

表2 「転倒スコア」

過去一年に転んだことがありますか？	(はい いいえ)	
「はい」の場合、転倒回数 (回/年)		
1. つまずくことがありますか	(はい いいえ)	身体機能
2. 手すりを使わないと階段昇降ができませんか	(はい いいえ)	
3. 歩く速度が遅くなってきましたか	(はい いいえ)	
4. 横断歩道を青のうちに渡りきれますか	(はい いいえ)	
5. 1 km くらい続けて歩けますか	(はい いいえ)	
6. 片足で5秒くらい立つことができますか	(はい いいえ)	
7. 杖をつかっていますか	(はい いいえ)	
8. タオルはかたく絞れますか	(はい いいえ)	認知 感覚器 骨運動器
9. めまい・ふらつきがありますか	(はい いいえ)	
10. 背中が丸くなってきましたか	(はい いいえ)	
11. 膝が痛みますか	(はい いいえ)	
12. 目が見えにくいですか	(はい いいえ)	
13. 耳が聞こえにくいですか	(はい いいえ)	
14. もの忘れが気になりますか	(はい いいえ)	
15. 転ばないかと不安になりますか	(はい いいえ)	環境要因
16. 毎日、お薬を5種類以上飲んでいますか	(はい いいえ)	
17. 家の中が暗く感じますか	(はい いいえ)	
18. 家の中によけて通るものがありますか	(はい いいえ)	
19. 家の中に段差がありますか	(はい いいえ)	
20. 階段を使わなくてはなりませんか	(はい いいえ)	
21. 生活上、急な坂道を歩きますか	(はい いいえ)	

(鳥羽研一、他：日老医誌 42：346-352, 2005 より引用)³⁾

まとめ

サルコペニアの結果、身体機能は低下し、やがて歩行障害や転倒を初めとし日常生活が障害される。したがって、サルコペニアを適切な方法でいち早くキャッチし、適切な進行予防対策を講じることが介護予防の観点から重要である。

文献

- 1) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. : Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 39 : 412-423, 2010
- 2) Kikuchi R, Kozaki K, Iwata A, et al. : Evaluation of risk of falls in patients at a memory impairment outpatient clinic. Geriatr Gerontol Int 9 : 298-303, 2009
- 3) 鳥羽研一、大河内二郎、高橋 泰、他：転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証。日老医誌 42：346-352, 2005

《高齢者と地域医療》

認知症の地域連携

——三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状

長谷川 浩 神崎 恒一*

要 旨

- 増え続ける認知症患者に対し、認知症専門医療機関のみでは対応が不可能であり、地域の医療機関をはじめとする地域連携が必要である。
- 認知症患者を診るためには、専門医療機関とかかりつけ医との医療連携が必要であるほか、認知機能の低下自体が生活に障害をきたすという疾患の性質上、在宅で患者の生活を支える部門、すなわち地域包括支援センターや在宅介護支援センターなど、介護、福祉、その他の行政部門が深くかかわる必要がある。
- 認知症の地域連携を促進するツールとして情報交換シートを作り出した。

認知症患者の現状○

さまざまなデータ・根拠があり正確に算出することはむずかしいが、現在、認知症高齢者は日本全国で240万人を越えるといわれている。杏林大学医学部付属病院は東京都三鷹市(人口18万人、高齢化率19%)にあるが、日本全国での65歳以上の高齢者での認知症有病率8.5%という統計値を用いた場合、三鷹市だけで現在3,000人近い認知症高齢者がいると推計される。これに軽度認知障害を加え、しかも近隣の市、区を併せると、数万人の高齢者が認知症の精査もしくは治療の対象ということになる。これは脂質異常症の患者数とほぼ同じである。これだけの数の認知症もしくはその疑いのある患者を地域でみていくためには、認知症専門医療機関のみでは到底不可能であり、地域の

医療機関をはじめとする地域連携が必要である。

地域連携とその必要性○

認知症患者を診るためには、専門医療機関とかかりつけ医との医療連携が必要であるほか、認知機能の低下自体が生活に障害をきたすという疾患の性質上、在宅で患者の生活を支える部門、すなわち、地域包括支援センターや在宅介護支援センターなど、介護、福祉、その他の行政部門が深くかかわる必要がある。しかしながら、在宅支援部門(ケアマネジャーなど)は認知症の疑いのある高齢者に対して、医療機関を受診させる具体的な手立てを有していないことが多い。一方、病院や診療所は介護保険の申請に始まり、ホームヘルプやデイサービスなど、地域資源の利用を進めるための知識や方法をもたないことが多い。地域包括支援センターにいくよう患者さんや家族に指示はするが、この指示だけでは患者さんや家族は具体的

* H. Hasegawa(講師), K. Kozaki(教授): 杏林大学医学部高齢医学。

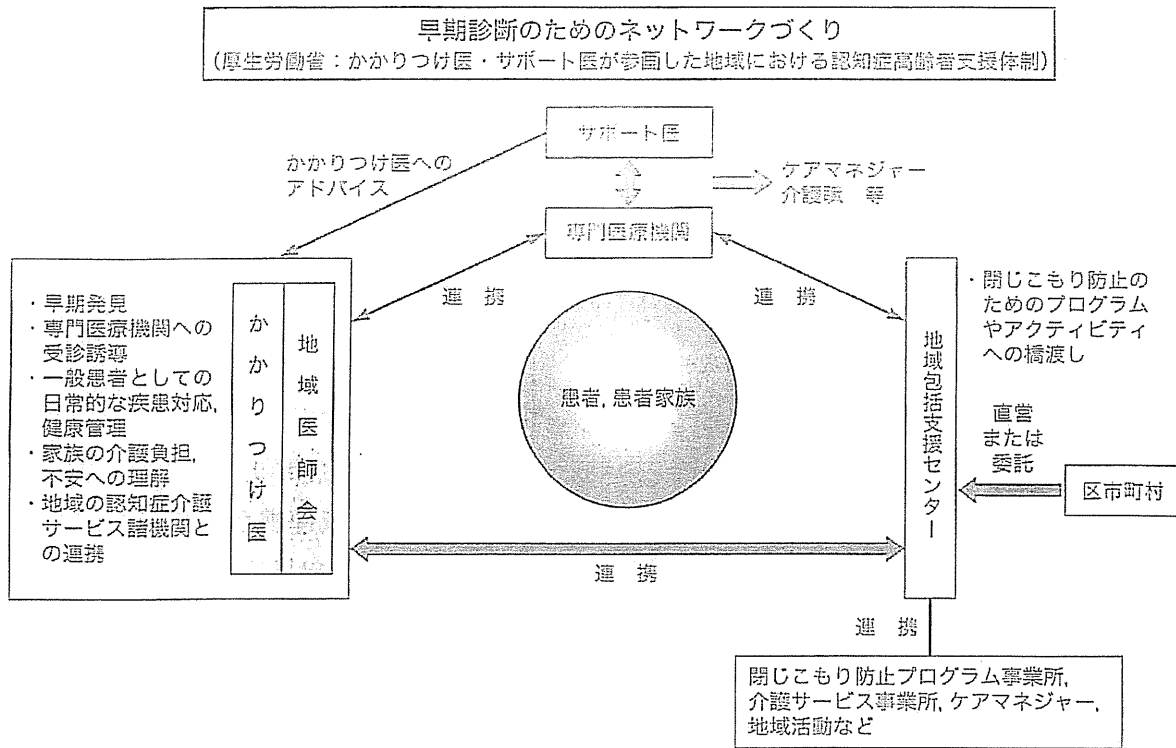


Fig. 1. 国の地域ネットワーク構想

Table 1. 三鷹・武蔵野認知症連携ワーキンググループ

三鷹市	行政	三鷹市健康福祉部高齢者支援課 5名
	地域包括支援センター	地域包括支援センター(主任ケアマネジャー)4名
	医師会	医師 2名
	専門病院	杏林大学病院もの忘れセンター医師 2名, 認知症看護認定看護師 2名, 地域医療連携室 3名 吉岡リハビリテーションクリニック 長谷川病院(精神科) 井之頭病院
武蔵野市	行政	健康福祉部高齢者支援課, 地域包括支援センター計 6名
	地域包括支援センター	健康福祉部高齢者支援課, 地域包括支援センター計 6名
	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター 2名
	医師会	医師 2名
	専門病院	武蔵野赤十字病院医師, ソーシャルワーカー

