発生し、大きな脳梗塞が起こる。この場合、必ず認知機能障害が生じる。

2つ目のアテローム血栓性梗塞は、動脈硬化からくさび型に起こる。3つ目のラクナ梗塞は、穿通枝の細い動脈に梗塞が生じる。以前はラクナ梗塞が多かったが、食生活の変化で心原性とアテローム血栓性が増えている。しかし、神経症状が非常に乏しいラクナ梗塞の多発は、最も見落としやすいので注意が必要だ。

まとめると、アルツハイマーは海馬の変性、そして側頭頭頂葉系のペイペッツ回路に沿った血流の低下がある。脳血管性認知症では、どこに脳梗塞があっても前頭葉血流の低下がある。そのため、脳血管障害では意欲の低下や、表情がなくなることがある。

従って、アルツハイマーと脳血管性を見分けるには、にこにこしているのに優しい言葉をかけると泣いてしまうとか、病識が残っていることが挙げられる。

画像診断では、前頭葉血流の低下が生じる。性別では、以前は「脳血管性認知症は男性に多い」と言われていたが、今は女性のほうが1.5倍多く、「男性にも多い」と言える。アルツハイマーは女性のほうが2～3倍多い。

似たような病変に正常圧水頭症がある。脳室が拡大し、歩行障害・尿失禁・認知機能の低下がみられるが、帯状回ではなく脳室周囲に帯状の血流が低下することが、画像診断上の特徴になる。

もの忘れ外来の10人に 1人はうつ患者

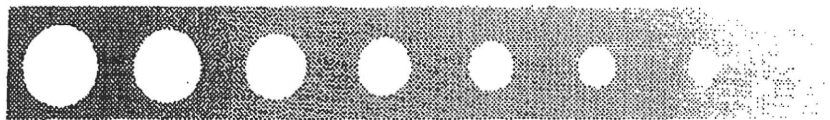
前頭側頭型認知症はヒック病に代表され、比較的若い人でも起こる。おどけたような態度、多食、診察室に入っては出ていくなど同じことを何度も繰り返す、意欲が低下して無表情になる、医師が言ったことをオウム返しする……などの症状がある。

進行すると亢進傾向になり、早期の尿失禁も出る。側頭葉先端部の血流低下が特徴だが、右ききで左側の言語中枢脳がやせている方では、「コップ」とは言えないがコップで水を飲める、「はさみ」と言えないが上手に使えるといった症状が現れる。こうした例は3,000例中15例程度でそれほど多くないが、言葉がおかしいということがあればこの病気を疑ってみるとよい。

意外と症例数の多いものに、レビー小体型認知症がある。αシヌクレインが皮質から溜まれば記憶障害となり、辺縁系から溜まれば覚せい障害が現れる病気だ。夢見が悪い、意識の変容などの症状がある。例えば、現実にはいないのに「子供が部屋に入ってきて遊んでいる」とか、「お坊さんが来ている」などの幻視が現れる。幻だと指摘しても認めず、いかにも目の前にいるような反応をする。そうかと思うとしっかりして正常のように見えるときもある。

これを意識の変容というが、長谷川式の検査をして、28点取った次の検査では18点だったという方がいたらレビー小体型認知症を疑うとよい。また、よく転ぶことも参考診断になる。

レビー小体型認知症はアルツハイマーと非常に似ている。血流の低下が後頭部から起こるので専門医でもなかなか見分けにくい。脳血流シンチでは、アルツハイマーでは落ちない。一次視覚野の血流が落ちていることでわかる。脳スペクトでの鑑別は非常にわかりやすい。初期にはアルツ



ハイマーと誤診され、アリセプトが非常に効くのが特徴だ。また、副腎系・自律神経系に異常があり、立ちくらみがする。MIBG心筋シンチグラフィでは、パーキンソン病と同様に心臓縦隔比が2以下であることで完全に見分けられる。

注意すべきことは、レビー小体型認知症へのMIBG心筋シンチグラフィは保険適用ではないことだ。認知症学会の専門医はこの検査を勧めるが、保険適用されていないものを必ず行うよう求めることは問題だ。ただ、この方法が非常によい診断基準になることに間違いはない。

さらに、認知症様症状にはうつとの鑑別が必要な例も多い。もの忘れ外来には10人に1人程度うつの方が来て、「もの忘れが非常に強い」と言う。ただ、認知症の方はつじつまが合わないことを言う、自分を責める、睡眠障害がある、夜間や夕刻に悪化する、動揺性がある——などの症状もある。

うつは前頭葉の血流が落ち、脳血流シンチなどの画像診断では前頭側頭葉型や脳血管性との見分けがつきにくい。脳に萎縮がないことや、厳密に画像を比較すれば仮性認知症と診断できるが、Geriatric Depression Scale (GDS) といううつのスコアをとるのがよい。若い人のうつ病と違って、高齢者は心理検査をしないとわからない方が非常に多い。GDSでは、一般の人の1～3割にうつ傾向があると診断される。

マスターズに参加した水泳選手で、MMSEが23点、GDSが10点という、うつ状態に近い方がいた。ご主人が亡くなった後に記憶力が低下したが、「好きなカラオケでもしてみてください」と言ったら1年後には改善した。治る認知症状態でうつの方は、薬を出さなくても心理検査するだけで治ることもある。

画像診断がなくても7～8割はBPSDから鑑別が可能

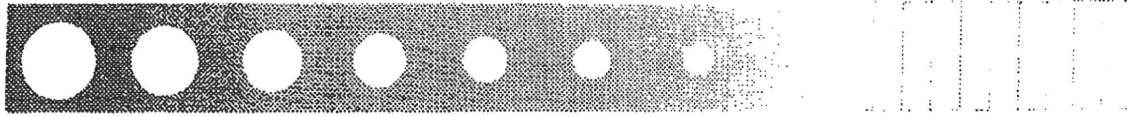
最後に、BPSDについて述べる。同じ話を何度も繰り返す、ものをなくす、無関心といった早期発見しやすい症状以外に、貯め込む、場違いな発言をする、尿失禁、閉じこもり——などが早期に現れる。手のかかる陽性症状では、夜中に起き出す、言葉が荒くなるなどが早期に多い。

BPSDから鑑別する方法としては、アルツハイマーは記憶が低下する病気なので、同じ話を繰り返したりものをなくしたりする。脳血管性認知症では感情鈍磨となるので、うつの症状を見逃さないよう注意を要する。レビー小体型認知症では幻覚が特徴的だが、夢見が悪いことや薬の過敏性にも注意する必要がある。前頭側頭型認知症は、初期症状の意欲の低下に気をつけていただきたい。あるいは、常同行動があれば鑑別しやすい。

中期になると、アルツハイマーでは物盗られ妄想や、他人だと思って鏡に話しかける「ミラー現象」が生じる。脳血管性認知症でも幻覚や尿失禁・誤嚥が出れば広範囲に脳血管が障害されている可能性がある。レビー小体型認知症では、「ファントム・ボーダー」といって、「見知らぬ人がいる」、「あなたは娘だけれど娘ではない」といったような「カブグラ症候群」が現れる。前頭側頭型認知症では亢進傾向が現れれば非常にわかりやすい。


まとめると、挨拶一つとっても、アルツハイマーは愛想がよく、脳血管性は律儀、前頭側頭型はぶっきらぼう、レビー小体型認知症はおっくうという特徴があるので、画像診断がなくても7割～8割は見当がつく。ただ、ときどき紛らわしいものがあるので、そうしたときに画像診断を参考にしたり、他の専門医へ相談したりするとよい。





講演

非薬物性治療を含む 認知症の治療について



鳥羽 研 独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長

アリセプト投与後38週目までは 非薬物療法との組み合わせが効果的

薬物療法についてだが、中核症状に効果がある
とされるもののなかでも、信頼度の高いRCT（ラン
ダム化比較試験）を行ったものからそうでない
ものまでである。

RCTで効果が証明されたものとして、まず、コ
リンエステラーゼ阻害剤の代表である塩酸ドネペ
ジルがある。同種の薬剤であるガランタミンやリ
バスチグミンなどももうすぐ登場する。

アセチルコリン合成促進剤としては、東北大学
の研究で成績が示されたものに加味温胆湯、釣藤
散、八味地黄丸がある。加味温胆湯は合剤でなく
使いにくい。釣藤散にはアセチルコリン合成促
進作用があり、一部にアミロイドの沈着阻止作用
も認められた。

