



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されるのは、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

■目標：認知症疾患センターのモデルになること

■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、そのオーソリテイ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て起こる周辺症状(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。

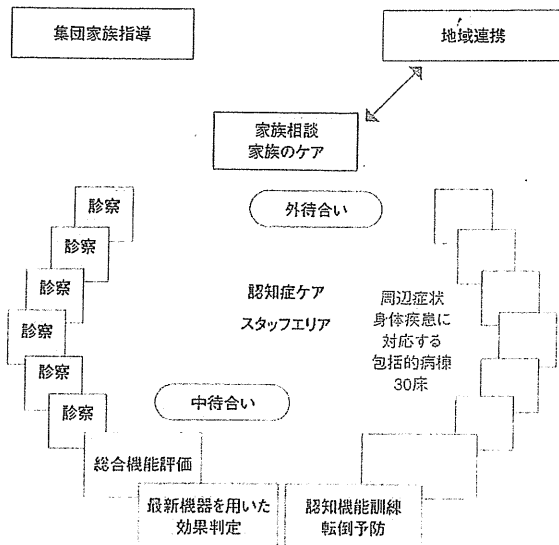
さらに、身体疾患にも対応でき、かつ認知症の専門医でもある老年科医には鳥羽氏を筆頭に、そうそうたる医師が揃っている。

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

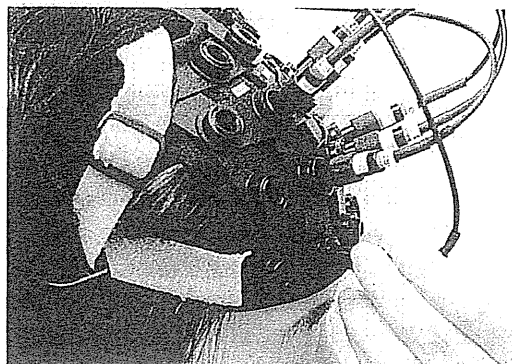
ケースが多い。「私どものもの忘れセンターでは、個性を重視した非薬物療法を提供していきます」と鳥羽氏。

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3,000m<sup>2</sup>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せす。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み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変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。

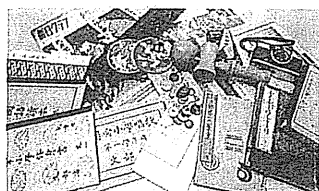
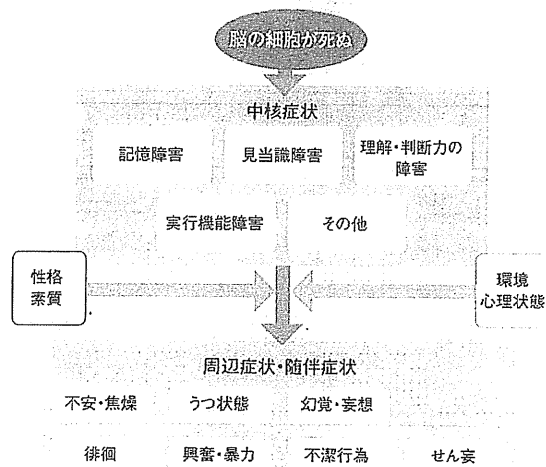
多くの認知症は、現在のところ、根治療法は見つかっていないが、病気の進行を遅らせたり、症状を軽減するいくつかの方法はわかっている。そこで、認知症の治療では残された身体的・精神的機能をできるだけ維持することが目標となる。具体的には薬物療法と非薬物療法がある。薬物療法

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のうちには抗うつ薬など、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。懐かしい道具や遊具、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・アドバイザー役となるほか、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。マップと呼ばれる人が認知症患者の行動や言葉、状態や人と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, ADI, 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+15%)。