協力病院：慈雲堂病院(周辺症状対応病院)

には動かないし、動けない。このように、それぞれの立場で知識不足、交流不足に基づく不便、困難を抱えている¹⁻³⁾。

三鷹・武蔵野認知症連携◎

地域包括支援センター、地域の医師会、専門医

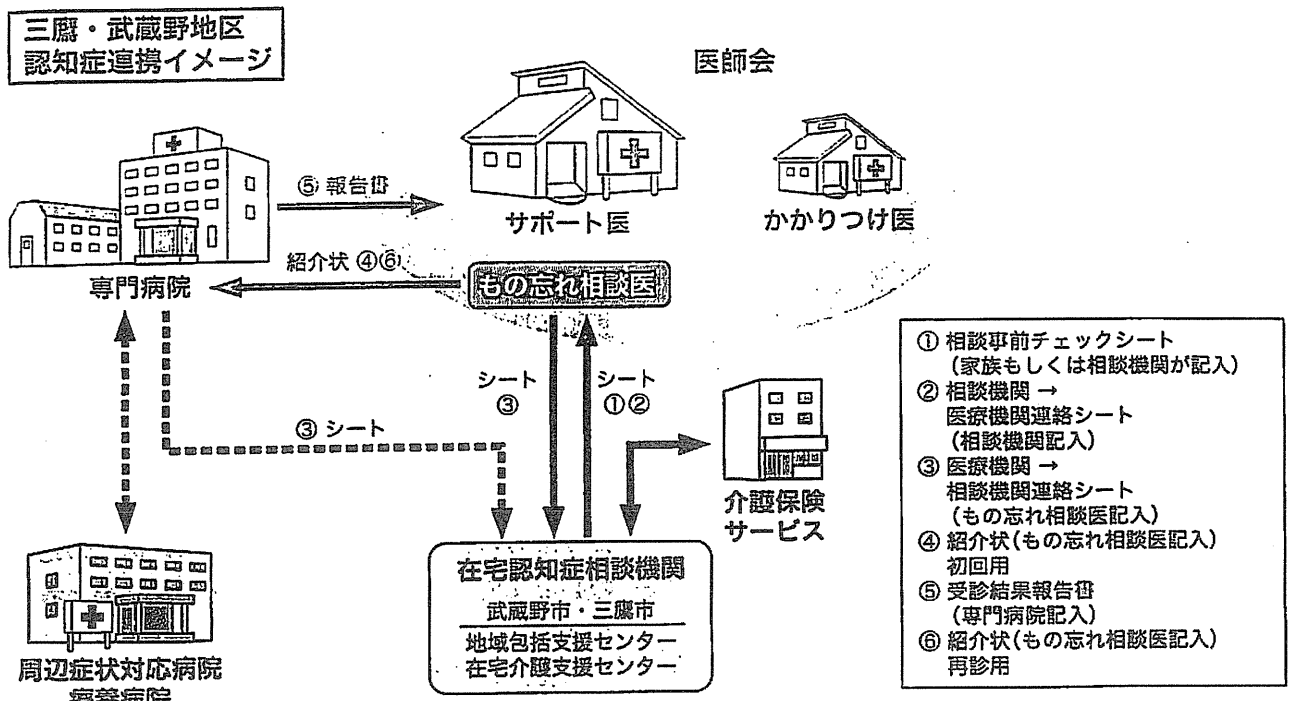


Fig. 2. 情報交換シート

療機関の三者が結びつく必要があるとの国の地域ネットワーク構想に基づいて (Fig. 1), 三鷹市と武蔵野市では (Table 1) のように、両市の 1) 地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政、2) 両医師会、3) 専門病院の連携体制を構築するため、三鷹・武蔵野認知症連携ワーキンググループを組織し、2008 年より活動を開始した。当初より 2 ヶ月に 1 回、連携会議を開き、具体的な課題について検討を行ってきた。その中で、完成したのが情報交換シートである (Fig. 2)。

本連携は基本的に、(I) 在宅相談機関、(II) 相談医、(III) 専門医療機関の三者間の連携である (Fig. 2)。それぞれが上記 1)~3) に対応するが、相談医はかかりつけ医の一部であり、初診であっても積極的に認知症診療にかかわることを了承した医師会所属の医師である。相談医は専門医療機関からの逆紹介を受けることもある。

情報交換シートは三者間で双方向に行う形になっている。病診連携は④~⑥のシートを用いて行う。その際、シート⑤(専門医療機関から紹介

医への報告書)には認知症の経過を診るうえで必要な、日常生活自立度(基本的 ADL と手段的 ADL, JABC, I~IV, M), 認知機能(MMSE, 病期評価のための FAST), うつ(GDS15), 生活意欲(意欲の指標)など総合的機能評価のほか、周辺症状、画像として MRI と SPECT の所見、診断名、治療方針(薬物療法と非薬物療法)、患者さん、家族への説明内容などを記載するようになっている。逆方向のシート(紹介医→専門医;④と⑥)には ADL, 周辺症状、治療内容と介護の状況などを記載する。これらのシートを用いて継続的に患者の評価を行う。また、本シートで重要なのは③である。シート①②は、地域包括支援センターや在宅介護支援センターなどの在宅相談機関から、相談医や専門医に向けて、家族やケアマネジャー等が、認知症にかかわる日常生活上の問題点を記載するためのものであり、これを受けて相談医、専門医はシート③に、受診結果、本人や家族への説明、導入すべきサービス内容、今後のフォローの予定などを在宅相談機関に返す。情報が一方に

認知症地域連携の理想的な形は…

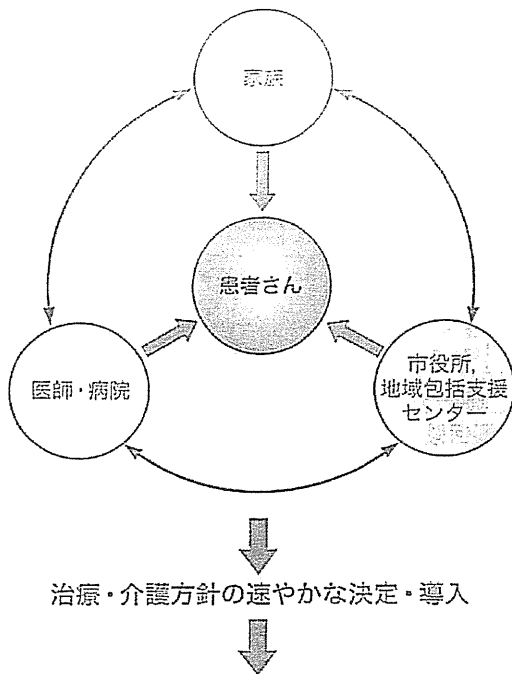


Fig. 3. 地域連携システム

ならないよう、また、情報のやりとりが継続的に行えるよう工夫している。また、シートの利用の仕方を理解する手助けとして、“シートの目的と使い方”の説明書類を添付している。

三鷹・武蔵野認知症連携の現状と課題①

2010年6月より上記シートの試験的運用を開始しており、2ヵ月に1回開催されるワーキンググループ会議で、事例発表を行い、毎回成果を確認している。また、シートはより使いやすいものに改訂を行っている。運用しながら課題をみつけ、修正していくのが本ワーキンググループのやり方である。

情報交換シートの作成以外にワーキンググループでは、医師会での認知症研修会、相談医への参加表明の確認、ケアマネジャー等を対象とした研修会、認知症サポーター養成、サポート医養成の援助などを行っている。認知症研修会では、認知

症全般に関する勉強、シートの説明、事例検討などを行っている。有効な連携を築くためには、書面だけでなく顔のみえる連携が重要と考えている。また、今後は市民向けの勉強会の開催も予定している。

なお、周辺症状が著しい患者さんへの対応(入所、入院が必要な場合の受け入れ先の担保)、在宅相談機関でも行える認知症早期診断バッテリーの開発と普及などが当面の課題である。