降圧剤については議論沸騰中だ。血圧を下げる
ことが脳血管性認知症を予防するだけでなく、アル
ツハイマー型認知症（以下、「アルツハイマー」）
の発症を予防するという試験成績が発表された。一
方で、認知症の新規発生は予防できないという成
績も基礎実験とともに出された。血圧を正常に保

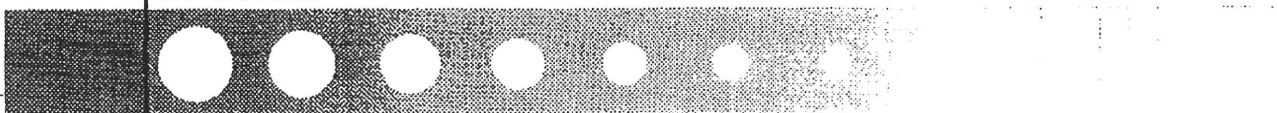
つ点では有用だが、詳しい研究が必要だ。

大規模臨床試験ではないが、以前FDA（米国食
品医薬品局）が行った研究では、ビタミンEとC
の予防効果が示された。また、イチョウ葉エキス
はドイツでは標準薬として使われているが、最近
の大規模なRCTでは効果はないとされた。

効果の評価には差があるが、共通認識として、
本人がよいと思って使っているものを否定する必
要はない。

リハビリテーションを含めた非薬物療法では、
運動療法、社会参加、記憶訓練療法などで成績が
出ている。アリセプトは投与後38週程度までしか
効かないと言われているが、投与後100週程度ま
ではMMSEの低下が緩やかになり、生活機能を
保つ上で一定の効果がある。

最近、私が日本老年学会誌に報告した研究では、
アリセプト投与後1年程度はMMSEが保たれて
いたが、その間に意欲が低下した人が増えた。つ
まり、アリセプトによって積極性が増す38週目ま
では、非薬物療法など他の取り組みを組み合わせ
るのにより時期であることがわかった。



効果が期待できる 開発中のメマンチン

開発中の薬剤で期待しているものの1つがメマンチンだ。中等度から高度のアルツハイマーに対して改善作用があり、軽度に対してもアリセプトとの組み合わせで効果があるとされている。また、アルツハイマーでは、アミロイドの前駆体たんぱく質を切断する β と γ の酵素を阻害すればアミロイド β （以下、「A β 」）が生まれにくいことから、 β セクレターゼ阻害剤、 γ セクレターゼ阻害剤の治験が進んでいる。しかし、酵素阻害剤が目的以外の部分にも働き、神経発生異常や未知の副作用が出てしまった。

A β のクリアランス療法で有望なのは、A β を溶かすネプリライシンと、老人斑を活性化ミクログリアに食べさせるワクチン療法だ。

ワクチン療法研究初期には脳炎が発症したので、基本的な考え方はそのままに、脳炎を起こしにくい抗体療法に変えて治験を進めている。

ワクチン療法は、2008年に『ランセット』に掲載されて世界中に驚愕を与え、根本治療薬になると期待された。しかしその後の治験で、発症したアルツハイマーにワクチンの効果はないとされた。その結果を踏まえ、老人斑やA β オリゴマーのできる30歳前後に治療ではなく予防として投与することも検討されたが、長期使用に対する副作用の問題もあり、課題は多い。

薬の上手な組み合わせで、家族の 介護負担感が軽減

BPSDは、家族の介護負担に大きく影響し、同時に本人も家族も傷つく介護の難点であり、認知症のなかで一番重要だと位置づけられる。

認知症の方の家族は、経済的負担、自由時間の不足、仕事のこと、客や友人を呼べないなどといった「社会的な困難さ」を抱えている。これらは

住宅問題やレスパイトケアの必要性を示唆すると同時に、在宅ケアを担う家族の健康を阻害する要素が多いことも示している。そのため、不眠やうつ、高血圧、胃腸障害などになっている家族は非常に多い。特に、BPSDの度合いと介護負担度の関係は明らかに相関する。

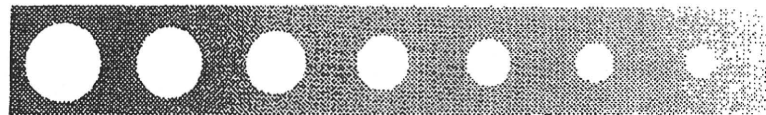
認知症には、中核症状やBPSD、身体疾患などさまざまな要素が複合し、それらを一つひとつ取り除かないと介護負担は減らず、患者は在宅に帰れない。その点で老健施設はバランスの取れた医療ケアミックスの施設で、海外でもこうした施設は注目されている。

BPSDの治療薬は、いわゆる非定型抗精神病薬はよく効く。定型抗精神病薬や抗うつ薬も使うが、転倒するリスクが1.5～1.7倍増加し、死亡率も1.5～1.7倍増加するので、FDAからは認知症への長期的な使用の禁止が勧告されている。さらに、非定型抗精神病薬には、認知症に対して保険適用がされていない上に、副作用も多いという問題がある。

では、どうするかというと、薬の上手な組み合わせが有用だ。東北大学が行った漢方薬を組み合わせるクロスオーバー試験ではBPSDが抑えられた。また、ADLが落ちず、幻覚・妄想・興奮といった症状が、投与を1か月止めても抑えられたという「持ち越し効果」があった。その理由としては、BPSDは反応性のものだから、治まったときに家族がよい働きかけをするようになって症状が抑えられたことが推測される。漢方薬を投与したグループでは、6か月程度継続した後ではあるが、家族の介護負担感が減っていた。

アルツハイマーは生活習慣の 改善で予防が可能

さて、故・朝長正徳東京大学医学部脳研究施設病理教授が、「ほけ防止の対策」として、「頭を多様に使う、気分転換をする、常に好奇心を



持つ、④読書をする、⑤囲碁・将棋・マージャン、⑥絵画・音楽・俳句等の趣味を持つ、⑦適度の運動、⑧過度の喫煙・飲酒を慎む——の8つを挙げた。脳血流シンチグラフィができる前に経験則でまとめたということだが、非常によく当たっている。

予防の観点からみると、アルツハイマーは遺伝的な要素はアポE4という遺伝子のみが関係していて、血圧・高脂血症・糖尿病との関連が指摘されているように生活習慣病の要素が強い。つまり、生活習慣の改善で予防ができるということだ。

観察研究では、物忘れの多い高齢者には、ビタミンB・C、カロチン、ミネラルなどが少ないことと、不飽和脂肪酸を含む脂肪の摂取が多いことがわかっている。また、もの忘れ外来に来る初診者の3分の2程度で鉄が低値だ。はっきりした作用はまだわかっていないが、鉄は神経に重要な働きをしていると言われている。

また、ビタミンEは認知症の発症を半分に抑えるという観察研究があったが、最近の大規模臨床試験の結果からは、あまり効果がないとも言われている。そして、魚をよく食べる日本人にはあまり関係ないが、魚をまったくとらないと5倍程度の認知症発症のリスクがある。

重要視される看護者教育の効果

BPSDについては有効な観察研究は少ない。認知症短期集中リハビリも、有効性を示すには「無作為対照試験で継続的な検証は難しい」、「脱落者が多い」と言われている。ただ、活動療法や運動療法で興奮や攻撃性を治めることができるし、認知症短期集中リハビリは意欲を取り戻すなど、進行した認知症には有効だと思われる。

観察研究では、ペットなどを使ったアニマル・アシステッド・セラピーもよい結果が出ている。

このほかに、ビデオ、模擬再現療法やマッサー

ジ、高輝度光線療法などがあるが、ビデオ、模擬再現療法は無効、マッサージも多くは無効、高輝度光線療法では興奮が改善したという報告がある。

非常に重要視しているのは、看護者の教育だ。それによって2割の興奮が有意に改善したという報告がある。また、患者の交わり増加によって興奮が85%減少した。しかし、暴力行為には無効である。これは、BPSDが反応性であることを如実に示す事例だ。看護師や看護補助者は非常に大変だが、患者との交わりを看護の専門性として興味を持つ人が増えれば、非常に著明な効果を上げることができる。

