

団ケアが長く行われてきた。ただデイサービスやデイケア、ショートステイの利用が可能となり、また介護施設の増加もあり、ケアの質の向上への取組みが始まった。その中で2000年に創設された介護保険の目玉として、グループホームの地域での増加が図られた。その結果、家庭的な雰囲気での個別ケアが認知症に有効性があると理解され、個別ケアの進展がみられた。同時に、イギリスのトムキッドウッドが提唱した「パーソンセンタードケア」の認知症の理念が日本に導入された。在宅ケアや施設ケアにおいても、認知症の人に対する個別ケアが重要であり、その人を尊重するケア(パーソンセンタードケア)が理念の中心とされている。つまり、認知症の人を中心としたケアの充実が広がってきている。よいケアは治療の1つであり、薬と併せて治療として欠かせない。

短期集中リハビリテーションについて

認知症の利用者に対して3カ月間、週3回まで、20分単位で個別リハビリテーションを行うことである。行うに当たっては医師指示のもとに理学療法、作業療法、言語聴覚士がアセスメントを行い、リハビリテーション計画を立案する。対象は認知症であって、生活機能の改善が期待される者である。MMSEは5~25点の範囲を対象とし、在宅復帰を期待できる者となる。通所リハビリテーションでは週2回実施することとなった。

短期集中リハビリテーションには資格のある医師の指示のもとで作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が行う。個別リハビリテーションのため、始めに評価が重要となる。医師は神経内科か所定の研修を受けた医師である必要があり、全国老人保健施設協会では毎年医師向け研修を行っている。リハビリテーションに当たってはその人のADL、IADL、認知機能を事前に評価し、その人の趣味や趣向、生活歴を十分に聴取し、希望にも沿いながら行う必要がある。

短期集中リハビリテーションのメニューには、折り紙、クラフトワーク、手芸のほか、学習訓

練療法、運動療法、個人回想法、個人音楽療法などがある。リハビリテーションはいわゆる1対1の個人対応であり、すなわち個別リハビリテーションであり、1回は20分程度であるため、導入は挨拶から始まり、メインプログラムを行い、最後にセッションのまとめを行う。プログラム内容としては、総合リハビリテーションといて様々なメニューの組合せで行われることが多い。また3カ月後は在宅復帰をめざすこととなっている。

2006年から効果検証を開始した。その結果、対象群はADLの改善に加え、活動、BPSD、認知機能、意欲の低下などの指標において、対照群に比べて改善がみられた。表1に研究対象者の内容を示した。図2に認知機能への効果を示した。

短期集中リハビリテーションは、リハビリテーションとしていわゆる混合型で総合リハビリテーションといえるものであり、種々のデータは単一のものではない。そこでどのリハビリテーションが主として効果があったのか、わかりにくい面がある。また各施設においてリハビリテーションメニューは様々であり、リハビリテーションスタッフの技量も様々である。そのためこれらの課題は検討会、研修会を通じて解消していく必要があるだろう。さらに認知症の予防には運動に効果が示されているが、ほかにも表2に示すような認知機能訓練の効果を示すメニューが存在する。今後はこれらのリハビリメニューの効果の検証が必要である。短期集中リハビリテーションにおいても、効果的な有酸素運動をメニューにどう取り入れるかは重要な課題である。

運動の効果

加齢は、認知機能低下の主要な危険因子である。さらに運動不足も認知機能低下の危険因子とされている。一方、以前から運動や活発な身体活動が認知機能低下の予防となる可能性が数多く報告されている¹⁾。すなわちLaurinらは、認知症を発症していない高齢者4,615名を対象

表1 短期集中リハビリテーションの研究対象者

認知症に対するリハビリテーションについて

- 2006年4月の介護保険法改正により、介護老人保健施設において軽度の認知症に対する「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が創設。
- 短期集中リハビリテーションの効果について、全国老人保健施設協会が研究を実施。

【対象者について】

【対象者】介護老人保健施設入所者であって、MMSE または HDS-R*においておおむね 15~25 点に相当する者
 【提供者】精神科医、神経内科医または専門的な研修を終了した医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
 【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練などを組み合わせたプログラムを、利用者に対して個別に 20 分以上、週3回提供した場合に算定可
 ※MMSE(Mini Mental State Examination), HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール): 認知機能を評価するテストの一種

【対象者の背景について①】

	対象群	認知症リハビリテーション実施群	有意差	
人数	63名	203名		
年齢	86.1±8.05	84.56±7.27		
性別	男性: 24名, 女性: 39名	男性 60名, 女性: 142名	ns(χ ² 検定)	
要介護度	1	13名	45名	
	2	17名	41名	
	3	22名	77名	ns(χ ² 検定)
	4	11名	25名	
	5	2名	10名	

資料提供: 杏林大学 鳥羽研二氏

HDSR について

・認知症リハビリテーションを行った群は有意に改善(1点増加)