さらに認知症連携に求められるもの①

認知症連携は、都市部と地方の違いなど地域により求められる内容が異なる。このためその地域の必要な要素を強化し特化した方法が必要と考えられる。

当初、患者さんや家族は、患者さんの一見おかしな言動や行動が認知症とは判断できず、どこに相談に行ってもよいかわからなくなっていることが多い。大事なポイントとしては、患者さんや家族が最初に医師、市役所、地域包括支援センターのどこに相談しても、治療、介護の情報を入手することができ、地域連携システムが回り始めることが肝要である(Fig. 3)。

また、認知症の患者さんが身体疾患(肺炎、心不全など)を発症した場合、どこで診るかが速やかに決定されることも重要であり、その患者さんが退院となった場合の行き先の決定も重要(直接自宅には戻れないケースもあるため)である。これらが速やかに決定されるためにも地域に密着した認知症医療・介護連携が重要と考えられる。

文献①

- 1) 武田章敬：在宅医療の制度・システム・教育：認知症地域連携ネットワーク。Geriatr Med 48：1489, 2010
- 2) 松田 実：認知症：認知症地域連携における専門医の役割。治療 90：1166, 2008
- 3) 弓倉 整：専門医に求められる地域連携実践講座：認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践・地域連携の実践：都市型の医師会が主体となった地域連携実践について。老年精医誌 17：125, 2006

1. 高齢者終末期の医療とケア

三浦 久幸

要約 欧米の先進国では、日本と異なり、主治医制、医療倫理委員会、法制度など終末期の医療現場のインフォームド・コンセントを支えるシステムがあり、この体系の中で終末期の決定が行われている。イギリスはがん患者への緩和ケアを非がん患者に拡大した End of Life Care (EoLC) プロジェクトを展開している。このような中、世界一の長寿国日本が今後どのような終末期医療・ケアを目指すのかが問われている。

Key words : 高齢者, 終末期, 国際比較, 意思決定, Advance Care Planning

(日老医誌 2011; 48: 211-215)

はじめに

2006年3月に富山県の射水市民病院における、終末期患者に対する「呼吸器はずし」問題を契機に、特に延命処置をするかしないかの決定に、ルールが必要ではないかという声が高まった。臨床の現場から特に要望が多かったのは、延命処置の中止に関わる法律上の免責であった。つまり、延命処置の中止を行う度に警察による事情聴取や書類送検を受け、殺人であるかどうかを問われるという事態を何とかして欲しいという要望である。一方、医療倫理の専門家や患者の人権擁護の立場に立つ人々は、一人の医師の独断により、人工呼吸器の中止という、死に直接結びつくはずの行為が行われたことを最も重視した。このような事態に対応するために、2007年5月に厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。患者本人の意思尊重や、重要な決定は医療・ケアチームで行うことなど極めて重要な要件が示された一方、延命処置の中止という行為への免責の要件についての言及は回避された。その後2年ほどの間に、日本医師会、日本学術会議、日本救急医学会など五つ以上の関係学会・団体から次々と終末期医療についてのガイドラインが発表されている。このうち、日本救急医学会は生命維持処置の中止に関わる具体的な要件を提示している。最近では認知症患者の胃瘻栄養の是非についての議論が盛んに国内で行われはじめて

いる。本章では、このように現在日本で問題となっている終末期の決定プロセスについての国際比較を行うとともに、終末期の現場でおこなわれるケアについて比較・考察した。

国内の死亡場所の推移と海外との比較

(図1, 表1)

厚生労働省の人口動態統計(図1)によると、1955年には、死亡者の76.9%が自宅死亡であり、病院で死を看取られる割合は、わずか、12.3%にすぎなかった。21年後の1976年より、自宅死亡と病院での死亡割合が逆転し、2009年には自宅死亡が12.4%、病院での死亡は78.4%に達している。

日本、アメリカ、オランダにおける死亡場所の構成比を表1に示した。海外との比較のため日本のデータは2003年度のものを採用している。日本では病院での死亡が82.4%に対し、アメリカ、オランダではそれぞれ約40%とより低い割合であり、自宅等での死亡は、日本の12.2%に対し、アメリカ、オランダでは約3割の方が自宅で死を迎えている。高齢者施設における死亡の割合は日本の3%に対し、アメリカ、オランダではそれぞれ22.33%とより高い割合である。がんの病院死亡の割合は日本では91%であるが、アメリカ、オランダではそれぞれ37%、28%と海外での在宅ホスピスの充実を示している。

国外の終末期の決定プロセスの現状¹⁾(表2, 図2)

a) 主治医制度

表2に示したようにドイツ、オランダ、アメリカとも

Medicine and care in end-of-life of elderly
Hisayuki Miura : 独立行政法人国立長寿医療研究センター病院在宅医療支援診療部

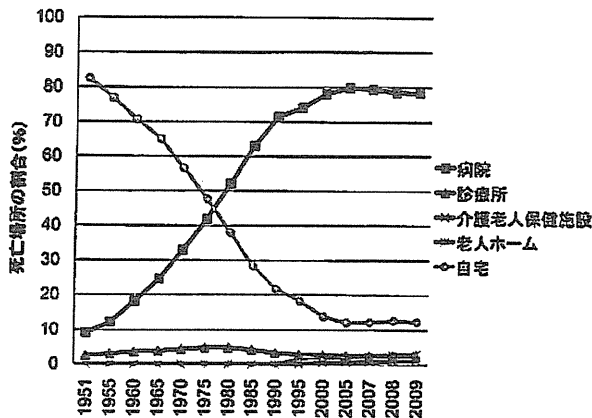


図1 国内の死亡場所の推移
厚生労働省人口動態統計年報より

主治医制度があり、医師・患者関係の基礎を形成していた。オランダでは殊に医師・患者関係が緊密であり、これが安楽死法成立の基礎を成していたとされる。これに比べ日本では主治医制度がなく、全身状態の悪化に伴い、病院に入院し、そこで最期を迎える人が多い要因となっていると考えられる。また、国内の病院の外來では、多くの患者を短時間に診察する体制の病院が多く、密な医師・患者関係の構築は他国よりも困難な状況にあると考えられる。アメリカではまた、受け持ちの患者が入院したときに、主治医（アテンディングフィジシャン）と病院医（レジデント）が治療方針についての密な議論（ピアレビュー）を行い、通常の治療において立場の違う複数の医師により治療方針が決定されるシステムとなっているが、日本では、外來主治医が入院患者の治療方針に意見することはほとんどなく、入院患者に対しては病院の主治医が単独で決定する状況にある。

b) リビングウィル、事前指示書の利用・法制化、法定代理人（表2）

アメリカ、オランダではリビングウィルや事前指示書（アドバンス・ディレクティブ）を容認し、また、法制化され保障されている。ドイツでは、連邦通常裁判所が2003年の決定で、同意能力を失った患者があらかじめ表明していた意思に拘束力を認めるとともに、立法措置の必要性を指摘して以来、立法化に向けた努力を重ねられてきた。この結果、2009年7月に自己が同意能力を喪失した場合に備え、特定の医療行為を受け入れるか否かについて患者があらかじめ行った指示（リビング・ウィル）に法的拘束力を認めることなどを内容とする民法及び家事事件・非訟事件手続法の改正法（「世活法の第3次改正法」、通称「患者の指示法」）が公布された²⁾。2009