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

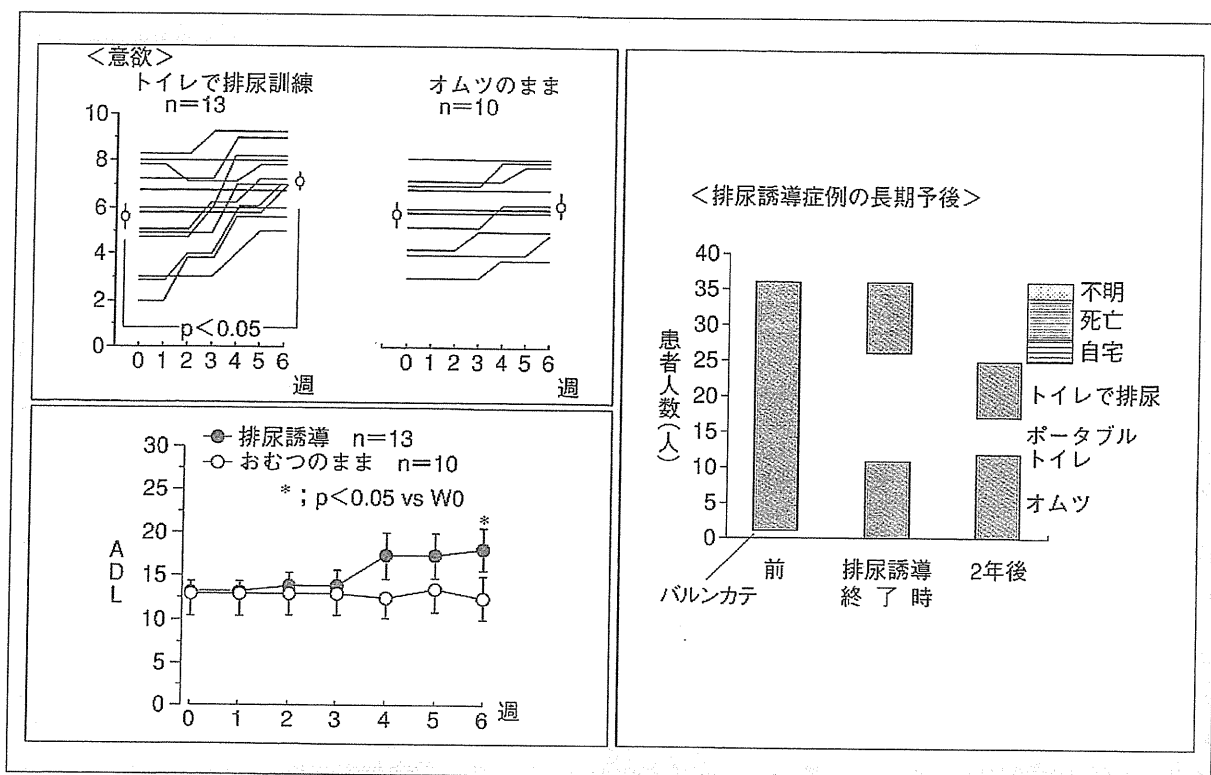


図1 トイレで排泄することは意欲を高めADLを向上させる  
(Toda, et al. GGI 2002 より引用)

#### 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ヵ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<sup>1)</sup>。

### 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)。
- 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. Geriatr 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科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. 精神科看護師の役割 / 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<sup>1)</sup>所長

**辻 哲夫**

東京大学高齢社会総合研究機構<sup>2)</sup>教授

**平原佐斗司**

東京ふれあい医療生協・梶原診療所<sup>3)</sup>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<sup>2)</sup>特任准教授

**鳥羽 研二(司会)**

国立長寿医療研究センター<sup>4)</sup>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、医療の原点でもあると同時に、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、お話しいただけますでしょうか。

辻 私自身がこの在宅医療という概念に出会ったのは、佐藤智先生の書かれた『在宅老人に学ぶ』<sup>1)</sup>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えます。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し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況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ぬ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。

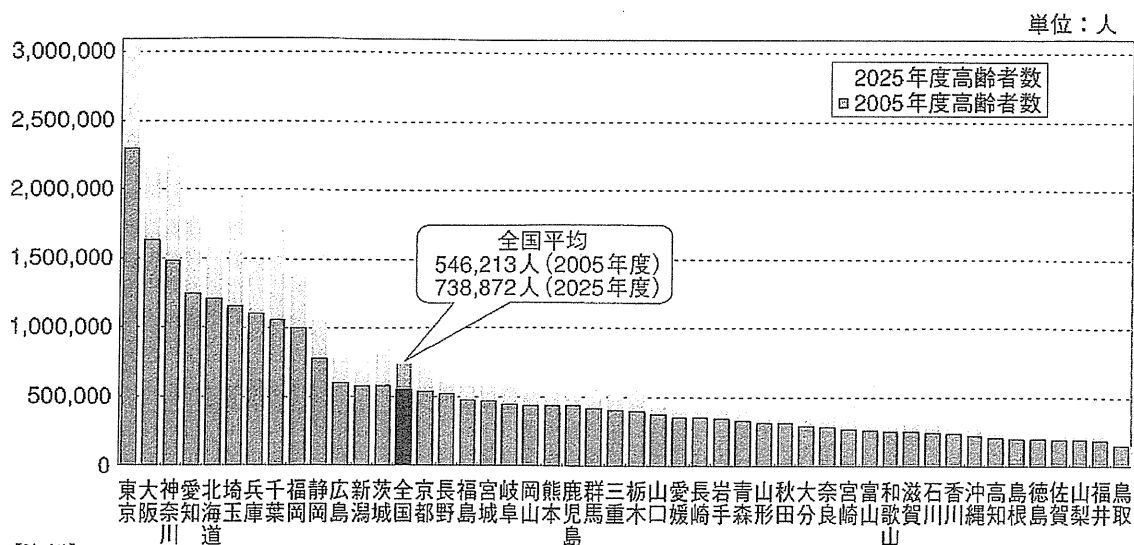
高知県の高齢化は大変だと思っていましたが、東京を含めた都市圏の高齢化は、今後、大きな問題になると思います。そういう意味でも、チャンスを与えていただいたので、ぜひ高知県での経験も活かしていきたいと思っています。