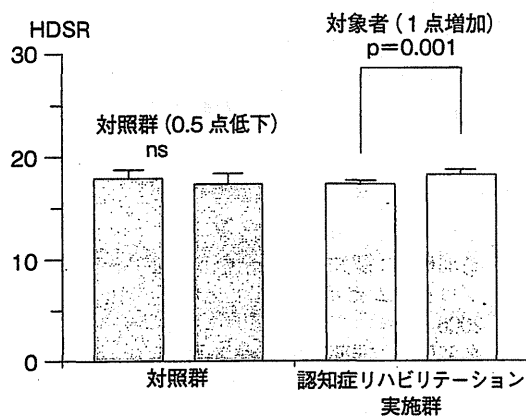


図2 認知症に対するリハビリテーションの効果

に、5年間フォローした研究結果を報告している。すなわち「カナダにおける健康と加齢に関する前向き調査」の中で、定期的な運動がアルツハイマー病の発症を抑制すると報告している。運動の強度、頻度に関しては、週3回以上の頻度で歩行より強い運動を行う群を高運動量群、歩行程度の運動を週3回以上行う群を中運動量群、これら以外を低運動量群に分類して比較した。その結果、軽度認知障害(MCI)発症率、アルツハイマー病発症率、全認知症発症率のいずれにおいても、高運動量群は低運動量群よりも有意にリスクが低かったと報告している³⁾。

認知症患者を対象とした運動に関する研究はまだ少ないが、近年、アルツハイマー型認知症の患者とその介護者の双方に、家庭で行える運

表2 認知機能訓練の効果

有効性が確立しているもの	効果	効果度ランク
1. 介護者の教育	在宅復帰, 入所減少	A
2. 行動障害に対する介護者の対応	BPSD, うつ	A
3. 運動療法	認知機能低下	A
4. 記憶訓練	BPSD, うつ	B
有効な可能性があるもの		
1. 現実見当識訓練	記憶力, 在宅復帰	D
2. 回想法	抑うつ	

動プログラムを指導し、健康状態や心理面への影響を調査した報告がされている。対象は、55～93歳の153人のアルツハイマー型認知症患者で、認知機能は中等度以上に障害されていた(平均罹病期間は4.3年、MMSE 16.8±7.1)。患者とその介護者に、有酸素運動、ストレッチ、バランス、柔軟性トレーニングを組み合わせた総合的な運動プログラムと問題行動の管理を指導して、健康状態やうつ状態を調査したところ、指導を行った群において身体面、心理面ともによい状態が保たれていることがわかった。また脱落した被検者の理由として、対照群では患者自身の問題行動が第1であったのに対し、運動指導群では介護者側の健康問題によるものであった⁴⁾。

認知症予防

これまでのリスクファクターに関する研究、疫学調査に関する研究、基礎的研究などを総合して判断すると、認知症の予防はある程度可能であろう。すなわち認知症予防の可能性のある第一は運動である。また生活習慣病の予防は脳血管障害の予防につながり、アルツハイマー型認知症のリスクを低減する可能性がある。

これまでも、抗酸化作用のある野菜や果物の認知機能に対する効果は知られているが、さらに赤ワインは認知機能の低下に効果がある可能性があり、様々のデータで赤ワインは認知機能低下に対して抑制的に働くことが知られている。ナンスタディによれば、病理解剖にてアルツ

ハイマー型認知症の病変があつたにもかかわらず、約8%が認知症を発病していなかったこと、さらに脳血管障害があるとアルツハイマー型認知症のリスクが高まっていたことがわかった。さらに高血圧症や糖尿病があると、認知症の発症のリスクが高まることもわかってきた。こうした研究の積み重ねがエビデンスにつながると思われる。

おわりに

様々な疫学調査によっては、運動がいつも認知症の発症率を抑制するものばかりではない。これらの違いは、対象者の背景や素因、行われた運動様式や強度、頻度、持続時間など、調査方法の問題によると考えられる。また運動と知的活動の組合せがよいとの報告も存在するが、いずれにしても運動による認知症予防の可能性は強く示唆されており、現在、国立長寿医療研究センターにおいても二重盲検試験による運動の認知機能への効果を調査している。これらの成果を待つとして、有酸素運動の効果が期待できる。

文 献

- 1) 鳥羽研二: 認知症短期集中リハビリテーションプログラムガイド, リベルタス・クレオ, 東京, 2006.
- 2) 鳥羽研二: 非薬物性治療を含む認知症の治療について. 老健 8: 20-23, 2006.
- 3) Laurin D et al: Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly

persons. Arch Neurol 58 : 498-504, 2001.
4) Teri L et al : Exercise plus behavioral manage-

ment in patients with Alzheimer disease.
JAMA 290 : 2015-2022, 2003.

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部

特集 認知症医療の実際

ケアプランとアセスメント*

● 遠藤英俊** / 佐竹昭介** / 三浦久幸**

Key Words : nursing-care insurance, care plan, assessment

はじめに

2000年に介護保険制度の柱としてケアマネジメントが導入された。ケアマネジメントとはなんらかの障害を持つ人に適正にサービスを提供する方法であり、アセスメントとケアプランからなる。認知症の個々の疾患に合わせたアセスメントとケアプランが必要となる。その際には認知症の知識と対応が重要である。さらに、ステージや症状に合わせたケアも必要である。それぞれの病気によっても治療も異なるが、症状の個性が高く、ケアも異なる。認知症のケアアセスメントとケアプランについて総括する。

ケアアセスメント

ケアアセスメントとは、ケアを目的に、障害のある人をさまざまな観点から評価する方法である。認知症介護の現場では診断のアセスメントを別にすれば、ケアアセスメントのことをいい、ADL、周辺症状や行動・心理症状(behavioral and psychological symptom of dementia ; BPSD)の評価、介護者の評価が必要であり、介護計画に利用されるものが求められている。認知症のアセスメントの一覧を表1に示す。アセスメン