年9月1日に施行される。この様に、日本以外の三国は、リビングウィル、事前指示書の利用・法制化及び法定代理人あるいは世話人の制度があり、本人の意思尊重が法律で保証されているとともに、本人の意思表示ができなくなった際の「本人意思を尊重した」医療決定に関するいわゆる法律的な責任者が明確となっている。一方、国内では、延命処置等、終末期医療の現場で、家族の意見が一致しないなどにより、最終決定ができないジレンマに陥りやすい状況にある。今後の日本には、リビングウィルや事前指示書等により本人の意思表示を確認する体制と意識がなくなったときの本人意思の代弁者としての世話人、代理人制度の確立は、今後、国内の医療現場の倫理ジレンマの回避のために必要とされている。

c) 延命処置の中止

人工呼吸、人工栄養の中止についてはアメリカ、オランダでは認められている。ドイツでもかなり慎重ではあるが、一定の要件下に認められている。

d) 安楽死法

オランダは2002年に安楽死法が可決され積極的安楽死が一定の要件下に認められており、ドイツ、アメリカ（オレゴン州を除く）とは異なる状況下にある。オランダ以外では、ベルギー、スイスで安楽死が認められている。ヨーロッパではフランスなど他の国でも安楽死の是非についての国民的議論が行われている。

e) 治療判断に関する倫理委員会

治療判断に関する倫理委員会は日本以外の三国では整備される状況にあり、倫理的問題に精通した病院のスタッフが、要請により、迅速に医療上の倫理的問題を検討し、主治医や家族をサポートしている。この倫理委員会はセカンドオピニオンとしての機能も併せ持っている。

f) ホスピスの対象疾患

アメリカ、オランダでは、ホスピスプログラムを悪性腫瘍以外の全ての終末期の方に適応としているが、国内では悪性腫瘍、エイズのみで非がん患者のホスピス（緩和ケア病棟）利用は認められていない。

意思決定を支える構造の比較（図2、図3）

現場の患者の意思決定やインフォームド・コンセントを支える構造の違いを図2に示した。海外では主治医制度、オートノミー（自律）の確立、自然（尊厳）死法の法制化、代理人制度の確立、医療倫理委員会の実質的な活動、ホスピスプログラム（アメリカ）に支えられる形での現場のインフォームド・コンセント（IC）が行われている。これに対し、日本では実質的に終末期の医療

表1 死亡場所の構成比 — 日本、アメリカ、オランダの比較*

	病院	高齢者等施設	自宅等	がんの病院死亡割合
日本	81%	3%	16%	91%
アメリカ	41%	22%	31%	37%
オランダ	35%	33%	31%	28%

*日本：2003年人口動態調査。「高齢者等施設」とは特養と老健の合計
 アメリカ：Flory 他, Health Affairs 23 (2004) より1998年のデータ。
 「高齢者等施設」はナーシングホームで高齢者以外も含まれる
 オランダ：統計局(CBS)のKoderitsch より入手した1998年のデータ。
 「高齢者等施設」はナーシングホームと高齢者ホームの合計。ガンの病
 院死亡割合は、Francke AL & Willems DL (2000) より

表2 尊厳死など治療判断に関する各国比較

	日本	ドイツ	オランダ	アメリカ
主治医(家庭医)制度	なし	あり	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書の利用	尊厳死協会会員など一部	あり	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書法制化	なし	あり	あり	あり
法定代理人(後見人)制度	あるが資産に関するのみ	あり	あり	あり
人工呼吸, 人工栄養の停止	不可	可だが慎重	可	可
安楽死法	なし	なし	あり	なし(一部の州で施行)
治療判断に関する「倫理委員会」	ごく一部の病院のみ	あり	あり	あり
ホスピス	悪性腫瘍, エイズのみ	悪性腫瘍	全疾患	全疾患

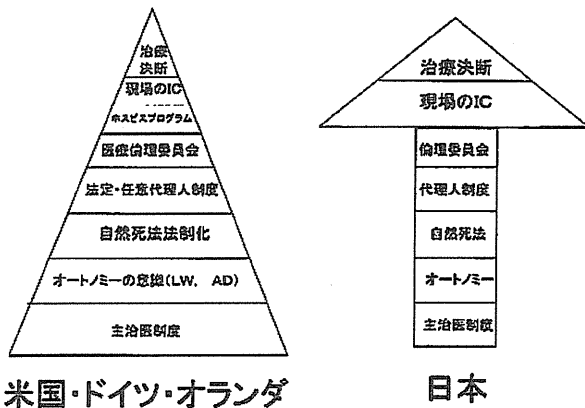


図2 終末期における医師の治療判断の構造 — 米国・ドイツ・オランダと日本の相違 —

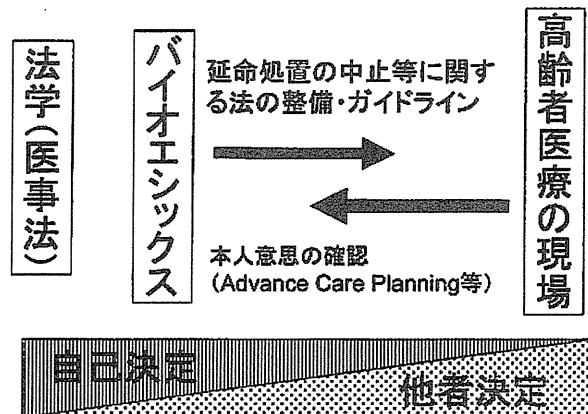


図3 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

判断を支えるシステムがなく、現場の医師と患者・家族の話し合いだけで治療方針を決定する状況となっており、最終決定する上での医師、患者・家族の精神的な負担が大きくなっている。また、このように現場のICのみに頼る体制は、医師の独断をも許容する状況にあり、医師の話し方一つで治療の方向性が変わってしまう状況

を許している。また、家族の意見が分かれた際の取捨がつかず、これがトラブルの要因ともなっている。

イギリスの終末期医療・ケアの動き

これまで主に述べた国以外で、イギリスにおける最近の終末期医療・ケアについての医療政策は、今後の世界の終末期医療・ケアに影響を及ぼす可能性がある。

イギリスは近代的ホスピスの発祥の地でもあるが、イギリスの緩和ケアチームでは、医師はメインというよりは、リソースであり、コンサルタントである。メインはあくまでもナースであり、クリニカル・ナース・スペシャリスト (CNS) が中心となって、家庭医 (GP) や緩和ケアができる訪問看護師と連絡をとっている。イギリスでは病院あるいはホスピスで亡くなる患者が60%で、在宅死亡は20% (2003年) であるが、国は今後在宅死を増やしたいとしている。イギリスのホスピスは充実しているが、ホスピスの資金としては英国保健省の傘下機関である国民保健機関 (NHS) だけでは運用できず、寄付金 (財団) で成り立っている。患者が最期を迎えるときは、財団がナースを派遣し、24時間ケアを提供する。シシリーソンドラス女史が1967年に建てたセントクリストファーホスピスでは、患者の48%が自宅で死亡し、30%がホスピス、20%が病院で死亡しているが、コミュニティーとの連絡を構築するため600人のボランティアが関わっている。このように英国のホスピスは寄付やボランティアに支えられているという側面がある。

イギリスの緩和ケアチームはがん患者以外にも、腎不全、心不全、認知症、HIVなどの非がん患者にも活動を広げている。NHSは2006年にEnd of Life Care (EoLC) Programmeを発表し、これまでのがんを中心とした緩和ケアの体系をさらに非がんに拡大し、EoLCとして全疾患に適応しようとするプロジェクトを始めている。このプログラムの基盤をなすのが、Advance care planning (ACP) である。このACPは介護を受けたい場所、急変時の対応などについての本人の意思を尊重した (最期までの) ケアを方向付けるプロセスを指すが、これに加えて、医療スタッフへの研修会を組織的に行い、包括的にとりくむプロジェクトである。このACPの活動はイギリス以外の欧米、オーストラリアに広がっており、最近になり、オーストラリアのオースチン病院におけるRCT研究⁹⁾により、この有効性が報告されている。

このように日本ではようやくがんの緩和ケア対策が本格的に始まったが、イギリスではすでに緩和ケアや、意思決定を支える体制が整いつつあり、今や非がんも含めた対応 (EoLC) に取り組んでいる状況にある。

おわりに

本章の前半は、ドイツ、オランダ、アメリカの特に意思決定について、後半はイギリスの在宅ケア、緩和ケアの動向を記した。文化も経済も違う外国の終末期を調査して、何の参考になるのかという批判があるが、終末期

の決定プロセス上の問題の多くは、文化や経済の違いを越えた、人と人との間の死生観の対立や、ナラティブ (語り) として表出される、その人の根源的な思いに関わる共通の倫理的プロセスであると考えられる。一方、緩和ケア先進国イギリスのEoLCに代表される国家的プロジェクトの行方は、日本のこれからの終末期のありかたを考えるに十分参考にすべきものと考えられる。世界の長寿国日本が今後どのような終末期医療・ケアを目指すのか、Japan syndromeとも表され、世界的な注目が集まっている。

文 献

- 1) 三浦久幸, 太田壽城: 高齢者の終末期医療—倫理ジレンマを乗り越えるために—. 日本老年医学会雑誌 2007; 44: 162-164.
- 2) 外国の立法 (2009.8) 国立国会図書館調査及び立法考査局 <http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/legis/24002/02400205.pdf>
- 3) Detering K, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.