## 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ください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



【資料】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」

2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成14年3月推計)」

図1 都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題などへの対応が不可欠になる。

は死亡者も増えるということで、通常、死亡の前に虚弱な期間を伴うので大都市圏の病院にとっては、津波がくるようなものです。

このような津波に対してどのように対応するかというと、結局、病院での対応に限度があり、病院の機能分化と連携といわれますが、病院でなければできない急性期治療や回復期のリハビリテーションを行い、生活の場に戻っていくというシステムを確立しなければなりません。

ところが、今までの日本の医療は病院医療中心で進み、在宅に赴いて生活を支えるという医療のジャンルはあまり普及していないのです。

人間は生活の場で天寿を全うし死ぬというのが本来の姿であると考え、大都市圏の問題だけでなく、日本の医療のあり方が大都市圏から必要に迫られる形で問い直されるということです。もちろんこれはシステムの問題ですから、都市、地方を問わず、新しいシステムに転換していく必要があるのです。

団塊の世代も80歳を超えますと明らかに集団としては弱っていますので、15年間ぐらい

でシステム転換の大きな流れが決まらなると大きな混乱を迎えると思います。

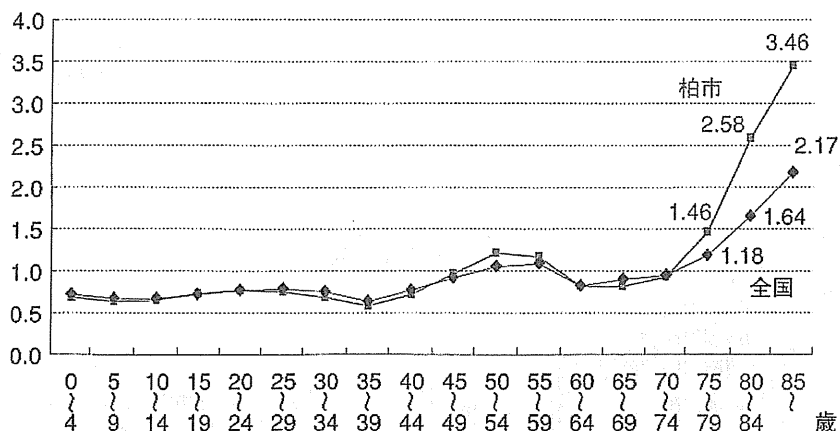
鳥羽 では、この15年間に備えて、お考えになっていることがあればお話しいただけませんか。

辻 在宅医療を正しく実践している先生方が全国各地で根を下ろしてきていますが、大幅に普及させる必要があります。一方、住民にはどのような医療がいいかわからないのです。

したがって問題は、政策的なシステム転換をどうするかということなのです。そういう意味で西永先生と私は今、政策的な転換をどうするかというモデルを柏市(千葉県)で開発しています。

その一環の1つとして、在宅医療の研修事業に取り組んでいます。本来、家庭医は在宅医療ができるべきものであると思うのです。しかし在宅医療ができる家庭医が日本中に普及するには、20年ぐらいかかると思います。そのときには既に津波は押し寄せているのです。したがって現在の専門教育を受けた開業医を、在宅医

2010年人口を1.0とした場合の2030年の増加率



平成21年度在宅医療と連携した在宅ケアシステムを組み合わせた高齢者向け住宅のあり方と普及方策に関する調査研究事業報告書2010より引用

図2 柏市の人口増加率(2010~2030年)

療のできる医師に転換する研修プログラムが必要なのです。

鳥羽 西永先生、より具体的に今のお話をお願いします。

西永 2010年と2030年を比べると、増加するのは75歳以上だけではなく、85歳以上の方が4倍、80歳以上の方が3倍にもなるのです(図2)。

日本の高齢化の津波は既に押し寄せています。しかし、医療資源やベッド数が少ないのです。柏市は日本の都市周辺部の典型的のような所ですので、そこでうまくいけば、全国の急速に高齢化の進む都市周辺部のどこでもうまくいくのではないかと考えています。