トは大きく分けると診断、重症度別、行動・心理症状、ケア、介護者に分けられる。チェックリスト式、記述式、インタビュー式などに分けられるが、使用目的により大きく異なる。一般にアセスメントという場合には簡単なチェックリストによるものが望ましく、多職種が理解でき、会議などで共通に利用できるものが望ましい。このアセスメントにより短時間に全体像が理解でき、介護計画などのそれぞれの目的に利用できるものが望ましい。

認知症ケアのアセスメント

認知症性高齢者を理解するためには認知症性高齢者のためのアセスメントが必要である^{1)~3)}。認知機能、認知症の程度、BPSD・精神症状、身体機能、介護者評価、リハビリテーションの効果判定を定期的に行うことが重要である。目的は介護の標準化、ケアプランへの情報・参考、介護の内容、認知症性高齢者への理解、音楽療法などの効果をみるために用いることができる。ただ、目的によりアセスメントはさらに詳細になり、専門化する傾向にある。現在日本ではMDSをはじめ多くのケアプランが利用されているが、認知症に特化したアセスメントとしては(センター方式)がある。アセスメントは一般にだれでもできるように、簡単な方がよいし、短時間でできる方がよい。しかし、度を過ぎて項目が少なす

* Care plan and assessment for dementia.

** Hidetoshi ENDO, M.D., Shosuke SATAKE, M.D. & Hisayuki MIURA, M.D.: 国立長寿医療研究センター内科総合診療部(☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35); Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi 474-8511, Japan.

表1 認知症のタイプと基本のケア

疾患	特徴	検査	ケアプラン
アルツハイマー病	物忘れ, エピソード記憶の障害, 取り繕い反応	CT, MRI, SPECT	薬物療法 パーソンセンタードケアの提供
血管性認知症	まだら認知症, 感情失禁	CT, MRI	薬物による二次予防
レビー小体病	物忘れ, 幻視, パーキンソン症状	CT, MRI, SPECT, 心筋シンチ	薬物療法 転倒アセスメントと予防
前頭側頭型認知症	人格変化, 常同行動, 判断力の低下	CT, MRI, SPECT	条件化療法

ぎると内容が十分に反映されなくなる。そこで適切な長さで、適切な内容を持つスケールが望ましい。つまり、スケールによって限界があり、1つで足りるものでもない。目的に合わせた選択が必要である。また、スケールの組み合わせが重要であろう。スケールは信頼性と、妥当性の証明されたものを用いる方が望ましい。また、新しいものを用いる場合にはこれまでのアセスメントと相関をみておく必要がある。

介護保険導入前の措置制度に基づくケアにおいてはしばしば、入所時の判断が市町村職員の観察評価によってなされ、認知症の有無が安易に判断されていた傾向があった。介護保険制度では要介護認定によって比較的かつ客観的になされ、主治医意見書により認知症の診断もなされることになる。さらに、個人のプライバシーが守られる配慮がなされ、関係職種に伝達、公表する際には本人の同意を得ることが必要である。

対象者の個別性に着目したケアの実践とは

個別ケアを適正に提供するために、アセスメントを適正に実施する必要がある。認知症特有の症状に対して、尊厳を持って個別的なケアや対応を行う必要がある。スケールは共通の言語として統一的なスケールと目的による各論的なスケールがある。そうした使用上の目的に沿って、スケールを適正に選択するとよい。実践現場で活かすためには各職種がそれぞれのスケールを用いて評価、それをカンファレンスで情報交換、意思統一を図ることでスケールを適正に利用することができる。センター方式とは認知症があっても、最期まで、その人の尊厳と利用

者本位の暮らしの継続を支援するための新しい認知症ケアを行うことであり、ケア関係者が共働して実践していくことを推進するための統一的なケアマネジメント方法である。

認知症のケアプラン

認知症のケアプランは精密なアセスメントにより行われる。必要なデイサービスやショートステイの提供など、在宅の介護サービスを中心に提供される。また、介護施設においても施設ケアプランは個々のケースに応じて立案される。さらに、認知症といってもさまざまな病気があり、そのタイプを知ることがケアのスタートとなる。病気のタイプの特徴を知ることが重要であり、疾患別ケアといわれる。今回は主な4つの認知症について、その特徴と症状について、ケアプランとの関係で説明する。

アルツハイマー病は物忘れを主症状とする緩徐進行性の変性疾患である。また、見当識障害や実行機能障害などの認知機能障害を伴う。これらを総称して中核症状と呼ぶ。併発してさまざまな精神症状あるいは行動障害がみられ、BPSDと呼ばれる。

血管性認知症は脳梗塞や脳出血を既往として、認知機能の低下を認める。階段状に進行することがある。環境やケアの変化を少なくさせるような病状の悪化をさせないようなケアが必要となる。また、病気の進行を防ぐ必要があり、血圧のコントロールのほか、薬剤による悪化予防の対応が必要である。

レビー小体病は物忘れと幻視が特徴であり、ほかに妄想やパーキンソン症状も伴うこともある。認知機能や症状に変動があるのが特徴であ

る。また、REM睡眠の異常をきたすこともある。意識消失発作や抗精神病薬に過敏を示すことがあり、転倒に注意する必要がある。不安や誤認に起因する妄想などの症状の悪化をきたさないようなケアが必要である。この病気は適切な診断と治療が必要である。