高齢者ほど有効で、3倍の効果がある「運動」

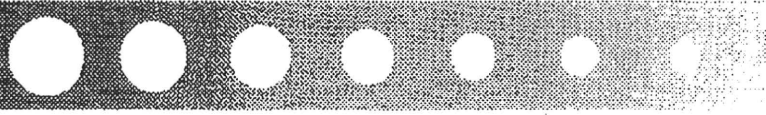
運動・活動の面では、読書・囲碁・マージャン・絵画・俳句などがよいとされている。何がよいかといえば、結論から言うと好きなものなら何でもよい。

「ニューイングランドジャーナル・オブ・メディスン」に掲載された論文では、70歳以上でアルツハイマーの予防になるものには、人を相手にして気を遣う取り組みは大体よく、ダンスやテーブルゲームはリスクが4分の1、楽器演奏では3分の1になった。

また、運動に関してはよい成績が得られていて、世界の14の研究を合わせたメタアナリシスでも、どんな運動でもよいが、集団で行う場合は「女性が多い主体」で、「会話が合ったほうがよく」、時間は「あまり多過ぎず、30分程度」を「6か月以上続ける」のがよいとされている。しかも運動は、「高齢者ほど有効」で、効果は3倍程度あるとされている。

中等度のBPSDにも効果がある認知症短期集中リハビリ

認知症短期集中リハビリは老健施設などに認め



られたものだが、結果から言うと、特にBPSDに非常に効果があった。具体的には、BPSDを評価するDementia Behavior Disturbance Rating Scale (以下、「DBDスケール」)で頻度の高いものを上から13項目選んだところ、「物をなくす」、「昼間寝てばかりいる」、「介護拒否をする」、「無関心」、「昼夜逆転」、「徘徊」などに効果があった。

軽度では、「何度も同じ話を繰り返す」、「暴言」などに効果があったが、中等度では陰性症状である「昼間寝てばかりいる」、「介護拒否」などで効果がみられ、「無関心」、概日リズム障害である「昼夜逆転」がなくなったり、「徘徊」に変化があったりした。

「認知機能」はHDS-R (以下、「長谷川式」)で測定すると1点程度上昇していたし、「意欲」も高まっていた。また、家事・身辺整理、関心・意欲、会話、記憶力、見当識についてはNMスケールで測定する。0～10点でみるために非常に感応性が高いが、ここでも感心・意欲が高まっている。

軽度の方は、ADL、意欲、活動、BPSD、認知機能がよくなるが、中等度の方では意欲とBPSD、MMSEの3項目だけがよくなり、ADLや活動にはあまり差がなかった。ところが、BPSDについては中等度の方により効果があり、意欲もよくなっている。もちろん効かない方もいるが、軽度・中等度を問わず、効果のある部分は異なるにしても、認知症短期集中リハビリは相当よい結果が得られている。

一般的に、中等度の方のBPSDを改善することは難しい。例えば、「無関心」の改善をねらって薬を処方すると徘徊が出ることもある。しかし、認知症短期集中リハビリでは効果があった。これは大変特長的だ。

まとめると、開始時に差はないグループ間でも、臨床的認知症重症度 (NMスケール) はリハビリグループで有意に改善し、下位項目では関心・意欲がよくなった。長谷川式で計測したものでは、

リハビリグループで1点程度よくなった。

BPSDはリハビリグループで改善し、特に頻度の高い「物をなくす」、「無関心」、「昼間寝てばかり」、「昼夜逆転」の項目と、「徘徊」などの常同行動、「意欲」に改善がみられ、介護拒否も改善した。しかし、「暴言」などの陽性症状に対しては十分な効果はなかった。

認知症短期集中リハビリ後の研究経過について中間報告をすると、認知症短期集中リハビリの後、集団療法を行って状態が維持できるかをみたところ、ほぼ維持できていた。ただ、対象の人数が1～30人とばらばらであったため、今後、5人以内の少人数に対する継続リハビリの研究を試していきたい。

認知症短期集中リハビリは、医療保険ではなく介護保険から認められた初めてのリハビリで、老健施設の存在意義としても重要な一部分を占めると考えている。

身体に訴えることを通じた 認知症ケアも重要

老化に伴って起こる身体合併にも注意を払わなければいけない。特に、難聴は認知症の4割に高頻度に合併する。耳が遠いためにうつ傾向になることにも注意が必要だ。やせも4割程度に認められる。歯がない、入れ歯が合わないという歯に関する問題は多い。

しかし、歯や嚥下機能に問題がなくてもアルツハイマーではやせると言われる。老化に伴い味覚や嗅覚が落ち、味が薄くておいしく感じないため食べないといった問題がある可能性がある。

食欲が落ちてきた入所者に対して、甘いものももっとしつこく甘く、塩辛いものはいつもより1.5倍程度塩辛くして、食欲が出たらもとに戻すような工夫や、温かいものは温かく、冷たいものは冷たくして食べてもらうなど食事の温度に対する配慮が必要かもしれない。

私も、やせたアルツハイマーの方にアイスクリームやチョコレートを食べてもらったら代謝が戻ったという例を多く経験した

便秘も高齢者の方に多く生じ、食欲低下の原因となる。便秘の改善には水分補給が大事だが、老化によって喉の渇きを感じる中枢の機能が落ちるので、日常から脱水を防ぐように水分の補給をすることは基本的に行われていると思う。ただ、それだけでは便秘は解消せず、薬を用いて改善する必要があることも生じる。

頻尿も3割程度の方にあるが、白質病変やラクナ梗塞が疑われることや、加齢に伴う過活動性膀胱が原因の場合もある。ただし、過活動性膀胱の場合は、安易に薬を処方すると口渇感が高まるだけでなく、薬がアセチルコリンの合成を妨げることがある。FDAでは投与禁忌としている薬もあるので注意が必要だ。

そのほか、尿失禁・視力障害・転倒によるけがなど多くの症状を持っている方が少なくなく、対処すべきことは多々ある。尿失禁のある方をおむつのままにしていると意欲が落ちるが、排尿誘導してトイレに連れて行くと意欲が高まり、生活の自立度も高まる。

こうした排尿誘導やボディタッチを増やすなど、身体に訴えることを通じて認知症ケアを行うことも重要になってくる。

またまた発展途上の認知症の医療・ケア・リハビリ

最後に、回想法についてご紹介する。回想法は、アメリカの老年学者で精神科医のロバート・パトラー博士が個人史を聞き出す「ライフレビュー」

という診療法を行ったのが始まりだ。

アメリカの回想法はすべて個人回想法だが、大変な労力がかかることもあり、日本ではグループで昔話をしたり歌を歌ったりするグループ回想法が行われている。

認知症短期集中リハビリでは1対1なので個人回想法が可能だ。大学院生が行った一番よく効いた例では、MMSEで22点から24点に、長谷川式で14点から24点になり、うつが改善して意欲も向上した。回想法を行っただけでも前頭葉血流は改善する。

具体的な方法としては、高齢者の持っている古物で、いつ、どのようなことに使ったか話しながら整理する「古物の整理」や、古い写真を整理しながら聞き出したエピソードを記入する「アルバムの作成」、散歩をしながら周囲に住む人について聞く「近所の散歩」などがある。

自慢料理のつくり方を尋ねる、戦争の話や戦争の歌などもあるが、ライフレビューで一番大切なことは、その方がどのような生活をし、どのような趣味を持っているかについて医師やケアする人が興味を持ち、観察によってその方に合ったオーダーメイドのケアを考えていくことだ。

進行した認知症の方でも残存能力は侮れない。一見、認知症で無能力に見えても、ある部分を活気づけると大変な能力を発揮することがある。

対個性性を重視した取り組みという点では、認知症の医療やケア、リハビリはまだまだ発展途上で新しいことが次々とわかってきている。ぜひ、認知症短期集中リハビリを始め、認知症患者の方が多様で興味深いことを治療やケアを通して知っていただきたい。

“もの忘れセンター”をオープン。 日本の認知症治療モデルの確立を目指す

独立行政法人

国立長寿医療研究センター（愛知県大府市）

かつて認知症は年のせいとして片づけられていたが、最近では脳の病気という認識が広まり、その研究が盛んになってきている。ケアについても、さまざまな方法が模索されるなど、ここ10年ほどの間に認知症を取り巻く環境は大きく変化した。そうした状況の中で、