鳥羽 黒岩先生からみて、このような大都市近郊の問題や方法論について、何かアドバイスやお考えはありますか。

黒岩 柏市での新しい試みのお話を伺って、大変新しい意味があると思いますが、私は地方で診ていますので、実際はわからないところがたくさんあります。農村においても制度に絡めるケアではなく、生き方そのものを変えていく、ライフスタイルや社会像を変えていくことが必要ではないかという気がします。都市圏では通用しないかと思いますが、具体的に申し上げま

すと、宮崎県で注目されている「お母さんの家」というのがあります。それと同じ発想かもしれませんが、私の所を例にとれば高齢者が1人か2人で住む家があり、地方は比較的大きな家が多いので、2人では寂しくなったり、状態が悪くなった場合、自宅をミニ託老所とか、寄り合い所のようにし、それを制度的にバックアップするようなやり方がいいのではと思っています。その家の方は家を貸す訳ですから、お金が入ったり、またケアする側からされる側に自然に移行できるような、また看取りまでできる可能性もあります。都市圏で同様のモデルができるかはわかりません。

辻 基本的には、社会との関わりがあるということが、人間の尊厳の形だと思います。地域から隔絶されていたり、地域の中での一員としての連帯感のない所での在宅医療は本来の在宅医療ではないと感じています。ですから、基本的には都市圏においても同様です。

黒岩 高齢者の場合、手足が不自由な方も大変ですが、認知症の方をどうするのかということもキーポイントです。

かつて私は在宅原理主義に近かったのですが、今は、「居心地」がよく、そこで生き生きと暮らしていれば老人ホームでもいいと思っていま



くろいわ たくお  
**黒岩 卓夫 先生**

昭和 37 年東京大学医学部卒業，同 38 年東京大学医科学研究所，同 45 年新潟県南魚沼市(旧大

和町)診療所，同 51 年大和医療福祉センター長，同 58 年ゆきぐに大和総合病院病院長，平成 4 年医療法人社団萌気会理事長，浦佐診療所所長，現在に至る。

在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク(会長)，ささえあいコミュニティ生活協同組合新潟(理事長)，社会福祉法人桐鈴会(顧問)，在宅医療推進会議(会長代行)

現在の研究領域：  
在宅医療全般

す。居心地がいいということは，人間関係なのですね。ですから，どこに住んでもいいですし，居心地がいいことが一番安心だと思います。

平原 私が 20 年弱診療している東京都北区は，23 区の中で最も高齢化が進んでいて，津波が始まっている地域といえると思います。周辺に往診専門クリニックが増加しているのにもかかわらず，われわれの往診患者さんも数年間で 80 名くらいから 160 名を超えるまで，急速に増えているのです。地域包括ケア研究会の報告書の中では需要爆発と表現していますが，それが本当に起こっていることを実感しています。このような中で喫緊の課題は，需要に対して供給が追いつかないということです。ですから，

供給側を整備することについては，一朝一夕では難しく，なかでも専門職を育成することはとても時間がかかることなので，まずこの点からスタートしなければいけないと思います。

鳥羽 平原先生，認知症や家族のサポートがない独居などの困難事例に関して，どのようにお考えですか。

平原 われわれの区には高齢化率が 50% を超えている団地があります。でも，往診してくれる医師が少なく，訪問看護もなかなか頼めない状況のようです。

北区は公設住宅が 23 区の中で 2 番目に多いのですが，ケアのある公設住宅をどう作っていくかということは都市圏では大きな問題です。

一方同じ区内でも，公設住宅の少ない地域もあり，そういう地域では黒岩先生がいわれた「お母さんの家」のような小規模なケアのある住まいが必要とされています。

またコミュニティの再生という問題を抱えています。最近，都市圏ではコミュニティの関係が希薄になり，無縁死など問題が深刻化しています。このような家庭が特に団地で増えているという実感があります。

健康なときからネットワークがあるということが一番大事なのではないでしょうか。そういう意味では，ネットワークを作ることができる仕掛けをいろいろ考えていくことが非常に大事だと思います。