前頭側頭型認知症は判断力低下、反社会的行為がみられ、有効な薬物がなく、ワンパターンの行動をとりやすい、この常同行動をケアに利用したパターン化した対応の有効性が報告されている。こうしたエビデンスに基づきケアプランに活かすことができる。

上記の4つの認知症以外にも、多くの認知症を示す疾患がある。なかには治療可能な認知症もある。正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫がそれである。早期の診断と対応が重要である。

認知症のケアの第一原則は「尊厳あるケア」につきる。しかしながら、認知症のケアにおいてコミュニケーションが困難な場合が多く、認知症のケアには特別な知識と技術が必要である。介護職は常に認知症のケアのあり方について考える必要がある。

また、認知症ケアの重要な理念は「パーソンセンタードケア」である。その人を中心にしたケアであり、認知症の人に合わせた個別ケアが求められる。疾患別ケアを行うことを前提として、症状に合わせたケアが求められる。その結果として認知症の人が安心して暮らせる環境を整備し、ケアを提供することである。そのためには環境の整備、薬の検討、良いケアサービスの提供が欠かせない。

最近ではさらに認知症のBPSDはケアによって治療ができる可能である場合が多いといわれている。また、良い環境や良いケアによってBPSDは予防できるともいわれている。それは観察と予測による認知症のケアである。BPSDへの対応が良いケアに求められる。そのためには認知症の人を理解し、センター方式を用いるなどしてアセスメントする必要がある。そのBPSDをきたしている原因を探り、対応することでその負担を軽減することができる。

考 察

認知症とケアプランにおいて、検索を行うとさまざまな報告がある。たとえば、Brodatyらによる報告⁴⁾とOpieらによる報告⁵⁾、Edbergらによる報告⁶⁾がアセスメントおよびケアプランが認知症性高齢者に与える影響について調査したものであった。Brodatyらは、86名のナーシングホームに居住中の認知症性高齢者を対象として、ケースマネジメントを行う群、他職種のチームによる老年精神学的カンファランスを行う群、通常のケアを行う群(コントロール)に分け、Even Briefer Assessment Scale, Hamilton Rating Scale, Cornell Scale, Geriatric Depression Scale, Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, Neuropsychiatric Inventory, Scale for the Assessment of Positive Symptomsを用いてBPSD、うつなどの精神症状の変化を評価した。この結果によるといずれの群においても初期評価時から12週後の介入後評価時にはうつなど精神症状は改善していたが、3群間の差はみられなかった。

またOpieらは、重度の行動障害を持つ99名のナーシングホーム居住者を対象として、心理・社会的対応、看護的アプローチ、向精神薬、疼痛管理を含む多職種のチームによる包括した介入を加え、行動障害の程度の変化を調査した。この介入により、落ち着きのなさ($F=25.4, p<0.0005$)、暴力行為($F=7.54, p<0.01$)、暴言($F=17.13, p<0.0005$)、不適切な行動($F=7.85, p<0.001$)、行動障害全体($F=33.14, p<0.0005$)が有意に改善したことが報告されている。

さらにEdbergらは、22名のナーシングホームに居住する認知症患者を対象として、介入群(experimental ward; EW)と非介入群(control ward; CW)に分け、Demanding Behaviour Assessment ScaleとMulti Dimensional Dementia Assessmentを用いてBPSDの変化について調査している。介入には患者の背景情報と看護診断を行うこと、定期的な総合的臨床評価(CGA)を全スタッフで行うこととした。背景情報は高齢者の生い立ちや若い頃・年をとってからの生活について、病気を罹患する前、経過中および現在

の生活についての情報を収集し、看護診断には CarnevaliとThomas(1993)による方法を用いられた。総合的臨床評価は看護スタッフの感情と看護・患者関係、患者が置かれている現在の状況についての解釈を中心に話し合われた。介入群では自室から離れたり、スタッフの注意を引こうとする患者は減少し、非介入群では協力して作業する能力は減少し周囲への攻撃的言動は増加した。また群間の比較では、非介入群で悲しがる様子が有意に増加し($p=0.030$)、協力して作業する能力が減少した($p=0.040$)。

こうした多職種で、または看護においてアセスメントを加え、カンファレンスを行うことはさまざまなケアの工夫を生み出す素地になっている。たとえばCambergらは、認知症性高齢患者に関する嗜好や生活歴などの情報を集め、高齢患者が最も好む5つの記憶に関するオーディオテープを個別に作り、これを聞かせることによって認知症性高齢患者の幸福感を向上し、BPSDが改善したことを報告している⁷⁾。

おわりに

高齢者ケアのアセスメントとプランの重要性について、現状と課題について概説した。さらに、高齢者のアセスメントおよびケアプランに関する文献をレビューしたところ、いくつかの報告でアセスメントおよびケアプランが臨床的な効果をあげていることが確認された。しかし、これらのツールに関する実証的研究はまだ少な

く、今後の報告が切望されている。

文 献

- 1) 全国老人保健施設協会・編. 全老健版Ver.2包括的自立支援プログラム. 東京:厚生科学研究所;2001.
- 2) 財団法人日本訪問看護振興財団. 日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン;成人・高齢者用. 東京:健康保険組合連合会, 日本看護協会出版会;1996.
- 3) 白澤政和. ケースマネージメントの理論と実際. 東京:中央法規出版;1995.
- 4) Brodaty H, Draper BM, Millar J, et al. Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 63-72.
- 5) Opie J, Doyle C, O'Connor DW. Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 6-13.
- 6) Edberg A, Hallberg IR. Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 271-85.
- 7) Camberg L, Woods P, Ooi WL, et al. Evaluation of Simulated Presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 446-52.