理解を助ける問題

- 問題 1. 国内・海外での死亡場所について正しいものはどれか
- a 日本の自宅死亡割合 (2009年) は20%以上である
 - b 日本ではホームなど施設内死亡割合 (2009年) は自宅死亡割合を超えている
 - c 2003年には日本のがんの病院死亡割合は90%を超えていた
 - d アメリカの自宅死亡割合 (1998年) は、病院死亡割合より高い
 - e アメリカ、オランダ (いずれも1998年) とともに施設死亡割合が20%以上である

問題2. 国内の終末期医療と法律・ガイドラインについて正しいのはどれか

- a 延命措置の本人拒否は法律で認められている
- b 胃瘻栄養の中止は厚生労働省ガイドラインで認められている
- c 医療についての患者の自己決定は法律では認められている
- d 成年後見制度は財産管理についてのみ法律で認められている
- e 延命措置の中止は脳死状態であれば法律で認められている

問題3. アメリカの終末期医療について誤っているものはどれか

- a 延命措置の本人拒否はほとんどの州が法律で認めている
- b 終末期の延命措置は、無益な治療と医師が判断すれば家族の同意のもと中止できる
- c リビングウィル、事前指示書に基づく医療判断は法律で認められている
- d 医療決定に関する代理人は法律で認められている
- e ホスピスの対象疾患はがんとエイズである

問題4. 国内の終末期の医療判断について正しいものはどれか

- a 認知症患者の胃瘻中止は家族の同意があれば、医学的判断のみでおこなってよい
- b 延命措置の不開始と中止は、医療倫理上は、特別に異なるものとして扱わない
- c リビングウィルと事前指示書は、いずれも家族同意を必要とする
- d リビングウィルでは、意識がなくなった場合の代理人（世話人）記載が必須である
- e 終末期のインフォームド・コンセントでは基本的に家族の意向を確認する

問題5. イギリスの終末期医療について誤っているものはどれか

- a 緩和ケアの役割の中心はナースである
- b ホスピスの多くは寄付金が重要な資金源となっている
- c End of Life Care programme は全ての疾患の終末期を対象としている
- d Advance Care Planning は患者の意思尊重のためのプロセスである
- e Advance Care Planning によるエビデンスは未だ得られていない

10年目を過ぎた 介護保険の今後の展望

遠藤英俊 (国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)

佐竹昭介 (国立長寿医療研究センター認知症先進医療開発センター在宅医療研究室)

三浦久幸 (国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部)

Point

- 介護保険制度は超高齢社会を前に、国として介護問題を解決する手段として創設され、福祉は措置制度から契約制度へと大きく転換した。2011年の二度目の改正では「地域包括ケア」が目標理念である。
- わが国における介護サービスは量的に充実したが、今後は質的な向上を目指す必要がある。介護保険ではさらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。
- 今後の介護保険の最大のテーマは認知症であり、地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などの整備が検討されている。

介護保険法は2000年4月に施行され、2006年4月に一度改正された。2011年には二度目の大規模改正が行われる。この法律は介護の社会化や自立支援、サービスの民間化などを目的に創設された。初めの改正では介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が主に行われた。また地域では、地域包括支援センターが設立され、介護予防対策、高齢者虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能

な地域の中核的拠点として全国的に整備された。2011年の改正は「地域包括ケア」が目標とする理念である。この中身が問題となるが、本章では介護保険の今後の展望について概説する。

介護保険の背景と そのねらい

介護保険制度は超高齢社会を前に、国として介護問題を解決する手段とし

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス		
<p>地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間対応型訪問看護 ・認知症対応型通所看護 ・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 	<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 ・特定施設入居者生活介護 ・特定福祉用具販売 	<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 ・福祉用具貸与 	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看護 ・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>居宅介護支援</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 ・介護予防特定施設入居者生活介護 ・特定介護予防福祉用具販売 	<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"> ・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 ・介護予防福祉用具貸与 	

表1 介護サービスの種類

て創設された。それまでの福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、措置制度から契約制度へと大きく転換した。福祉の主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。また、介護事業者参入の自由化による、民間活用もねらいの一つであった。

また、高齢化に伴う医療費の負担の増加があり、新たに公的介護保険が必要となった。医療サービスのうち、いくつかが介護サービスに転換された。わが国のどこでも、あまねく介護サービスが利用できる環境が必要であり、

利用者の自立支援や在宅重視の原則を徹底したが、現実には難しい場合も多い。医療サービスと福祉サービスの統合も意図されたが、一事業者が複合的に経営している場合には連携が機能するが、医療と福祉の連携はいぜん課題が残る。

制度としては、介護保険と自費とを組み合わせた混合介護だけでなく、社会保険方式を採用し、保険料+税財源の組み合わせ方式となっている。さらに地方分権を目指し、市町村単位での「給付と負担の連動」を目指している。負担の軽減を図るために被保険者

の低年齢化もこれまでに検討されたが、実現されていない。

介護保険の現状

介護サービスの種類を表1に示した。2006年4月より、これまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに、介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、在宅介護を継続したり、施設を利用することになる。この点では、わが国における介護サービスが量的に充実した

ことはいうまでもない。今後の方向として、介護サービスは新しい評価方法を導入して、質的な向上を目指す必要がある。

一方、介護保険ではさらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。ケアマネジメントとは、さまざまな障害をもつ人に対して、ケアアセスメントを行い、ケアプランを立案した後、介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為をいう。わが国の介護保険制度において、ケアマネジャーを置き、ケアマネジメントを行うことが、介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

改正介護保険について

高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」の報告をベースに、2006年に介護保険の改正がなされ、同年4月より改正介護保険が施行された。その趣旨は、超高齢化に突入する前の2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。

要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもちというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防が重要であることが認識された。その結果、認知症ケアの普遍化を目指すべきであることが指摘された。その第一段階として、2004年12月に痴呆の名称が「認知症」へ変更された。これは疾患のイメージチェンジをする

ことで、認知症への理解と対応を進めることを目的とした。

認知症ケアの方向性として政策的に現在検討されていることは、地域包括ケアの進展であり、具体的には小規模多機能型居宅介護の創設である。また地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などの整備が検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスは「生活圏域」単位でのサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成(専門資格化を含む)が重要とされ、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになっている。

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村が指定・監督を行うサービスとして位置づけられた(表1)。特に小規模多機能型居宅介護サービスは1日でも長く在宅をつづけ、リロケーションダメージを回避する点で、新しい形のサービスといえる。地域の認知症や独居高齢者対策に有用なサービスとして期待される。その後、有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者賃貸住宅など、住居の拡充が予想される。

また認知症生活介護としてのグループホームサービスの成功を踏まえて、介護施設においてもユニットケア化が徐々に図られようとしている。よりよい環境の確保とケアの質的向上が重点化され、介護職への研修が必須化されている。介護福祉施設において個室は

70%を確保され、介護老人保健施設においては個室の50%を確保することが重要目標とされている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。

今後の展開

介護保険の改正において、「地域包括ケア」が目標理念となっている。介護保険サービスは現在なくてはならないサービスとして定着しており、どう改良するかが重要なポイントである。とりわけ要介護認定はなくてはならないものであり、廃止論議は問題外である。

地域包括ケアの推進の中身としては、医療との連携を強化して、24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化を目指すこと、特養などの介護拠点を整備し、介護サービスの充実強化を行うこと、見守り、配食、買い物などの24時間対応の在宅サービスを強化すること、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護を支援すること、さらに一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加を踏まえ、さまざまな生活支援サービスを推進し、高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている。しかし、民間の高齢者ケア付き住宅の中身の点検は必須であろう。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。また認知症の徘徊見守りサービスは、インフォケアを含む重要な地域のネットワークの構築を必要としている。