## 終末期における在宅医療

鳥羽 在宅医療の中での終末期，あるいは先端的な在宅での死の考え方や孤独死の問題について，いかがでしょうか。

黒岩 孤独死は仕方がないのではないかと思います。1 人で静かに生活したい方もいるのです。ですから，孤独死は大騒ぎするほどのものではないと思います。

しかし，無縁死というものがあるとすれば，それはかなり恐ろしいことであり，問題だと思います。無縁死を防ぐような社会的なつながり



をどうするかということは非常に大事だと思います。

在宅医療やケアを地域で進めることが無縁死を解消する有力な手段だと思います。

鳥羽 無縁死とは縁がなくなることですが、大都市圏の団地における縁の薄さについてはどうお考えですか。

辻 黒岩先生と同じ考えです。昼間誰かとコミュニケーションが取れていて、たまたま夜亡くなるというのは決して孤独な死ではありません。しかし全く誰とも関わりのない方が寂しく亡くなるということが増えるというのは寒々とした社会だと思うのです。

この問題を解決するには様々な角度からの議論が必要ですが、人と人のつながりのあるコミュニティを作るところから始める必要があると感じています。

柏プロジェクトでは、65～85歳ぐらいの方を展望し、地域で働く場を作ろうとしています。そのような場があれば、交わりができるのと同時に閉じこもりになったらわかるのです。

もう1つは、いくら孤独な方であっても、何らかの形で医療機関と関わることが多いですよ。1度入院し退院した後は、在宅医療や訪問看護がフォローできるようになればいささかでも無縁死を減らすことができると思います。入退院を繰り返して弱っていくケースは多いと思います。地域の医療ネットワークは、そういう点でも非常に重要な役割をもつのではないのでしょうか。

鳥羽 西永先生が高知県で生活機能測定だけではなく、縁づくりも行ってこられたと聞いているのですが、実際にどのような効果があったのか、また都市圏でも活かす知恵があるかなど、お話しいただけますでしょうか。

西永 元気な方しか健康診断に来ないという事実に気づき、その方たちにヘルスプロモートをしてあまり意味がないのです。

では、1人ひとりの所に行こうということで、行政と相談し、完全なボランティアではないのですが、健康長寿推進員を地区ごとに町長さんが委嘱するようになりました。地域で自分が受

## 辻 哲夫 先生



昭和46年東京大学法学部卒業。同年厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険、健康政策担当)、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、東京大学高齢社会総合研究機構教授、現在に至る。

### 現在の研究領域：

- I. 社会保障政策  
特にその総合的な政策展開のあり方
- II. 高齢者ケア政策  
特に在宅医療を含めた地域連携システムのあり方

け持った方たちがどうなっているかを報告して下さるのです。

鳥羽 そういう方も高齢の方なのですね。

西永 65歳以上の方です。この方たちは最近全然会わない、社会的な集まりに出てこない、閉じこもりのようだという報告から孤立を防いでいくのです。このようなことが、柏でもできればと考えてはいます。

見かけなくなった方の所に、訪問看護師や保健師が伺って話を聞くことが最も効果があったのです。ところが、介護保険が始まり、看護師や保健師の方が忙しくなって行かれなくなってしまったのです。明らかに保健師が行かれなくなってから、閉じこもりがちになる方が増え、





ひらはら さとし  
平原佐斗司先生

昭和 62 年島根医科大学医学部卒業。同第二内科入局、六日市病院内科、平田市立病院内科を経て、帝京大学医学部附属病院第二内科(肺研)、平成 4 年より現職。現在、東京医科歯科大学臨床教授、聖路加看護大学臨床教授、東京女子医科大学講師(内科、在宅医療)など。

総合内科専門医、在宅医療専門医、日本緩和医療学会(暫定指導医)、気管支鏡専門医、アレルギー専門医、プライマリ・連合学会(指導医)

**現在の研究領域：**

在宅医療全般、非がん疾患の緩和ケア

いくら健康診断を行ってもそういう方たちが拾えない状況になったという経験があります。

## 教育における問題点

鳥羽 教育的な点について何か新しい試みをされているのでしょうか。

西永 先ほど、医師が在宅を知らないという話がありましたが、医師は大学で連携の勉強をする機会がないのです。医師同士、看護師、ケアマネジャーとのコミュニケーションができないのです。そういうことも教育の中に取り込んで、在宅医療に携わることができる医師を増やして

いくことです。医師を育てるとともに、具体的にシステムも作っていくということが、今回の柏プロジェクトではないかと考えています。

辻 通常 1 人だけで本格的な在宅医療を行うのは難しいので、在宅医療のための医師のグループ化を、医師会の政策として認識してもらおうということ、拠点に在宅療養支援診療所において、そこと連携しながら、かかりつけ医がグループ化するという事です。そして、最終的にはそのようなシステムに診療報酬をつけて普及させるということです。かかりつけ医が在宅医療の方法を身につけるためには、指導医とともに実習に出かけ、自分の弱いところを補完していくことが重要です。