* * *

回想法による BPSD への影響



えんどうひでとし
遠藤英俊

独立行政法人国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

【略歴】 1982年：滋賀医科大学卒業、87年：名古屋大学医学部大学院修了、90年：米国国立老化研究所客員研究員、93年：国立療養所中部病院内科医長、2004年：国立長寿医療センター包括診療部長、10年より現職

【専門分野】 老年医学。医学博士

三浦久幸、田代真耶子

国立長寿医療研究センター内科総合診療部

はじめに

認知症に対する回想法の効果は一般には知られているが、エビデンスレベルとしては現在のところいまだ十分でないとされている。本項ではこれらの回想法の現状を理解して、認知症の進展予防、認知症の非薬物療法について総括する。認知症の非薬物療法として、音楽療法、現実見当識訓練、動物介在療法、人形療法や化粧療法などさまざまな取り組みがある。しかし、少なくとも非薬物療法の原則は楽しくあり、継続ができることである。いわゆる脳への快刺激となるものがよいと考えられる。

認知症のBPSD（周辺症状）

認知症のBPSDとは図に示したように、記憶障害や見当識障害に基づく不安や混乱から生じるさまざまな生活不適応な症状のことをいう。

BPSDとは、記憶障害に伴う、認知症に特有な行動・心理症状のことを言う。具体的には徘徊、妄想、不安、興奮、攻撃などのことである。こうした症状によって、家族の精神的介護負担が大きくなる。また、時に物やお金をしまい忘れ、一日中探される方がいる。そのうちに大事なものを取られたというようになることがある。たいていはお嫁さんなどの特定の家族が持って行ったと言う場合が多いようである。これを被害妄想という。

これらの症状は人によって出方が違い、症状も出る人と出ない人がいる。盗られたという物はよく探すなどで

くる場合が多いが、一緒に探ることが大事である。これも訂正はなかなか困難である。こうした場合には、本人が納得するような対応を行うようにする。それでも妄想が継続する場合には、漢方薬や抗精神病薬を少量使用する場合もある。ただ、こうした症状も長くは続かない場合もあるので、周りがあわてずに落ち着いた対応をすることがよい。すなわち、症状を把握し、その原因を考えてみることで、否定をしないことが重要である。

最近ではこのBSPDは薬物療法のみならず、よい環境やケアによって治療が可能であると考えられるようになってきている。またその予兆を捉え、よい対応やケアによってBPSDの予防も可能であると考えられている。

回想法について

アメリカの老年精神医学者であるバトラー教授は、高齢者にとって回想することは価値があり、必要なものであると初めて述べた。彼の理論は、高齢者においても成長を認めるというエリクソンの発達の理論に基づいている。回想により、過去の経験を再評価し、成功、失敗といった経験をすべて見渡せ、成功したという人生観によって、人生が価値あるものと捉えられ、過去の執着や失敗から立ち直らせ、自我の統合と絶望と葛藤の解決が得られる可能性がある。バトラーは、高齢者には、自我の統合に達するために、熟練した療法士やグループの援助が必要なことがあると述べている。

バトラー以来、回想に関してさまざまな理論が出てき

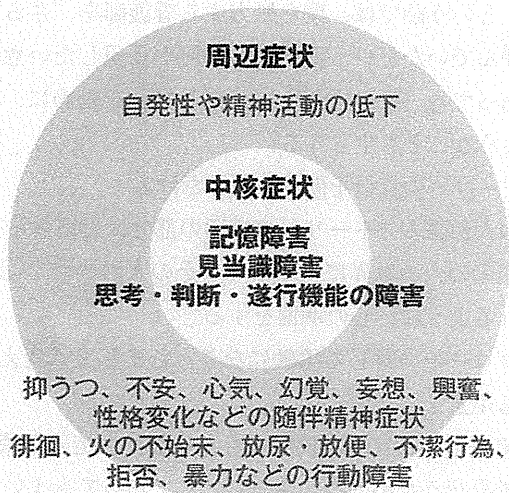


図1 認知症におけるBPSDとは

ているが、まだはっきりしないことも多い。しかし、バトラーの言う「人生を振り返る回想」に加えて、楽しみや情報を共有する「単純な回想」も高齢者には重要である。回想の中で承認し、統合し、方向付け、結びつけることにより、高齢者の生活は再統合される。高齢者は、回想により自分の存在を確認し、時間の概念を正し、若い世代を導く責任を果たし、周囲との関係を理解することが可能である。回想の効果についての研究成果は十分ではないが、最近の回想に関する文献は、回想の治療的効果、用いる回想の種類、対象の性格、回想が有効な環境についてまで踏み込んでいるものがある。有効性をさらに証明できる再現性のある研究が待ち望まれている。