いち早く認知症の問題に取り組んできたのが国立長寿医療研究センターである。同センターでは2010年9月に“もの忘れセンター”をセミオープンさせ、これまで以上に積極的な取り組みを展開し始めている。

診断から治療、入院までが

1カ所のできる“もの忘れセンター”

国立長寿医療研究センターの話に入る前に、まず日本の認知症の現況を見ておきたい。

わが国では、1970年に65歳以上の高齢者人口割合が7%を超え、高齢化社会に突入した。1997年には14%を超え高齢社会を迎え、2007年にはついに21%を突破して超高齢社会となった。

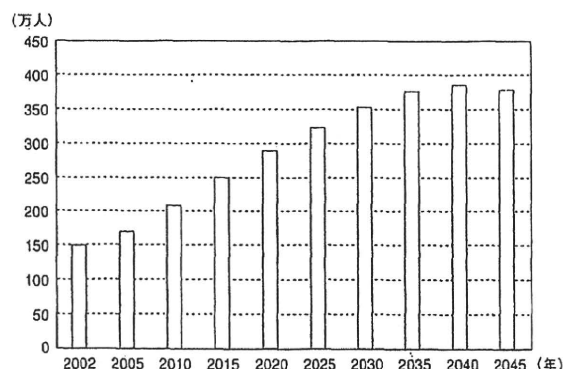
高齢者人口の増加に比例して、認知症高齢者も増加の一途をたどっている。「高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』」（2003年6月）によると、2002年の認知症高齢者数は約150万人で、2015年には250万人、2030年には350万人になると推計されている（表1）。一方、筑波大学の浅田隆教授らの調査では、すでに400万人の認知症高齢者がいるとしている。いずれにせよ、認知症患者は相当数にのぼり、今後大幅に増えることは間違いない。この状況を受けて厚生労働省も認知症対策を重点課題とし、さまざまな施策を打ち出し始めている。

一方、わが国には国立高度専門医療研究センター（略称：ナショナルセンター）が6法人あり*、各法人は国民の健康に重大な影響のある特定の疾患などにかかわる医療に関して、調査や研究、医療の提供、人材研修などを行ってきた。そのひとつが愛知県大府市にある国立長寿医療研究センターである。同センターが扱うのは加齢に伴う疾患で、中でも認知症は重要疾患として位置づけられてきた。

同センターでは“物忘れ外来”を全国に先駆けて

設置し、専門的な医療を提供してきた。認知症がマスコミ等で盛んに取り上げられ、認知症への関心が高まるにつれ、同センターの物忘れ外来を受診する患者は年々増加。最近では週に20人、月に70～80人の新患が県の内外から訪れ、もはや物忘れ外来だけでは対応するのは難しくなった。そのため、神経内科、精神科、高齢者総合診療科、脳神経外科の4科で分担して診る状況が続いていた。しかし、このやり方には問題があった。複数の科が診療を行うことにより、どうしても診断や治療方針にバラツキが出てくるのだ。今後の認知症患者の増加に対応する必要性もあり、1カ所で診断から治療ができ、周辺症状・身体疾患対応の入院病床も擁した“もの忘れセンター”の設置が進められ、ついに2010年9月セミオープンした。

表1 要介護（要支援：自立度Ⅱ以上）認定者における認知症高齢者の将来の推計



出典：2002年9月末 厚生労働省資料をもとに作成



独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長 鳥羽 研二氏

*国立高度専門医療研究センター：独立行政法人国立がんセンター、独立行政法人国立循環器病研究センター、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、独立行政法人国立国際医療研究センター、独立行政法人国立成育医療研究センター、独立行政法人国立長寿医療研究センターの6法人。各センターは、2010年4月施行の「高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律」により、独立行政法人に移行した。

患者・家族を含めたチーム医療で 認知症治療にあたる

同センターの病院長・鳥羽研二氏は2010年4月に就任する以前は杏林大学で長い間、認知症治療にあたってきた。そこでの豊富な経験を踏まえて鳥羽氏は、新しくできるもの忘れセンターの理念を「認知症に対する患者・家族の希望を叶える」とし、具体的に7つの項目を掲げた(表2)。

同もの忘れセンターで大きく目を見張られるのは、なんといっても専門医の充実ぶりだ。例えば脳細胞のエネルギーであるブドウ糖代謝を測定するPET(ポジトロンCT)や脳内のアミロイドを検出するアミロイドイメージングなどでアルツハイマー病の発

表2 もの忘れセンターが目指すもの

- 図目標：認知症疾患センターのモデルになること
 図理念：認知症に対する患者・家族の希望を叶える
- 1) 認知機能の維持
 - 2) 周辺症状の速やかな改善
 - 3) 生活機能の改善
 - 4) 老年症候群(転倒、誤嚥、失禁)などを起こさない
 - 5) 介護負担感の軽減
 - 6) 身近な場所での認知症に対する介護サービス利用の情報提供
 - 7) 緊急時の入院保障

症を予知し、症状の進行を評価する指標の確立を目的とする大規模臨床研究ADNI(Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)が米国で始められ、日本でも厚生労働省などの後援により「J(Japan)-ADNI」が発足しているが、そのオーソリティの一人が同センター放射線診療部長の伊藤健吾氏だ。彼が率いる放射線科で行う画像診断の精度の高さには定評がある。

認知症にはアルツハイマー病や脳血管性認知症をはじめ多数の疾患が含まれ、鑑別診断が重要になる。特に正常圧水頭症は他の多くの認知症疾患と異なり、手術によって治る可能性があるが、パーキンソン病やレビー小体病などと症状が非常に似通っており、鑑別が難しい。この正常圧水頭症の第一人者が脳神経外科医長の文堂昌彦氏である。

認知症の症状には、脳の神経細胞が破壊されることによって起こる中核症状と、環境や体調、本人の生活や経験などが複雑に絡み合っ起こる周辺症状(BPSD)とがある。BPSDに対する薬物療法には、抗精神病薬や抗けいれん薬、抗うつ薬などが使われるが、症状に応じて適切な薬剤を選択するかがポイントになる。そのBPSDの薬物療法に長ずるのが精神科医長の服部英幸氏である。

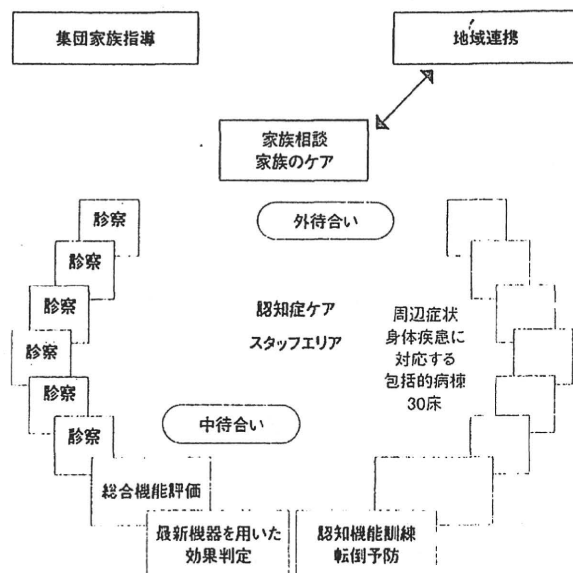
さらに、身体疾患にも対応でき、かつ認知症の専門医でもある老年科医には鳥羽氏を筆頭に、そうそうたる医師が揃っている。

認知症医療でこれほどまでのトップレベルの医師が集まっている医療機関は、おそらく他にはないのではないだろうか。

同もの忘れセンターでは、こうした医師たちと看護師、臨床心理士、言語聴覚士などのコメディカルが協働して治療にあたるが、鳥羽氏はこのチーム医療の中に患者や家族も加えた(表3)。

「かつて杏林大学にいたとき、患者さんやご家族がどういうことに気がつけたらよいかなどを理解し、ライフスタイルの改善やケアの工夫をしていただいたところ、塩酸ドネペジルの効果が2倍ぐらい高くなるというデータが出ました。また、患者さんやご家族からさまざまな情報をいただくことで、私たち医療スタッフも相手の立場に立った医療やケアを提供することができます。ですから、もの忘れセンターのチーム医療の中にぜひとも本人・家族を入れたかったのです」と鳥羽氏はその理由を語る。

表3 もの忘れセンター



同もの忘れセンターのオープンに先立って、すでに無料の「もの忘れ家族教室」を今年5月から開催。毎回20人以上の参加者があり、認知症の勉強や意見交換などが活発に行われている。