併せて重要な視点は、他職種連携の方法です。これを一定期間でマスターできるプログラムを開発中です。

平原 今までの在宅医療に携わる医師は、病院の医療に矛盾を感じて在宅医療に転身する方が多くいました。つまりたまたま素養があった方が、何かをきっかけに在宅医療に携わるようになる、いわば全く偶然に依拠していたのですが、これからは一定の質の在宅医療を一定の量コンスタントに育成する教育システムを作ることが非常に大切だと思います。そこで、日本在宅医学会で研修プログラムを 2 年前から作っています。現在、北海道から沖縄まで 47 のプログラムが誕生し、二十数名の医師が在宅医療の専門教育を受けています。

在宅医療の教育については、専門医の育成も必要ですが、ほかにも重層的な教育システムが必要だと考えます。例えば、病院の医師が在宅医療に関わるシステムも必要ですし、開業医が在宅をグループで行うなどの様々なシステムを作らないと、この需要爆発には追いつかないと認識をしています。

西永 学生を育てたのでは間に合わないのです。平原先生が在宅専門医を育てるプログラムを進行されておられますが、もっと在宅医療に携わることのできる医師を増やすことが、今後の大事な津波に備える緊急のシステムではないかと思っています。

黒岩 学生では間に合わないのは確かにそうですね。今、病院にいる医師たちにどうアピールするかですよ。

在宅医療が極めて現代的な医療で、最先端に関わっている医療だという点をアピールすると思います。

もう1つ在宅医療は、安心や尊厳、死の恐怖を取り扱う、そういうことができやすいのだということです。生死のドラマの中で自分自身も勉強し、看護師やヘルパーとも語り合いながらケアできることは非常に喜びであるということを知りやすく医師に伝えることができないかと考えています。

鳥羽 平原先生、いかがですか。

平原 このような大変な時代だからこそ、黒岩先生がおっしゃったように、在宅医療は医療の原点であり、非常に面白く興味深いものだとすることを、若い医師たちに伝えていくことが必要だと思います。

西永 医療側の教育はもちろん大事なのですが、受ける側の意識の変革も非常に重要です。どちらか片方だけ突出してしまっても問題は解決しません。

辻 今までのような臓器を医師が治すということが中心の時代は、患者さんの意識や理解はあまり重要視されなかったのです。ところが黒岩先生がおっしゃるように、老いから死に向かう過程では、様々な選択があり、患者サイドが医療のかかり方や死に方について理解することが必要になってくるのです。そういう意味で、超高齢社会における医療、つまり慢性期疾患中心の医療の時代は、受け手の十分な理解、認識、変容をどのように組み込んでいくかということが大きなポイントだと思います。

柏プロジェクトではそれを論理化し、プログラムの中に入れてたいと考えています。

鳥羽 そのほかのコメディカルの教育についてはいかがでしょうか。

西永 平原先生にも参加していただいて作っているプログラムですが、医師と看護師、保健師、また在宅医療に関わっているチーム医療の中でのコミュニケーションがあまりないのです。

にしなが まさのり  
西永 正典 先生



平成5年高知医科大学大学院卒業。高知医科大学病院、東京都老人医療センター(現 東京都健康長寿医療センター)で研修医、医員を経て、平成5年自治医科大学循環器内科助手、同12年高知医科大学老年病科助教授、同19年高知大学医学部附属病院・病院教授、同22年東京大学高齢社会総合研究機構特任准教授、現在に至る。

日本老年医学会(専門医)、日本内科学会(総合内科専門医)、日本循環器学会(専門医)、日本在宅医学会

現在の研究領域：

総合的機能評価、高齢者高血圧、高齢者心不全、高齢者在宅医療(これから勉強していきたい領域)

鳥羽 その理由はどのようなことですか。

西永 医師が忙しすぎて時間が取れないこともあるのですが、コミュニケーションの取り方も、医師にも勉強していただきますし、看護師やソーシャルワーカーにもどのように尋ねたらいいのか、一緒に考えるシステムになっています。

鳥羽 コミュニケーションが困難な理由は言語が違っているということなのですか。

平原 それもあるかもしれませんが、やはり最も連携が取りにくい職種は医師だと他職種からは思われていて、気持ち的にもハードルが高いというのは、確かにあるかなと思います。

鳥羽 そのほかの要因は何かありますか。

平原 日本の専門職、とりわけ医師は、インタ



とば けんじ  
鳥羽 研二 先生

昭和 53 年東京大学医学部卒業、同年同附属病院医員、同 55 年東京警察病院内科勤務、平成元年米国テネシー大学生理生物学教室客員研究員、同年東京大学医学部助教授、同 12 年杏林大学医学部高齢医学主任教授、同 18 年杏林大学病院もの忘れセンター長(併任)、同 22 年国立長寿医療研究センター病院長、同年同センターもの忘れセンター長(併任)、現在に至る。