早急に対応すべきは要介護認定の見直しである。特に在宅タイムスタディに基づく、データの見直しは今後必要となる。さらに障害者の認定は大きな課題として存在する。またがん末期の認定もさまざまな課題が存在する。課題を整理することが真の意味での改良につながることはいうまでもない。

介護保険制度は改正をしながら、時代のニーズに合わせてその形態を変えていくことになる。そのためには5年ごとによりよい介護保険に改正していく必要がある。その課題は、時代とともに変わる必要がある要介護認定の方法であり、サービスの量と質の向上で

ある。またサービス利用者の増加に伴い、保険料が増加する。これ以上の負担は困難であると考えられ、そのためには被保険者の年齢を40歳以上から30歳以上か20歳以上に引き下げるのが最も現実的な対応である。

おわりに

介護保険はもともと新たな挑戦であり、名古屋学芸大学の井形昭弘氏によれば、当初より「走りながら考える」とされた。つまり法律の改正を経て継続させることが重要であり、よりよい

制度に変えていく必要がある。また介護保険の最大のテーマは認知症である。認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクトが立ち上げられ、今後の認知症対策について検討会が開催された。その内容は、認知症疾患医療センターを創設すること、コールセンターを置くこと、若年性認知症対策を行うこと、疫学調査を行うこと、研究や薬剤、検査方法の開発、人材育成を行うことなどである。これらの政策により、認知症対策が前進することを期待している。

参考文献

- 1) 遠藤英俊. いつでもどこでも回想法、高齢者介護予防プログラム. 東京: ごま書房; 2005.
- 2) 鈴木憲一. 介護保険制度の見直し-新予防給付を中心として-. 群馬県医師会報 2004; 676: 8-16.
- 3) Van de Winckel A, Føys H, De Weerd W, Dom R. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. Clin Rehabil 2004; 18: 253-60.
- 4) Grebot C, Gros Lambert A, Pernin JN, Burtheret A, Rouillon JD. Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. Percept Mot Skills 2003; 97: 1107-14.
- 5) 中村重信, 編著. 痴呆疾患の治療ガイドライン. 東京: ワールドプランニング; 2003.
- 6) 認知症介護研究研修東京センター, 認知症介護研究研修大府センター, 認知症介護研究研修仙台センター, 編. 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方. 東京: 認知症介護研究研修東京センター; 2005.
- 7) 遠藤英俊. 痴呆性高齢者のクリティカルパス. 名古屋: 日経研; 2004.

特集/進歩した認知症の診療

重症認知症疾患患者の 合併症と終末期医療

三浦久幸* 鳥羽研二**

はじめに

現在、認知症の進行遅延や治療薬の開発が世界中で行われているが、これまでのところ認知症に臨床症状に持続的な可逆的な改善をもたらす薬剤の臨床使用は行われていない。このように認知症の根治的な治療法が開発されていない状況下では、重度あるいは終末期の認知症患者へ、患者本人のQOLを考えたケアが実践できるかが重要である。重症認知症の定義の標準化はされていないが、本章では認知機能に関する心理検査(MMSE: Min-Mental State Examination)で10点未満、認知症性老人の日常生活自立度IV~Mで、人格変化、無言・無動、失外套症候群が出現している時期を想定し考察した。

I. 重症認知症と合併症

認知症はアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、ピック病などの変性性認知症に加え、血管性認知症など原因はそれぞれ異なる。一方、認知症が重度となると認知症の原因にかかわらず、かなり共通した合併症が出現する。認知症が進むと、感染症を合併することが多くなり、終末期になると死因のトップとなる。これまでの海外を中心とする報告ではアルツハイマー型認知症患者の死因の54~59%が気管支肺炎であり、脳血管性認知症患者でも69%が気管支肺炎である¹⁾²⁾。米国のアルツハイマー病研究センターが調査している患者集団の中から174人の死亡診断書を分析すると、直接死因の24%が気管支肺炎であり、間接死因の44%が気管支

肺炎であった。間接死因としてはほかに、尿路感染症が6%、敗血症が5%を占めていた³⁾。最近の研究では、Mitchellら⁴⁾が重度認知症の臨床経過について、米国の22カ所のナーシングホーム入所中の重度認知症患者323人を対象に18ヵ月に渡り、生存期間、合併症、その他の症状等を追跡し、報告している(図1~3)。323人の平均年齢は86歳で、認知症の平均罹病期間は6年で、85.4%が女性であった。18ヵ月の追跡期間に54.8%にあたる177人が死亡している(図1)。死亡者の平均生存期間は478日で、6ヵ月以内に死亡する確率は24.7%であった。この期間に肺炎41.1%、発熱性疾患(肺炎を除く)52.6%、摂食・嚥下障害46.7%であった(図1)。各疾患に初めて罹患した後の6ヵ月の死亡率は肺炎41.1%(図2)、発熱性疾患52.6%、摂食・嚥下障害85.8%(図3)であった。それぞれの疾患に罹患しない人よりも死亡率は高く、この3つの疾患が予後に大きく影響することが

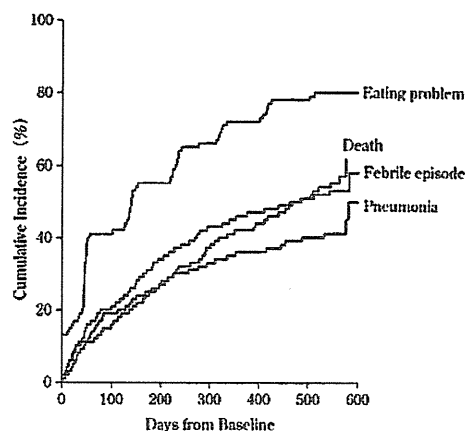


図1 ナーシングホーム入所中の重度認知症患者の総死亡率と肺炎、発熱性疾患、摂食・嚥下障害の累積発症率(文献4)

独立行政法人国立長寿医療研究センター
*在宅医療支援診療部長 **病院長

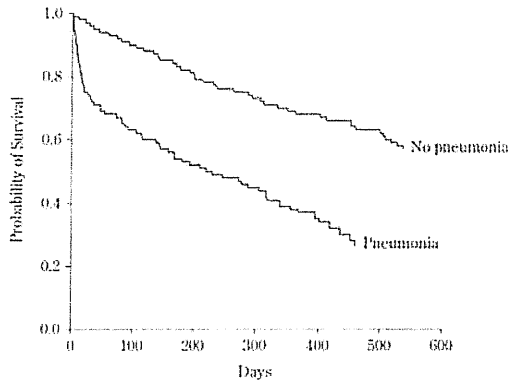


図 2 初回肺炎罹患後の生存関数 (文献 4)

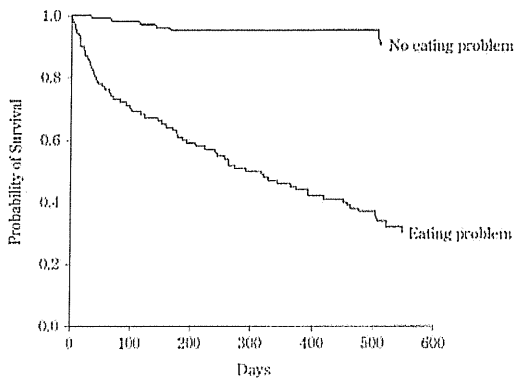


図 3 初回摂食・嚥下障害発症後の生存関数 (文献 4)

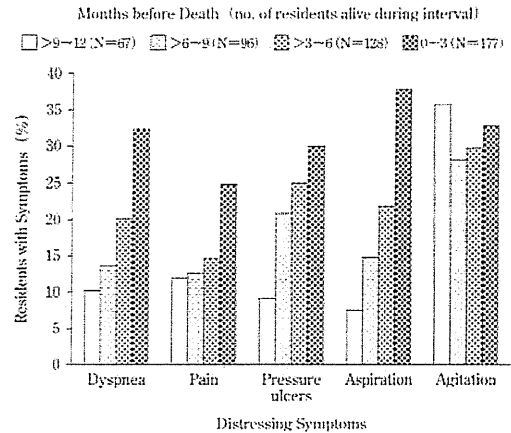


図 4 苦痛症状の合併 (文献 4)