個別性を重視した非薬物療法を提供し、その効果を検証していく

同もの忘れセンターでは、MRIやマルチスライスCT、脳の血流量を調べるSPECT(単光子放射線CT)、PETなど最新医療機器を用いて診断。認知症の治療は、薬物療法と非薬物療法が行われるが、通常、医療機関での治療は、薬物療法が中心で、非薬物療法は介護施設などに任せることが少なくない。しかし、同もの忘れセンターでは薬物療法と同等に非薬物療法にも力を注ぐ。鳥羽氏は、「認知症における薬物療法は言わば電線の電気の流れをよくするようなもの。それだけでは電気量は増えません。脳という電池に刺激を与えて残されたパワーを賦活させ、多くの電気を出せるようにするのが非薬物療法です」と説明する。

現在、デイサービスやデイケアでのアクティビティ、あるいは地域包括支援センターでの介護予防教室など、さまざまな場所でいろいろな非薬物療法が実施されているが、それらの多くは集団で行われており、認知症が進行した患者は適合できなくなる

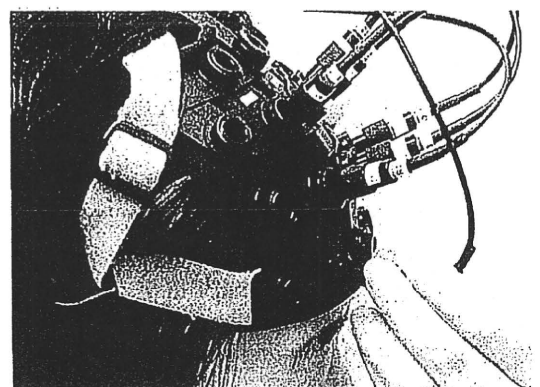
ケースが多い。「私どものもの忘れセンターでは、個別性を重視した非薬物療法を提供していきます」と鳥羽氏。

同センターには、音楽療法や回想法などさまざまな非薬物療法に熱心に取り組む医師や看護師が多数存在する。また、同もの忘れセンターは3,000m²とかなり広く、これらを個人ベースで実施するスペースは十分に確保が可能だ。

「これまでの研究で音楽療法や回想法などを行うと意欲が出てきたり、うつが改善されたりすることは認められていますが、記憶力がアップするというのははっきりしたデータはまだ得られていません。私どもは個別に非薬物療法を行うだけでなく、近赤外線計測装置などを用いて脳の活性反応を見ながら、どのような療法が認知機能改善に効果があるかを探り、さらには非薬物療法のスタンダードなやり方を示していきたい」と鳥羽氏は意気込む。

ちなみに鳥羽氏は、全国老人保健施設協会が2006年から3年間実施した「認知症短期集中リハビリテーション調査研究事業」の班長を務めた経験をもつ。この調査研究で、認知症短期集中リハビリテーションは意欲や活動性の向上やADL(日常生活動作)の改善が認められるという結果が得られた。これを受けて、2006年に老人保健施設に認知症短期集中リハビリテーション実施加算(60単位/日)が創設され、続いて2009年の介護報酬改定では対象施設が介護療養型医療施設と通所リハビリテーション事業所にまで広がり、算定も240単位/日とアップした。

「認知症短期集中リハビリテーションが介護だけでなく、医療の現場でも使えるようにしたい。そのためには、どのようなアクティビティに効果が高いか、在宅でもできる方法はないかなどの検証が必要です。



頭皮から頭蓋内に弱い近赤外線を照射し、再び頭皮上に戻る反射光を検出し、その変化から脳活動を計測する近赤外線計測装置。

心の健康や記憶力を維持できれば、住み慣れた家で1日でも長く穏やかに暮らせます。それは、当もの忘れセンターのまさに目指すところです」

サポート医研修を実施。

人材育成にも力を入れる

ナショナルセンターでもある長寿医療研究センターは人材育成という使命も担っている。同センターでは、認知症のサポート医研修を5年前から実施。すでに1,000名以上のサポート医を誕生させている。また、その際使うテキストを2年に1度改訂し、充実を図ることも同センターの重要な仕事のひとつだ。

サポート医は地元の医師会に戻り、かかりつけ医を教育していくことになるが、今後の認知症患者の増加を考えると、とても医師だけで認知症患者を診ていくことは難しい。その対策として、同もの忘れセンターでは、来年度から看護師研修の実施を計画している。

「私どもは教育機関ではなく、あくまでも病院でするので日常診療をしながらの教育になります。時間的な確保ができ、また国からの財政的なサポートが得られれば、介護スタッフ研修も行いたい」

厚生労働省では認知症対策の一環として2008年から認知症疾患医療センターの整備を進めており、

全国に約150カ所の設置を目標にしている。すでに11カ所の医療機関をセンターに指定した大阪府や、8カ所の熊本県や兵庫県などがある一方で、愛知県や東京都などにはまだ1カ所もできていない。同もの忘れセンターは認定基準をクリアすることから、来年4月のフルオープンに合わせて、愛知県第一号の基幹型認知症疾患医療センターとして活動していくことになっている。

「私どもの病院の近くには、認知症介護研究・研修大府センターをはじめ、長寿科学振興財団、老人保健施設、特別養護老人ホームと、認知症に関係の深い医療・介護施設があり、認知症というキーワードで活動している人がたくさんいます。この恵まれた環境をフルに活用して、協働で認知症に取り組めればと思っています。例えば、大府センターではパーソン・センタード・ケアの認知症ケアマッピング法(DCM)の研修を行っていますが、当もの忘れセンターにはマッパーの資格をもつ医師や看護師がいますので、DCMの実習を私どもの施設で行うという連携も考えられます。とにもかくにも、もの忘れセンターのオープンを機に、これまで以上に、日本の認知症治療のレベル向上に貢献していくつもりです」。鳥羽氏はこう熱く抱負を語った。



「認知症」を知るキーワード

【認知症とは】

認知症とは、一度獲得した知的機能の低下により、自己や周囲の状況把握・判断が不正確になり、自立した生活が困難になっている状態をいう。認知症の原因となる疾患は50～100前後あると言われている。もっともよく見られる疾患はアルツハイマー病で、認知症全体の約半数を占めると言われている。次に多いのが脳血管性認知症で約30%と言われる。近年増加傾向にあるのがレビー小体病で、約10%を占めるまでになっているとされる。そのほか、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍、正常圧水頭症、ピック病など脳の病気や外傷による認知症、クロイツフェルト・ヤコブ病やAIDS脳症など感染症による認知症、甲状腺機能低下症や低血糖など内分泌・代謝性疾患による認知症などがある。

症状には、認知症を発症させると必ず認められる記憶障害、判断力障害、見当識障害などの中核症状と、身体の状態や環境に影響されて出現する幻覚・妄想、うつ状態など

の周辺症状(BPSD)がある。

検査は問診と知的機能検査でスクリーニングされ、認知症が疑われる場合には、画像検査で脳の内部の病変を調べ、認知症の原因疾患を特定する。

知的機能検査で一般的に用いられているのが「改訂 長谷川式簡易評価スケール」と「MMSE(Mini-Mental State Examination)」である。いずれも30点満点で、「改訂 長谷川式簡易評価スケール」は20点以下、「MMSE」は23点以下だと認知症が疑われる。

画像診断には、脳の形の変化を見るCTやMRI、脳の血流を見るSPECT、脳の代謝を見るPETなどがある。

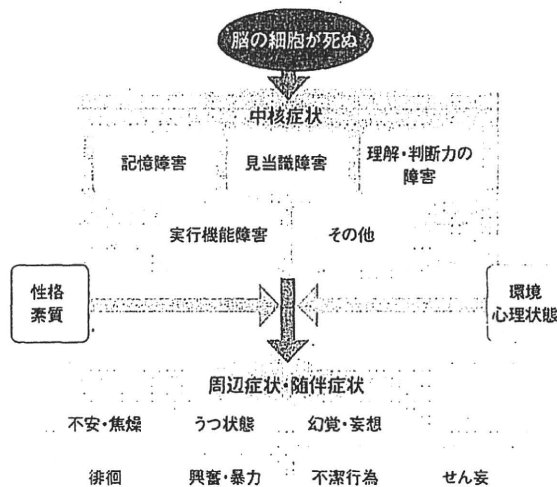
多くの認知症は、現在のところ、根治療法は見つかっていないが、病気の進行を遅らせたり、症状を軽減するいくつかの方法はわかっている。そこで、認知症の治療では残された身体的・精神的機能をできるだけ維持することが目標となる。具体的には薬物療法と非薬物療法がある。薬物療法