回想法には、大きく分けて集団回想法、個人回想法があるが、われわれはいつでもどこでも回想法が可能となるように、テレビ回想法やパソコン回想法という新しい分野とソフトを開発した。また最近では、バーチャル回想法も完成させ、検証している。図1に示したように、地域で回想法を3年間継続したグループは認知機能が有意に改善し、継続しなかったグループは認知機能が悪化していた。こうした研究成果は少しずつ報告されている。

認知症の人と行う回想法

回想法は多くの人が定義をほどこしているが、基本的には過去を振り返るプロセスである。その過去とは、一つの記憶、あるいは一連の記憶の集まりから成り立っている（ギブソン、1998年）。

回想法は、最初に1960年代にロバート・バトラーが「ライフレビュー」として紹介した（バトラー、1995年）。

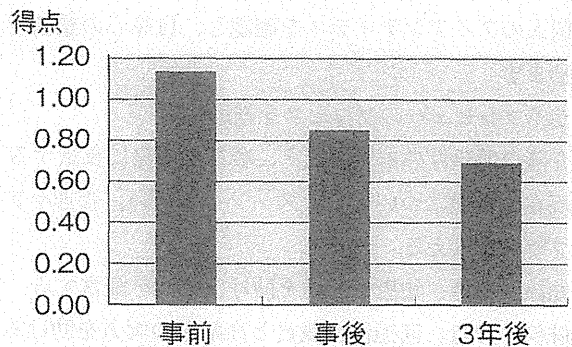


図2 認知機能に対する回想法の長期効果（認知機能（SKT-T）総得点推移）

バトラーはライフレビューを、死に向かっていることに気づくことで得られるごく自然な振り返りのプロセスだと見なした。それは、ノスタルジアや、軽い後悔、そして語り（ストーリーテリング）として現れる。そのような後悔の念から不安やうつ、絶望が生じることもあるが、ライフレビューでは、自分の人生の物語を語る人が自分の人生の意味と目的を深く理解できるように補佐する。これによって、ある種のBPSDは軽減もしくは消失することが可能であると考えられている。

また一方、ライフレビューでは、その人が成しとげた業績を振り返り、過去の間違いを正し、敵と和解し、死ぬ準備をする機会を与える（バトラー、1995年）。しかしバトラーは、ライフレビューを行うことがいつでも勧められているわけではないと感じた。昔を懐かしむノスタルジックな感情を持つことは「過去に生きていること、自分のことばかり考えていること」なのだ、高齢者は教えられてきたからである（バトラー、1995年、xvii）。バトラーはこのような態度に反対し、ライフレビューは自然な癒しのプロセスの一部と見なされるべきだと主張した。最近では、家族史や郷土史、口述歴史を創り、維持するという考え方が多くなったため、回想は否定的ではなくむしろ肯定的な活動として見られるようになり、教育的、社会的、レクリエーション的、セラピー的な価値のある活動として認識されている（ギブソン、1998年）。

フェイス・ギブソンは、高齢者に対して回想法を使う価値とその実用性について幅広く書いている（2004年）。彼女は、過去30年にわたってライフストーリーと回想のすべての要素を実践し、多くの高齢者の生活の質を向上させてきました。ギブソンは回想法の利点について次のように主張している。

- ・一貫性及び継続性の感覚を促す
- ・社会性を促し、新しい関係性を開く

- 個人のアイデンティティを確認し、自尊心の感情を励ます
 - ライフレビューのプロセスを補助する
 - 介護の関係性の本質を変え、職員の開発に貢献する
 - 現在の機能についてアセスメントを行い、管理ケアプランを伝える
 - 知識、価値、知恵の伝達を助け、それを証言する
- 興味深いのは、回想法は職員と高齢者の両方を助けることができるとしている点である。

さらにわれわれは、オーストラリアのエリザベス博士らが開発したスピリチュアル回想法について実践と研究を開始した。スピリチュアル回想法のプロジェクトでは、回想は確かに高齢者介護施設で関係性がつくれるように促し、高齢者の心理的な側面を支援することがわかった。また回想によって引き出されたストーリーは、介護する人と入所者の介護の関係を広げ、お互いの理解を深めた。入所者を個人として知るようになると、入所者に対する見方とケアの提供のしかたが変わる。介護する人の目から見た入所者のそのようなアイデンティティについて、クリスプ（2000年）はとても重要であると説いているが、ストーリーはそれを入所者に授ける助けとなったのである。

ギブソンは、認知症の高齢者と回想法を行う際の一般的な手引きを示した（2004年）。この手引きは、スピリチュアル回想法のグループをつくる場合も同じように重要になる。

- 一貫したアプローチを保ち、時間をかけて信頼を築く
- お互いの喜びと楽しみを強調する
- スピードを落とし、（高齢者が）答えを出して伝えるための時間をとる
- こちらがイニシアチブをとって、手を差し伸べ、つながりをつくり、維持する
- 気分、活気、興味の変化を読みとり、対応する
- きっかけづくりを活用するなら、その人の経験と過去に興味があったことに合わせる
- 非言語による活動を強調する
- ストーリーは疑うよりもまず信じ、自分の判断を保留する
- 象徴的な会話を読み解く努力をする（意味がすぐにわからない言葉を使うことがあっても、それが話し手にとって何かを象徴している場合がある。キリックによれば、ある認知症の人が語った『さるのパス

ル』という詩では、薬を処方する看護師を“さる”と呼んでいたという例がある。何か表現したい意味があっても、その言葉を忘れてしまったために、このようなことも生じうる）