症と摂食嚥下障害であり、これらは生命予後に強く影響するということが示されている。

Ⅱ. 終末期医療

米国において2001年に認知症高齢者の死亡場所を、悪性腫瘍、認知症、その他の疾患の3つの基礎疾患に別けて検討した結果⁶⁾、認知症関連で死亡した人の66.9%がナーシングホームで死亡していた。対照的に、がんを基礎疾患とした人は自宅(37.8%)と病院死亡(35.4%)が多かったという結果が出ている。日本国内では認知症と死亡場所に関する同様の調査結果は示されていないが、ここ数年、病院死80%前後、施設死亡7~8%、自宅死亡12%前後と、圧倒的に病院死亡が多い状況となっている。米国で認知症患者のナーシングホームでの死亡が多い一方で、入所者の34.4%に非経口的栄養管理が行われ、また、16.7%が入院、9.6%が救急外来受診、8.0%が経管栄養を行われるなど、死亡までの3ヵ月以内では、40.7%の人が上記一つ以上の医療的行為が行われる状況が報告されている。また、米国ではがんやエイズ以外でも、全ての疾患でホスピス利用ができるが、終末期にナーシングホームの重度認知症患者の22.3%がホスピスを利用したという報告がある⁴⁾。ホスピスを利用した患者は苦痛に対し、計画的にオピオイドや酸素の投与を受ける事ができ、また、満たされない欲求が残る頻度が少ない事が報告されており、重度認知症患者の終末期におけるホスピス利用の有益性が示されている⁷⁾。

一方、ナーシングホーム入所者の医療代理人が、重度認知症患者の生命予後が悪いことや

示された。

この研究ではさらに苦痛症状についてもまとめており、主なものとして呼吸困難46.0%、疼痛39.1%、Ⅱ度以上の褥瘡38.7%、興奮53.6%、誤嚥40.6%であり(図4)、死期に近づくほどこれらの頻度は高くなっていった。

また、英国の研究⁵⁾では急性期病院に入院した70歳以上の高齢者617人を対象とする縦断研究が行われているが、入院患者全体の42.4%が認知症を合併していた。認知症患者入院の原因疾患としては尿路感染と肺炎が多く、41.3%が罹患しており、これらの患者の入院中の高い死亡率を示した。高度の認知障害患者の24.0%は入院中に死亡しており、この死亡リスクは4.02(CI 2.24~7.36)であった。このように認知症患者は、急性期病院への入院が多い事が示されている。

国内では同様の研究報告はなされていないが、海外での縦断研究をもとに考えると、重度認知症患者の合併症で重要なのは、肺炎などの感染

起こりうる合併症を理解している場合には、この終末期の医療的行為が行われる頻度が少ないことが報告されている。重度の認知症で死亡した入所者の家族ないし医療代理人へのインタビューで、死亡した入所者のおよそ10%が、経管栄養を受けていたが、入所者の家族ないし医療代理人と医療者との話し合いが十分に行われて経管栄養が導入されたのは半数以下にとどまっていた。さらに胃瘻を含む経管栄養を導入した認知症末期患者では、良好な終末期を迎えられる頻度が少ない (OR=0.42, 95%CI=0.18~0.97) 事が示されている⁸⁾。

国内では認知症末期における胃瘻導入の是非が現在、社会的問題となっているが、欧米に比べ、認知症終末期ケアに関する評価・介入そのものの報告が少なく、重度認知症患者に対する胃瘻など経管栄養が、終末期ケアの質を高める事ができるかなど、国内でのさらなる客観的データの集積が必要である。

Ⅲ. 終末期医療・ケアの問題

欧米では上述のように認知症患者の末期でも必要に応じホスピスを利用するなどして、本人の終末期での苦痛の軽減や家族への精神的な支援を積極的に行う体制が整いつつある。認知症の末期そのものの判断は実際難しく、特に死亡時期の予測は、がんと比べ極めて困難であるが、ADEPT⁹⁾などの予測指標を用いて、余命6ヵ月以内の認知症患者を抽出し、適切な時期にホスピス利用に結びつけようという試みがされている。さらには重度認知症患者への終末期ケアを質的に評価するためのスケール開発が進められている¹⁰⁾。ターミナルケアの家族満足度 (SWC-EOLD)、症状管理 (SM-EOLD)、死亡までの1週間の安楽 (CAD-EOLD) など、それぞれを評価する目的で作成されている。このような指標を用いて、終末期における医療行為やケアのアウトカムを評価することにより、今後のケアの質の改善に役立つことが期待される。

お わ り に

国内の高齢化とともに認知症患者はさらに増加すると予想されているが、認知症診療では早期診断、治療薬の開発が活発に行われている一方で、認知症終末期の症状緩和や終末期ケア、

家族ケアの方法、その効果の評価方法などは、欧米に比べ系統的に行われているとは言いがたい状況にある。欧米では、医療経済的なインセンティブの問題はあるにせよ、がんに限らず、認知症でも十分な終末期ケアを行おうという流れにあり、このための評価指標の開発やホスピスを利用した‘認知症緩和ケア’が徐々に進められている。国内では胃瘻の問題も含め認知症重症～末期患者のQOLを考えた国内での医療・ケアのあり方の検討が喫緊の課題であると考えられる。

参 考 文 献

- 1) Molsa, P. K., Marttila, R. J., Rinne, U. K.: Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol Scand*, 74(2): 103-107, 1986.
- 2) Sulcava, R., Haltia, M., Reder, A. T., Luchins, D., Antel, J. P.: Accuracy of the clinical diagnosis of vascular dementia: a prospective clinical and post-mortem neuropathological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 51(8): 1037-1044, 1988.
- 3) Olichney, J. M., Hofstetter, C. R., Galasko, D., Thal, L. J., Katzman, R.: Death certificate reporting of dementia and mortality in an Alzheimer's disease research center cohort. *J Am Geriatr Soc*, 43(8): 890-893, 1995.
- 4) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G. et al.: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*, 361(16): 1529-1538, 2009.
- 5) Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., King, M.: Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195(1): 61-66, 2009.
- 6) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Miller, S. C., Mor, V.: A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 53(2): 299-305, 2005.
- 7) Kiely, D. K., Givens, J. L., Shaffer, M. L., Teno, J. M., Mitchell, S. L.: Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58(12): 2284-2291, 2010.
- 8) Teno, J. M., Mitchell, S. L., Kuo, S., Gozalo, P., Rhodes, R., Lima, J. et al.: Decision-making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five State Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 881-886, 2010.
- 9) Mitchell, S. L., Miller, S. C., Teno, J. M., Kiely, D. K., Davis, R. B., Shaffer, M. L.: Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *Jama*, 304(17): 1929-1935, 2010.
- 10) Kiely, D. K., Volicer, L., Teno, J., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Mitchell, S. L.: The validity and reliability of scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(3): 176-181, 2006.

介護者に対するアルツハイマー病 治療薬のメリット

The merit of drugs for care giver of Alzheimer's disease

国立長寿医療研究センター病院
内科総合診療部長

国立長寿医療研究センター病院
在宅医療支援診療部室長

Hidetoshi Endo 遠藤 英俊^{*} Hisayuki Miura 三浦 久幸

国立長寿医療研究センター認知症先進医療開発センター
在宅医療・自立支援開発部在宅医療研究室室長

Shosuke Satake 佐竹 昭介

Summary

アルツハイマー病(AD)治療薬のメリットはさまざまな分野で報告されているが、介護者に対する効果に注目した。ドネベジルやガランタミンなどのアセチルコリンエステラーゼ阻害薬は日常生活動作(ADL)に関わる介護時間の短縮、介護の見守り時間の短縮、入所時期の遅延などの効果が報告されている。同様な効果はNMDA受容体拮抗薬にも認められている。ADの介護に対する効果があれば、治療効果も向上する。その結果として、認知症の人や家族へのQOL(quality of life)の向上は重要な意義がある。現在の治療薬は病気を完治させることはできないが、病状を修飾することができ、病気の進行を遅延させることができる。これらの薬剤を病期、症状に合わせて選択することができるようになった。すなわち、薬剤の差別化、選択が重要な課題となっている。なかでもガランタミンは中長期的に投与した場合に他の薬剤に比べて効果が高いというデータが存在する。