には大きく、認知症の進行を遅らせるタイプと、BPSDを軽減するための薬に分けられる。前者のタイプには、アルツハイマー病薬として唯一認可されている塩酸ドネペジル(商品名:アリセプト)がある。アルツハイマー病では、脳内のアセチルコリンという物質が減ることがわかっている。塩酸ドネペジルはアセチルコリンの分解酵素の働きを阻害することでアセチルコリンの減少を抑え、認知症の中核症状である認知機能障害の進行を遅らせる。しかし、効果には個人差が見られ、また重度の患者には効果はないとされる。

BPSDのうつには抗うつ薬など、幻覚や妄想、徘徊などには抗精神病薬や抗けいれん薬など、意欲低下や自発性の低下には脳循環改善薬など、症状に応じた薬物が用いられる。

認知症の非薬物療法は、周辺症状を引き起こす要因となるストレスの軽減や、脳の神経細胞を刺激するのに効果があるとされている。主なものに、音楽療法、絵画療法、回想法、作業療法などがある。

認知症の症状(キャラバン・メイト養成テキスト)



←回想法に用いられるグッズ。

【アミロイドイメージング】

アミロイドはアルツハイマー病の原因として考えられている物質で、認知症が現れる約20年前から脳にたまり始めることが知られている。静脈注射で脳に放射線医薬品を入れ、PETで撮影してアミロイドの沈着の有無を調べる方法をアミロイドイメージングという。

【回想法】

アメリカで始まった心理療法のひとつ。懐かしい道具や玩具、写真などを用いて、過去の思い出を語る。さまざまな研究から、意欲の向上、対人コミュニケーションの能力の向上、精神的な安定などが認められている。

【サポート医養成研修事業】

2006年から実施されている「認知症対策等総合支援事業」のひとつである「認知症医療支援事業」に基づいて行われている事業。認知症サポート医(推進医師)は、①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力の役割を担う。養成研修の実施主体は都道府県および指定都市で、国立長寿医療研究センターに委託して実施される。研修は東京(2カ所)、福岡、名古屋、京都の5カ所で2日間にわたって行われる。なお、「認知症医療支援事業」には、「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」もある。

【パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング(DCM)】

「パーソン・センタード・ケア(その人を中心としたケア)」は、イギリスの臨床心理学者トム・キッドウッドが提唱した認知症ケアの理念。この理念を実際の現場で展開するケアの方法が認知症ケアマッピングである。マッパーと呼ばれる人が認知症患者の行動や言葉、状態や人のかかわりをつぶさに記録し分析する。その結果を現場にフィードバックして、スタッフとともにケアの方法を再検討する。認知症介護研究・研修大府センターでは、イギリスのブラッドフォード大学が認定する基礎コースと上級コースの研修を実施している。

独立行政法人国立長寿医療研究センター

診療科目 : 高齢者総合診療科、内科(内分泌)、血液内科、精神科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科(休診中)、皮膚科、血管外科、泌尿器科、婦人科(休診中)、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科・口腔外科、麻酔科

病床数 : 402床

病院長 : 鳥羽 研二

所在地 : 愛知県大府市森岡町源吾35 〒474-8511

TEL/FAX : 0562-46-2311/0562-48-2373

URL : <http://www.ncgg.go.jp/hospital/>



4. 認知リハビリテーション

鳥羽 研二*
とば けんじ

- ㊦ 認知症に対する治療は、中核症状と周辺症状に対する治療に分けられるが、家族にとってはこのような分類よりも、「穏やかに、元気で暮らす」といった視点がより重要になる。
- ㊧ これらを妨害する結果は、「介護負担の増加」として現れる。
- ㊨ リハビリテーションの要点も、認知症とその家族のニーズを簡易に的確に判定することから始まる。認知症短期集中リハビリテーションはこれらのニーズに応える画期的成果を生んでいる。

Key Words

認知症, 周辺症状, ADL, 認知症短期集中リハビリテーション

□ 認知リハビリテーションの基礎となる成績

1. 問題行動全般

問題行動全般の改善に関しては、無作為対照試験で有意な成績は得られていないが、84人の認知症患者に対する25日間の観察研究で行動訓練によって有意な問題行動の減少を報告している。我々は、6ヵ月間のグループホームで、DBDスコアの減少 ($p=0.14$) を示した (効果的医療技術の確立推進研究 2003 年度報告書)。この方法の実施困難性を示すものとして、施設間比較研究で40%が脱落し、3週間の行動訓練で、反応者は29~43%であったと報告している。観察研究では看護補助者教育によって、問題行動エピソードの減少が報告されている。またドアの開放病棟では問題行動数が減少したという報告もある。

2. 興奮, 攻撃性

興奮, 攻撃性に関しては非薬物療法の有効性が多く示されている。

① 活動療法, 運動療法

活動療法は無作為対照試験により30%以上対照群より興奮を改善し、運動療法は安眠療法に比べ有意に興奮を改善した (-20%対+150%)。

観察研究では、散歩によって有意に暴力行為 (staff incident reports of aggression) が減少 (-30%) している。

② リクリエーション療法

8週間のリクリエーション療法で、興奮のエピ

ソードが50%減少し、73%のスタッフがやや有効と判定している。

③ ペット療法

28人に対する1時間のペット療法の観察研究で、定性的ではあるが興奮の改善が示されている。

④ ビデオ, 模擬再現療法

興奮に対して有効な成績はなく、無効の成績が示されている。

⑤ 音楽療法

18週間交差試験 (cross over trial) で65%の興奮の改善がみられ、観察研究でも、9~63%の興奮症状の改善が報告されている。音楽療法のタイミング (食事中, 入浴中), 録音か生演奏でとくに差はない。また好きな音楽を選択してもらうと効果が47~80%と高いが十分な統計解析の観察研究もない。

⑥ 白色雑音療法

不要な刺激音を遮断するための、広範囲な周波数帯に対する不規則雑音による効果を調べた観察研究で、13人中9人が反応している。

⑦ マッサージ

ハンドマッサージによって有意に改善した (42%) という報告があるが多くは無効である。

⑧ 高輝度光線療法

2~4週の治療で有意に興奮が改善している。

⑨ アロマセラピー

無効の報告のみである。

*杏林大学医学部 高齢医学・物忘れセンター

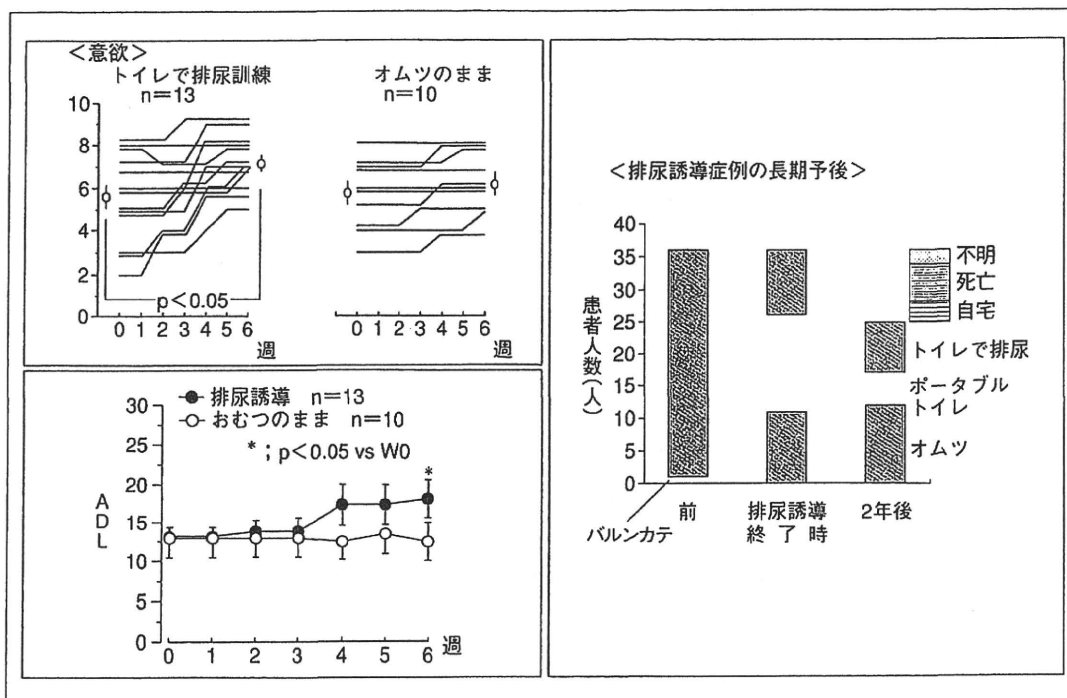


図1 トイレで排泄することは意欲を高めADLを向上させる
(Toda, et al. GGI 2002 より引用)