日本老年医学会(専門医、指導医、評議員、理事)、日本骨粗鬆症学会(評議員)など

#### 現在の研究領域:

##### I. 老年症候群、総合的機能評価

1) 高齢者の意欲を客観的に判定する Vitality Index の開発と応用、2) 寝たきりプロセスの解明と介入、3) 高齢者の総合的機能評価の国際比較

##### II. 認知症

1) 認知症の早期発見、2) 非薬物療法の定量的効果判定

一プロフェッショナルワーク(IPW)の重要性の理解が欠けているのではないかと思います。

高齢者では、体の問題が心の問題を引き起こしたり、病気が身心の障害を起こし、それが虐待などの社会的問題を起こすなど、体と心、生活や社会の問題は密接に関係しています。特に、在宅医療の現場にいますと、疾患だけを見ても、問題が何も解決していないことをまざまざと感じさせられます。

高齢者の複雑な問題に対して、多くの職種がチームで関わることで、初めて支えていくことができるということを実感するという経験をすることが大切です。在宅医療の場は、IPW を理解するに最適の場ですので、できれば高齢者

医療に関わるすべての医師に在宅医療の現場をみていただきたいです。

鳥羽 黒岩先生、先生の意を体して心や体、病気のことを診てくれる、一部分身のようなコメディカルはどのくらいいらっしゃいますか。

黒岩 医師が、ときに楽しく、やりがいをもって治療に携わっていると、周りにいるコメディカルはだいたい受け入れてくれます。医師に対して恐れ多くて話もできない、触らない方がいいというような感じではだめなのです。

辻 医師自身が病院外他職種を知らないことが多いと聞きます。院外他職種を知らないということは、在宅医療も知らないということになります。今の医師は病院で育った医師なので、病院で育った看護師も同じだそうです。家に帰って療養している患者さんを診たことがないので想像がつかないのだそうですね。家に帰って、生活の場で元気になった方を見てびっくりされるのです。生活の場を知れば、他職種との連携が重要であることも理解できると思うのです。

他職種の方も、医師に対して必要以上に間をおいているという面もあります。他職種も医師との関わり方について、もっと抵抗感をなくし、最終的には地域のネットワークができれば、お互いに強まっていくと思います。ですから、医師にも在宅医療を知ってもらい、他職種の重要性を知ってもらうということです。

われわれが考えているプログラムは4カ月コースで、最低月3回、3回のうち2回は訪問医療の実習、1回は他職種連携をテーマごとに行うようにしています。褥瘡やリハビリテーション、緩和ケアなどテーマごとに行うことでお互いに役割がイメージできます。専門医としての力量をもった方ですから、現場を一緒に歩いて、あとは自分で補完的な勉強をされるだろうということを前提にしたプログラムを組もうとしています。

結論からいうと、指導医と指導場所が勝負なのです。在宅医療を今まで実践されている方々が指導医となって日本の医療を変えることを期待しています。

鳥羽 長寿医療研究センターでも、在宅医療を支えるために、医師以外に看護師の教育が重要ではないかと考え、在宅療養支援病棟でのノウハウを学ぶプログラムを来年4月から開始します。在宅医療を担う医師が、より技術をもった看護師を横におくことによって、医師の包括的な指示ができるようになる予定です。

黒岩 医師がしっかりとやる気を示して、仕事を一緒に頑張るといことです。

鳥羽 在宅医療に携わることができる医師がどんどん増えてほしいのですが、津波に勝てるスピードではないかもしれません。ですから、より現実的な教育の手段も大切になってきますね。

西永 長寿医療研究センターには「在宅医療メイツ」というシステムがあって、市民啓発も行っていますね。ですから、そういった市民啓発に関しても勉強させていただきたいと思います。

鳥羽 技術的な指導だけでなく、人が自然に老いて地域で死んでいくということはどういうことかということです。死をみていない世代が増えています。このような世の中では、高齢者在宅医療の実質的な問題は難しい問題なので、国民教育も重要な課題だと思います。