Key words

- 介護負担
- アルツハイマー病
- ガランタミン
- メマンテン
- 介護時間

Ⅰ はじめに

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬などのアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)治療薬の認知機能への有用性に関する報告は多く、その有効性は示されている。本稿では介護者や介護時間に対する影響について総括する。AD治療薬の介護者に対する効果は以前から報告があり、その有用性が示されている^{1)~3)}。また逆に介護者のケアがよいとADの治療にもよい影響を与えるといえる。これらの事実を総合するとAD治療薬は一定の医療経済効果を含め、介護者や介護時間に対してポジティブな影響を与えるといえる。現在のADの薬剤は認知機能の進行遅延をきたすことで知られているが、薬剤単独での効果はそれほど顕著ではない。日常生活での刺激や活性化、さらにはなじみの環境を維持し、よりよい介護を提供することが全般的な薬剤の有効性につながる。すなわち、治療には介護そのものが重要である。しかし一方、薬剤の間接的影響として介護負担の軽減や、医療経済効果も無視できない。



介護者に対するアセチルコリン エステラーゼ阻害薬の有効性

認知症において、薬剤の効果により Zarit の介護負担感尺度が改善したとの報告は非定型抗精神病薬のリスペリダールなどでも報告がある。しかしながら、薬剤の使用には保険適応がなくオフラベルとなっているなどの課題がある。

ドネペジルやリバスチグミンにおいても、これらの薬剤がプラセボ群に比べ、日常生活動作(activities of daily living: ADL)を改善したり、介護者の負担軽減をきたし、その結果施設やサービスを利用しない期間を延ばしたり、利用量を軽減することが可能であり、医療経済的にみても薬剤の有用性が示されている⁴⁵⁾。日本においても、Hashimoto らのグループによりドネペジルが認知症の行動心理学的症候(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)のある AD において介護負担を軽減させたことが報告されている⁹⁾。

ガランタミンの介護者への有用性については論文に明らかである。Sano らの報告では軽度～中等度の AD を対象とした 2 つの二重盲験試験により、介護負担に関する研究がなされ、ガランタミン 24mg 投与群が 411 例で

プラセボ群が 414 例であった。介護負担の測定には、1 日あたりの ADL 介護に要する時間と見守りを必要としない時間を測定した。それぞれの指標の変化を短縮、不変、延長で分類したところ、介護に要する時間の短縮または不変の群はガランタミン投与群で有意に多く、延長した群は有意に少なかった。両群間の平均値の差は 32 分で、中等度においては 53 分短かった。この研究によりガランタミンは介護時間の短縮と見守り時間を減らす効果が示された。図 1・2 にその結果を示した⁷⁾。

また 2004 年、Cummings らは 978 例の調査により軽度～中等度の AD 患者へのガランタミン投与により介護者の負担が軽減したとの報告を行っている(表 1)⁹⁾。

さらに間接的なデータではあるが、ガランタミンの長期投与は老人ホームへの入所に関して、入所までの期間を有意に延ばすことができ、在宅療養の継続が可能であることが示されている⁹⁾。すなわち、ガランタミンは一義的には認知機能への効果を示し、その後二次的に生活、行動、心理面へのよい影響があり、その結果として介護負担の軽減、介護サービスの利用の低減に役立つと考えられる。

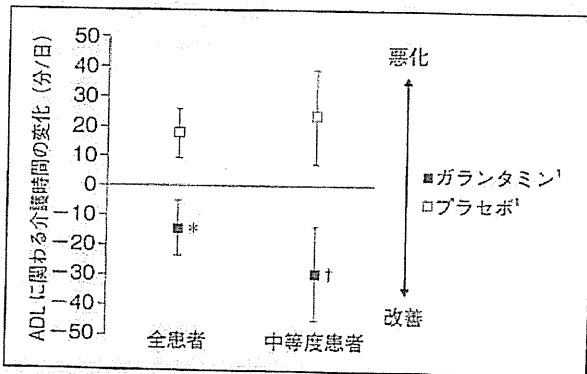


図 1 ADL に関わる介護時間—ベースラインからエンドポイントの間での変化(平均)

1: ベースライン時の値を共変数として ANCOVA モデルから得た最小二乗平均±標準誤差による。

* $p = 0.011$ vs プラセボ, † $p = 0.021$ vs プラセボ。

(文献 7) より引用)

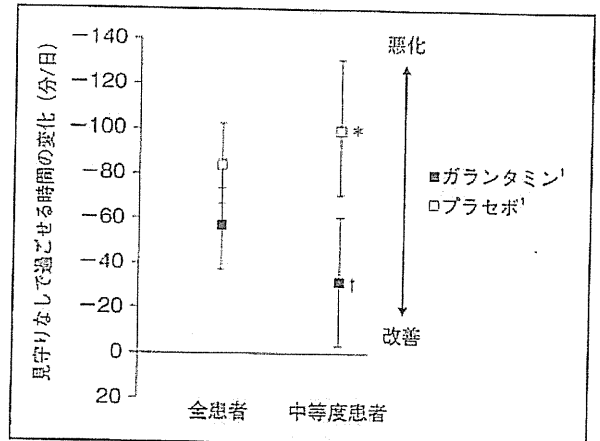


図 2 見守りなじで過ごせる時間—ベースラインからエンドポイントの間での変化(平均)

1: ベースライン時の値を共変数として ANCOVA モデルから得た最小二乗平均±標準誤差による。

* $p = 0.005$ vs ベースライン, † $p = 0.092$ vs プラセボ。

(文献 7) より引用)

5 介護者に対するアルツハイマー病治療薬のメリット

表1 プラセボあるいはガランタミン 8, 16, 24mg/日投与アルツハイマー病患者における全NPI (Neuropsychiatric Inventory) および介護負担スコアのベースラインから21週時点での変化

群および評価法	全NPI			NPIの介護負担尺度		
	N	スコアの変化		N	スコアの変化	
		平均	標準偏差		平均	標準偏差
プラセボ投与群						
通常観察	234	2.3	11.3	180	1.2	6.7
LOCF法	262	2.0	11.0	214	0.9	6.4
ガランタミン投与群						
8mg/日						
通常観察	106	2.3	11.5	85	1.3	4.5
LOCF法	129	2.3	11.4	116	1.2	5.9
16mg/日						
通常観察	211	-0.1 ^a	11.1	154	0.1	6.2
LOCF法	255	-0.1 ^b	11.4	215	-0.1	6.0
24mg/日						
通常観察	212	-0.1 ^c	11.1	154	-0.2 ^d	7.0
LOCF法	253	-0.0 ^e	11.1	206	-0.2 ^f	6.5

^a: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.99, df=1,731, p=0.03)

^b: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.49, df=1,867, p=0.04)

^c: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=5.29, df=1,731, p=0.03)

^d: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.25, df=1,541, p=0.04)

^e: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=4.65, df=1,867, p=0.04)

^f: プラセボ投与群に対して有意差あり (F=3.72, df=1,719, p=0.054)

LOCF: last observation carried forward

(文献8)より引用)

III 介護者に対する NMDA 受容体拮抗薬の有効性

重度認知症入院患者166例を対象とした二重盲検比較試験において、メマンチン 5mg を7日間、引き続き10mg を77日間(計12週間)経口投与した結果、主要評価項目とされた主治医による全般改善度(Clinical Global Impression of Change: CGI-C)が投与12週間後で、看護スタッフによる介護依存度(Behavioral Rating Scale for Geriatric Patients: BGP)が投与12週間後までの変化においてともにITT(intention-to-treat)集団における解析で有意に改善した(CGI-C: $p < 0.001$, BGP: $p = 0.016$)。また、高度ADおよび混合型を含む重度血管性認知症

に対し有効である可能性が示された¹⁰⁾。これらによりメマンチンは介護依存度を軽減し、介護負担の軽減に有用であるといえる。

IV おわりに

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は介護者や介護時間、老人ホームへの入所を遅延させる報告が示されており、介護へのポジティブな効果が示されている。しかしながら認知症に伴うBPSDには個人差が大きく、個別対応、個別ケアが必要なことはいうまでもない。認知症の程度やBPSDを理解したうえで新しい薬剤を適切に選択する必要がある。