⑩ 環境改善

露天風呂や自然浴で興奮が有意に改善した、また特別ケア病棟によって53%改善したという報告がある。

⑪ 教育

看護補助者教育によっても20%の興奮が有意に改善した。観察研究では、2カ月の抑制廃止プログラムによって、抑制減少と興奮症状改善(agitation scores)がみられ、患者との交わり増加(刺激療法)によって興奮が85%減少した成績もある。

暴力行為に関しては無効であるという報告が多い。

3. 徘徊

有効な報告はほとんどない。

個別対応強化によって50~80%徘徊が減少したという報告があるが対象症例数が少ない(4人)。

環境改善では外出欲求には無効であったという報告、30人に対する15週間の音楽療法は徘徊に無効。スタッフ教育に関する報告はない。

4. 支離滅裂言語

個別社会適応訓練や、ビデオによる模擬再現が支離滅裂言語減少に有効であるとされている。

5. 無気力、意欲の低下

① 行動療法

対照群をおいた前向き観察研究で、中等度以上の認知症で、排尿誘導による意欲の向上が認められている(図1)。認知症症例でデイケアの利用者は在宅単独に比べ、意欲の保持が有意に優れている。

② 音楽療法

音楽療法など感覚刺激療法は無気力など陰性症状に対し有効な成績は報告されていない。

③ スタッフ教育

看護補助者教育は、陰性症状に対して無効であった。

□ 認知症短期集中リハビリテーション

認知症リハビリテーションは今に始まったものではなく、全老健の学術委員会を中心として「認知症高齢者に対する行動療法は認知機能を高める」と確信をもって10年以上前からすでにやっ

表1 認知症短期集中リハビリテーション前後の周辺症状の変化（有意差）

	対照群	認知リハ群
物をなくす	ns	p=0.003
昼間寝てばかり	ns	p=0.0023
介護拒否	NA	p=0.0072
何度も同じ話	ns	p=0.022
暴言	NA	p=0.0097
言いがかり	NA	p=0.0006
場違いな服装	NA	p=0.0023
ため込み	ns	ns
無関心	ns	p=0.0072
昼夜逆転	ns	p=0.0593
常同行動	p=0.08	ns
散らかし	ns	ns
徘徊	ns	ns

ていた取り組みである。平成18年の介護報酬改定で老健施設に認知症短期集中リハビリテーション実施加算（理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が1回20分以上の個人療法、1回60点、週3回までで、入所から3ヵ月以内まで請求できる）が軽症の認知症（MMSE、HDSRがおおむね15点以上）に認められ、リハビリ期間が規定されたために、効果の検証研究が容易になった。

平成18年度は、まず認知症短期集中リハビリテーションは本当に効果があるかという調査を行った。ここでは、とくに情緒的なものを含めて良い結果がでたのであるが、残念ながらHDSRで測定した認知機能についてはやや改善があったものの有意差は得られなかった。同時に周辺症状にも改善傾向があったもののこれも有意差は認められなかった。これは解析した対象者が49人、対照群（コントロール）が36人と少なかったことによるものと考えられる。

平成19年度で解析対象者を266人（対象者が203人、対照群が63人）と3倍に増やして、本当に効果がないのかを検証した。この結果、「意欲」についてはっきり効果が出たばかりでなく、中核症状である認知機能に対しても有意な改善が認められ、薬物療法に匹敵する効果が得られた。さらに、症状周辺症状に対しては、非定形精神薬や漢方薬などの効果は知られているが、ほぼそれに匹敵する非常に強い改善効果が認められた

（表1）。しかも頻度の高い周辺症状のその8割くらいに有効であるというインパクトのある成績である¹⁾。

1. 認知症短期集中リハビリテーションの適応拡大

平成19年度の成績のサブ解析において、中等症に対しても効果が認められたことから、平成21年度から、中等症の認知症（MMSE、HDSRが5点以上）にも適応拡大され、さらに、老人保健施設入所者だけでなく、デイケア、療養型医療施設へも適応が拡大された。

デイケアなど、在宅型介護施設におけるサービスにも適応が拡大されたのは画期的である。ただしデイケアにおいては週2回までの制限がある。また、1回60点であった介護報酬も1回240点に引き上げられ、ようやく人件費とのバランスを考えられるレベルになった。

2. 認知症短期集中リハビリテーションの具体的実施方法

今回の解析対象では、回想法、現実見当識訓練、記憶訓練療法、記憶学習療法、音楽療法、運動療法、作業療法、言語コミュニケーション療法が単独または、組み合わせで実施された。主要な方法は、実施例をDVDビデオで作成して、研修会受講者すべてに配付した。

3. 認知症短期集中リハビリテーションのまとめ

認知機能短期集中リハビリテーションの前後で対照群を設け、効果を比較した

- ① 開始時の両群間に、差はなかった。
- ② 臨床的認知症重症度（NM）はリハビリ群で有意に改善した（ $p < 0.0001$ ）。
下位項目では、記憶力、関心・意欲・見当識が改善した。
- ③ 認知機能（HDSR）はリハビリ群で有意に改善した（ $p = 0.001$ ）。
- ④ 周辺症状（DBD）はリハビリ群で有意に改善した（ $p = 0.0064$ ）。

下位項目では、出現頻度の高い「同じ話を繰り返す」「物をなくす」「無関心」「昼間寝てばかり」といった症状と、「暴言」などの陽性症状にも改善がみられた。常同行動、徘徊は不変であった。

- ⑤ 意欲 (Vitality Index) はリハビリ群で有意に改善した ($p=0.0004$).
- ⑥ ADL はリハビリ群で有意に改善した ($p=0.0009$).
- ⑦ 活動はリハビリ群で有意に改善した ($p=0.0207$).
- ⑧ 抑うつは両群とも不変であった.

まとめ

認知機能短期集中リハビリテーションはきわめて有効であり、臨床的認知症重症度の進行予防心の健康維持 (意欲, 活動性) を通じ ADL の改善

が認められる。さらに周辺症状の改善によって在宅系への復帰効果が期待される。今後、デイケアでの普及によって、在宅期間の延長、介護負担の軽減などの検証がなされるべきと考えられる。

文献

- 1) 班長 鳥羽研二：認知症短期集中リハビリテーション調査結果概要. 老健 19: 17-20, 2008
- 2) Tanaka K, Yamada Y, Kobayashi Y, et al.: Improved cognitive function, mood and brain blood flow in single photon emission computed tomography following individual reminiscence therapy in an elderly patient with Alzheimer disease. Geriat Geront Int 7: 305-309, 2007

研修医のための精神科診療の実際

西村 良二 (福岡大学精神医学教授) : 編著

本書は、精神科臨床の実践的な手引書となっており、病棟や救急外来で遭遇する疾患を呈示し、各々の状態に合わせた精神的対応の仕方や知識、診断・治療を解説。また最新の薬物療法や精神療法に重要な面接技術、デイケアや作業療法などのコメディカルスタッフとのチーム医療の役割を詳しく解説。さらに精神科医療に関する法律についても述べる。

研修医のための
精神科診療の
実際

主要目次

1. 精神科面接 / 2. 予診と現症 / 3. 患者心理の理解 / 4. 精神療法 / 5. 薬物療法 / 6. 心理検査 / 7. 精神科看護士の役割 / 8. 精神保健福祉士の役割 / 9. 精神科作業療法 / 10. 精神科デイケア・リハビリテーション / 11. 精神科医療に関する法律 / 12. 社会資源の利用 / 13. 精神科当直 / 14. 精神科救急 / 15. 自殺行動に関する精神医学的評価とケア / 他