- ストーリーの真偽を問うことはさける
- その人が語るストーリーの感情の部分に対応する
- 認知症の人の世界に入りこみ、その人の経験を認められるように、心の準備をする
- アプローチに対して柔軟になり、さまざまに変えられる用意をしておく
- 回想法をそれ自体で使ってもよいが、創造的な芸術活動を行うためのパスポートとして使ってもよい
- つねに同意を求め、敬意を表すこと

（ギブソン、2004年、p.247）

回想法のBPSDに対する効果

認知症の非薬物療法には病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容についてはそれぞれの施設により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではないが、認知症患者の表情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。回想法により、BPSDが軽減し、QOLの改善する可能性があるということである。回想法では本人の話を聞き、本人の存在を認めるという過程がある。この結果が心理療法としての回想法の効果が期待できる点である。具体的には、集中力が乏しく、徘徊や多動のある認知症の方が、本人にとって興味のある回想法に参加した場合に最後まで集中力が途切れず、会話に参加し、活動性や社会性を取り戻したケースも経験した。

基本的には認知機能そのものは改善することは困難であるが、BPSDの改善が見られたり、認知機能の維持ができることにより、認知症の悪化が防止できるかどうか大きな課題となっており、認知症の進展予防はある程度可能ではないかと研究者の間でも考えられている。少なくとも認知症に対するリハビリを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。

黒川らによれば、MOSESスケールを用いた認知症に対する回想法について、認知機能の改善はみられなかったが、精神症状のうち抑うつ感において有意な効果を認めた（表）。他にも、意欲の向上やQOLの向上への効果が報告されている。すなわち、認知症の回想法は、まず

精神的な安定、不安の解消などがあり、二次的にBPSDの改善が図られることになる。BPSDはよいケアによっても軽減される。すなわち、ケアは治療手段の一つであり、回想法も非薬物療法でもあり、ケアの一つといえる。また、北名古屋市の報告においても、参加意欲、満足度において有意な変化が観察されている(図4)。

スピリチュアル回想法の効果

認知症の高齢者のケアの日常は、身体的なケアの処理に落ち込んでしまいがちなことがよくあり、心理社会的

なケアやスピリチュアルケアが犠牲になりかねない。確かに職員の人手が足りないのに高いレベルのケアが必要な高齢者がいる忙しい状況では、物理的なニーズが優先され、その部分に最初に対応する。そのうえでまだ時間があれば、ほかの部分のケアに当てることもできるのであろう。しかしながら、ホリスティックなケアを行わなければならないと思うならば、高齢者の身体的、社会的、心理的、そしてスピリチュアルなニーズに気づかなければならない。スピリチュアルなニーズはほかのニーズと同じぐらい重要なものである。ある高齢者ケアの責

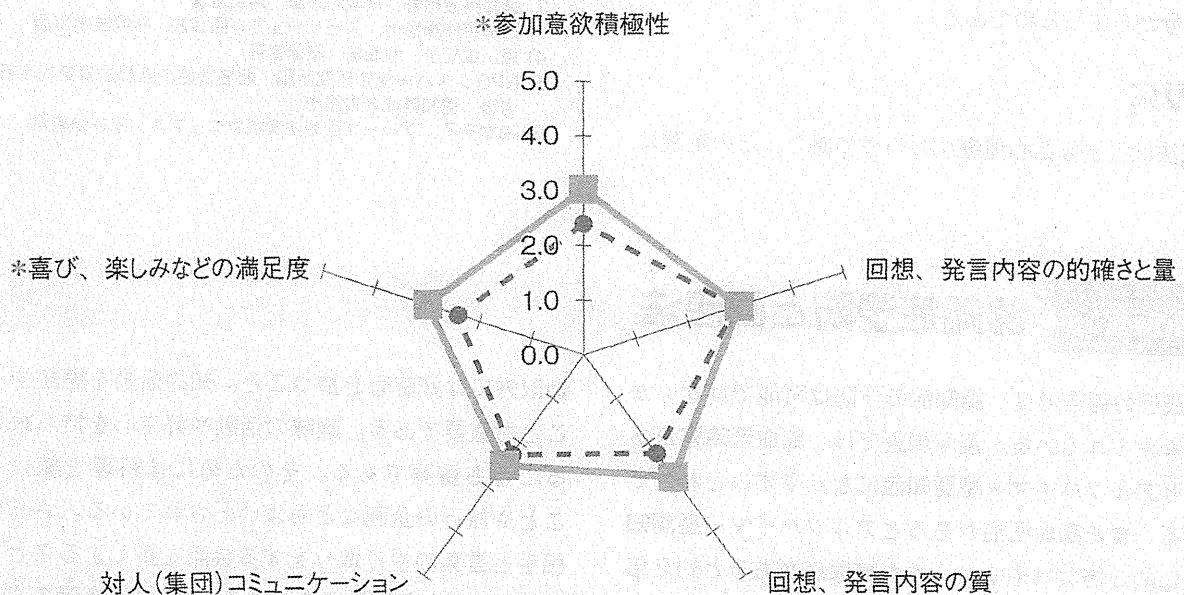


図3 回想法モデル事業によるセッション評価(北名古屋市による)

表 認知症の重症度別MOSESスケール下位領域別結果(黒川による)