辻 在宅医療推進会議の事務局が長寿医療研究センターにありますよね。

皆さんのご意見をいただいて開発したプログラムを普及させるためには、やはり拠点が要るのです。長寿医療研究センターには情報拠点として頑張ってもらいたいです。

鳥羽 敷居を低くすることに努力したいと思います。

今まで在宅医療と老年医学は共通部分が多いにもかかわらず、具体的なカリキュラムの重複の無駄を省くといったことが進んでいませんでしたね。

## おわりに

鳥羽 高齢者在宅医療の新しい展開を本質論から振り返って語っていただきました。病気は家庭で治すものである。家庭で治し、家庭の生活の不自由といったものに着目しながら行うことから、在宅医療が先端的なものであるというお話が黒岩先生からありました。

Translational Researchは基礎医学を臨床医学に活かすといわれていますが、いわゆる病院医療や疾患別医療を日常生活に活かしながら行う、新しい臨床のTranslational Researchが在宅医療、老年医学にも活かしたいと強く実感したところです。

まだ緒についたばかりの試みですが、拠点をいかに面にしていくか、本日お集まりの先生方が起爆剤になると同時に、この『Geriatric Medicine(老年医学)』の読者の方にも、1つの起爆剤の協力者になっていただきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

## 文 献

- 1) 佐藤 智：在宅老人に学ぶ，ミネルヴァ書房，京都，1983.

## ロコモティブシンドロームと生活習慣病

## 5. ロコモティブシンドロームの予防

## 1) 虚弱の概念と予防

Toba Kenji  
鳥羽 研二\*

\*国立長寿医療研究センター

## 虚弱と類似概念

虚弱 (Frailty) という概念は、1980年以降に出現した比較的新しい概念である。それ以前のとらえ方を振り返ると、高齢者の包括的な評価の創始者 Wallen は、要介護者に対し、1943年に「慢性疾患に対するケア」という概念を発表した<sup>1)</sup>。その後、虚弱や要介護者という概念は、長期入院や入所者と同義語と考えられたり<sup>2)</sup>、疾患-障害-能力低下-不利というリハビリテーションの基本的概念の中で、能力低下した対象が虚弱や要介護者という捉え方が広まり<sup>3)</sup>、介護保険の創設当時の最近まで通常の捉え方であったと思われる。1980年代には福祉サービスの発展や、医療ソーシャルワーカーの増加と社会的活躍により、虚弱者は福祉的サービスの受給者であるという考え方も出てきた<sup>4)</sup>。

このように、疾患論的捉え方、障害論的捉え方、社会サービスの捉え方が、歴史的に「虚弱者」に対する概念の変遷と発展的積み重ねであり、これらを重層化した構造として、高齢者のQOL構造が理解されるようになった。

さらに、前虚弱者の早期発見というテーマが世界的に重要になってきた<sup>5)</sup>。すなわち、虚弱は、臓器障害として医学的に評価され、運動器の機能低下が生理学的に評価され、生活自立が評価されなければならないことは自明である。

サルコペニアは早くから中核的な虚弱現象ととらえられていたが、ロコモティブシンドロームは、これに骨・関節系を加えて移動障害、運動器不安定に着目した概念で、運動器性虚弱症候群といってもよい。

虚弱のもう一方の重要な因子は、認知機能の低下とうつ・閉じこもりの精神、神経的要素である。

いわば、中枢性虚弱症候群 (フレイルネットワークシンドローム) とも呼ぶべき一群である (図1)。

## 虚弱の悪化因子 (リスクファクター) の解析

遺伝子要因：下等動物レベルを別にして、生活機能低下や寝たきりの危険遺伝子に対する研究は非常に少ない。一部の研究では、アポリポタンパク質E4遺伝子型が虚弱の危険因子と考えられることが確認され、E4対立遺伝子をもつ高齢女性に、より大きな機能低下が確認された<sup>6)</sup>が否定的成績もある<sup>7)</sup>。動脈硬化の危険因子として確認された多くの遺伝子多型に関しても、機能低下に関する研究は今後の課題であろう。

ホルモン、液性因子：高齢患者の虚弱や障害、有害な結果の血清マーカーとして、テストステロン値の低下<sup>8)</sup>、DHEA値の低下<sup>9)</sup>、朝の cortisol/DHEA 硫酸塩比の上昇<sup>10)</sup>、高感度CRP、IL-6上昇<sup>11)</sup>、総コレステロールの減少<sup>12)</sup>、血清アルブミン値の低下<sup>13)</sup>など、多くの因子が指摘されている。

われわれも、テストステロン値やDHEA値の低下がADLの低下と相関し、また認知機能や意欲とも正の相関をもち<sup>14)</sup>、テストステロン補充によって認知機能が改善する成績も得ている<sup>15)</sup>。

これらの指標は、虚弱の指標として単独で提唱されている。しかし、虚弱のモデルを1つの器官系に機能障害がある場合に限定するのは、全体を見損なうおそ