B5判 117頁
定価3,150円
(本体3,000円+税5%)
ISBN978-4-88002-691-6



株式会社 **新興医学出版社**
〒113-0033 東京都文京区本郷6-26-8

TEL. 03-3816-2853 FAX. 03-3816-2895
<http://www.shinkoh-igaku.jp>
e-mail: shinkoh@viola.ocn.ne.jp

座談会

高齢者在宅医療の課題と 新たな展開



Contents

- はじめに
- 在宅医療の現状と課題
- 大都市近郊の在宅医療
- 終末期における在宅医療
- 教育における問題点
- おわりに

黒岩 卓夫

萌気園浦佐診療所¹⁾所長

辻 哲夫

東京大学高齢社会総合研究機構²⁾教授

平原佐斗司

東京ふれあい医療生協・梶原診療所³⁾在宅サポートセンターセンター長

西永 正典

東京大学高齢社会総合研究機構²⁾特任准教授

鳥羽 研二(司会)

国立長寿医療研究センター⁴⁾病院長

(敬称略・発言順)

◎収録◎

2010年9月15日
東京會館にて

- 1) 〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐 330-5
- 2) 〒113-8656 東京都文京区本郷 7-3-1
- 3) 〒114-0004 東京都北区堀船 3-31-15
- 4) 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35

はじめに

鳥羽 本日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございました。

本特集は「高齢者在宅医療の新しい展開」ということで、在宅医療に関して様々な立場で頑張っておられる先生方のお話をお聞きしたいと思います。

在宅医療は、時代の趨勢とともに医療の形態や扱いもより注目され、重要性が一層増してきているように思います。黒岩先生、まず在宅医療の現状と課題についてお話しください。

在宅医療の現状と課題

黒岩 ケアも含めて、在宅医療について考えてみました。平原先生のような若手の先生が様々な意見を出されたり、実績を上げていらっしゃいますが、それが一番頼りなのです。在宅医療、ケアは、医療の原点でもあり同時に、その現代的意味をはっきりととらえる必要があります。

現在の在宅医療は、文字通り先端的な医療を担っていると考えていいと思います。その現代的役割は次の3つの現代医療の限界のうち2、3に関わっています。

1つ目は、いわゆる高度先端医療で、臓器移植やDNAなどの技術的な進歩です。

2つ目は、不治の病です。いくら医療技術が進歩しても人間は死ぬわけで、その1つに不治の病があるのです。わかりやすくいえば癌ですが、癌の末期に直面したときに医療は何ができるのかということです。化学療法は進歩していますが、成果としては今のところ数カ月の延命なのです。

3つ目は、高齢化社会における老いから死へという長い過程での心の救済の課題があります。こういった課題において医療は一体何ができるのかという壁にぶつかっています。

特に後の2つを考えたとき、それに貢献できる医療形態の1つとして、在宅医療が非常に大

きな意味をもってきているのではないのでしょうか。そういう点では、在宅医療は医療の原点でありながら、今なお人間が悩んでいる生命を巡る最先端位置でその役割を果たしています。

一般的には緩和ケアともいえますが、もう少し人間味や希望があって、単に病気をみるのではなく、家族や地域の再生や新しいコミュニケーション作りまでを視野に入れるところに、極めて現代的な意味があると思います。

鳥羽 次に辻先生、医療的な統計のこともさることながら、在宅という形に大きく踏み切られたご判断と理想の医療との関連について、お話しただけですでしょうか。

辻 私自身がこの在宅医療という概念に出会ったのは、佐藤智先生の手記『在宅老人に学ぶ』¹⁾という本でした。医療の究極の原点は、病気は家庭で治すものという考え方です。人間は生活の中で生きて死ぬという基本的な営みの上に立った医療が大切だという思想に感激しました。特に今後の高齢社会の現実的なニーズとしては在宅医療が非常に大きいということに気づかされ、それが私にとっての在宅医療の基本的な認識です。

在宅医療の推進というと、医療費削減のためではないかという批判を受けますが、生活の質(QOL)を求めするために在宅医療は必要だと思います。

在宅医療がこれからの医療改革の橋頭堡であると考えています。日本は今後急速に多死時代を迎えるのです。こういう現象はおそらく日本が初めてだろうと思います。

この大きな時代の変化が、好むと好まざると、医療を問い直す要因であると考えます。わが国の病院ベッド数は国際標準からみてもこれ以上増やすことは考えられないなかで、病院死亡率は8割を超えていることを考えると、社会的な課題として在宅医療の問題が顕在化し、医療のあり方論そのものに変革を求めることになるのです。

在宅医療は臓器別の医療を中心に発達した病院医療とは別の総合的な独自のジャンルだと考えています。このジャンルを学ぶ医療を位置づ

けていくことは、高齢社会の到来という時代の流れに対応する医療自身の変革だと思います。鳥羽 では平原先生、在宅医療を志すきっかけと現状のギャップについてお話いただけますでしょうか。

平原 私は1992年から在宅医療を始めています。大学病院では、癌の方を中心に診ていましたが、その方々が自宅へ帰るときに不安があり、地域に出て、その方々をサポートしたいということがきっかけでした。

実際、内科中心の研修を終え、意気揚々と地域に出てみると、技術的に通用しないことがたくさんあり、勉強が必要だと思っていたときに、佐藤智先生が若手の医師に声を掛けて下さり、「在宅医療を推進する医師の会」に加わりました。その際、感銘を受けたのは、在宅医療は非常に興味深い分野であることを強くおっしゃっていたことです。もう1つ、在宅医学を1つの学問分野として確立していこうということです。この言葉に私自身が非常に興奮し、ライフワークにしていこうと決め、関わるようになりました。

1990年代は、今ほど在宅医療が重症化していませんでしたし、のどかな風景が残っていました。独居の方も確かにいましたが、介護者のいる方が多く、また、患者さん自身の希望で在宅医療を選択するケースが多かったと思います。

しかし最近では、患者さん自身が考える間もなく地域に帰されてきてしまうという状況や、独居や認知介護などの家族の状況も複雑化し、難しい家族的背景がある方が増えています。何より患者さんの病状が重症化しており、介護保険制度が2000年にでき、2006年に在宅療養支援診療所ができて、制度は整ってきているのに、われわれが在宅医療を始めた時代と比べて逆に、ハードルが高くなっている気がします。

鳥羽 1つ伺いますが、技術が通用しなかったとおっしゃいましたが、それは医療技術が内科のもので通用しなかったのか、あるいは生活と関連した医療との絡みの理解の面で足りなかったと考えられているのでしょうか。

平原 両方あるのではないかと思います。知識

や技術に関しても内科の知識だけでできると信じておりましたし、緩和ケアや老年医学の知識や技術はほとんど皆無でした。認知症の方など診たこともなかった状態で地域に飛び出しましたので、勉強が必要だと痛感しました。

また、病院では生活を切り離し、医師の指示のもとに治療に専念します。しかし、在宅医療では患者さんが望めば、一番いい選択でなくても、それはそれでいいという考え方が必要です。

在宅医療では、意思決定を支援する、治らない病気と付き合う、というようなそれまで考えてもいないことを考えなければならない状況に立たされますので、技術だけでなく考え方の大転換が必要になります。

鳥羽 西永先生は老年医学に関わってこられただけでなく、高知県でQOLに着目した活動を長く行ってこられました。今回、在宅医療にさらに発展的に転換されましたが、どのような経緯かお話しいただけますでしょうか。

西永 高知県香北町(現 香美市)でフィールドワークを行っていました。このような調査を行うことで、高齢者の方々の家の中がみえるのです。そして、病院では絶対に解決できないものがたくさんあることに気づきました。

高知県の高齢化は大変だと思っていましたが、東京を含めた都市圏の高齢化は、今後、大きな問題になると思います。そういう意味でも、チャンスを与えていただいたので、ぜひ高知県での経験も活かしていきたいと思っています。

大都市近郊の在宅医療

鳥羽 まず辻先生、大都市近郊の問題に対して、どのようなアプローチを考えておられるか教えていただけますでしょうか。

辻 将来、図1のように、今後は日本の都市部で高齢化が進みますが、基本的に増加人口は75歳以上人口で、大きく増加します。

今までの地方での対応では大都市圏に当てはめられないことは明らかです。大都市圏では短期間に一挙に後期高齢者が増えるのです。それ