	グループ施行前MEAN(SD)	グループ施行後MEAN(SD)	サインランク検定
軽症群 (N = 21)			
セルケア	13.7 (5.9)	13.8 (5.8)	n. s.
見当識	15.0 (6.3)	14.5 (6.4)	n. s.
抑うつ感	11.1 (3.9)	9.5 (2.3)	Sgn Rank = 34 p = 0.0137
いらいら感・怒り	11.5 (4.7)	11.0 (2.8)	n. s.
引きこもり	15.9 (6.3)	15.2 (6.1)	n. s.
重症群 (N = 19)			
セルケア	14.6 (6.4)	14.7 (6.4)	n. s.
見当識	22.1 (5.5)	21.7 (5.0)	n. s.
抑うつ感	12.7 (5.7)	11.7 (4.4)	n. s.
いらいら感・怒り	11.1 (2.1)	10.7 (2.5)	n. s.
引きこもり	17.3 (3.9)	18.3 (4.4)	n. s.

任者は、自分の仕事の4分の3は嘆き、罪悪感、怖れに
関することである、と言ったほどである。これらは明らか
にスピリチュアルな領域の問題である。

スピリチュアルケアを行うことは、スピリチュアリテ
ィという概念——つまり中核となる意味、一番深い人生
の意味と関係性——に入り込むことになる。スピリチュ
アリティというものを、神や崇高な存在との関係性で表
現する高齢者もいるであろうし、自然や環境、家族、友
達などを通して表現する高齢者もいるであろう。スピリ
チュアリティとは、私たちという存在の一番中心にある
肝心な部分で、私たちはそこから人生のすべてに反応、
対応していく。怒り、憎しみ、愛、許し、希望は、この
核の部分から生じるのである。

おわりに

回想法はもともと心理療法の一つであり、その実践に

おいて、さまざまな効果が報告されている。精神的に、
心理的におちつきを取り戻し、認知症になっても精神的
な安定を得ることができる一つの方法である。さらにデ
ータを積み重ねてBPSDに対する効果も根拠をもって示
せるようになることを期待している。

【文献】

- 1) 加藤貴久美、小東和史、篠原弥生、中山朝子、安田壽賀子、認
知症患者に対するグループ回想法の効果—BPSDの変化に着目
して—、日本看護学会抄録集精神看護40, p140, 2009
- 2) 遠藤英俊編著、地域回想法、河出書房
- 3) 遠藤英俊編集他、スピリチュアル回想法、新興医学出版
- 4) 黒川由紀子、回想法、誠信書房
- 5) NPOシルバー総合研究所編、北名古屋市回想法事業総合評価報
告書、愛知県北名古屋市
- 6) 梅本充子、グループ回想法実践マニュアル、すびか書房

Column

認知症予防と回想法

最近の報告では、認知症の予防は可能ではないか
と考えられている。疫学調査では、脳血管障害があ
るとアルツハイマー型認知症になりやすいとわれて
いる。また高血圧症があるとアルツハイマー型認知
症に約3倍なりやすい、また糖尿病があると約2倍
アルツハイマー型認知症になりやすいという報告も
ある。つまり、今やアルツハイマー型認知症は生活
習慣病の一つと考えることができる。若い時からこ
うした病気の治療や予防がアルツハイマー型認知症
の予防につながる可能性がある。

また、運動は認知機能の低下を軽減する可能性が
ある。なかでも有酸素運動がよいとされている。具
体的には一日30分以上歩くことが目安である。運

動以外には好奇心を持つこと、知的活動を継続する
ことも重要である。趣味の活動や好奇心を持ち続け
ることも重要である。そのためには料理を続ける
ことや旅行の企画などもよいとされている。さらに、
相手と言葉のやり取りをする会話を多くすることも
必要である。会話量を多くするためには、会話のき
っかけを誘導しやすい回想法が推奨される。そして仲
間づくり、社会との交流、世代間交流、BPSDの軽減、
生きがいの維持などに有用と考えられる。また認知
機能低下の予防には野菜・果物の摂取の重要性もい
うまでもない。他には少量の赤ワインも推奨されて
いる。赤ワインの成分のうちレスベラトロールの摂
取がよいのではないかと報告されている。

総 説

後期高齢者医療と老年医学

遠藤 英俊

要 約 後期高齢者医療制度は平成20年4月に創設されたが、制度上の問題が数多く存在し、初期から見直しの議論がされており、しかしながら本制度は保険制度としては非常によくできており、老年医学の観点からは高く評価できる。本稿では後期高齢者医療制度の現状と課題を整理し、高齢者医療の要点についても記述した。特に高齢者総合機能評価の意義と退院カンファレンスの重要性を踏まえて、今後地域において医療福祉連携が求められており、高齢者医療におけるシームレスケアの重要性を強調した。また老年医学における、高齢者担当医の役割や制度上の意義について論述した。さらに今後の制度改革を念頭に、高齢者医療のさらなる質の向上にむけて、ワークショップ研修をはじめ様々な医師への研修の充実を提言した。超高齢社会を支えるにあたり、老年医学の存在なくして高齢者医療の充実ははかれない。この点をふまえてよりよい地域医療制度への改革と今後の老年医学の発展を期待したい。

Key words : 後期高齢者医療制度, 老年医学, 総合機能評価, 高齢者担当医

(日老医誌 2010; 47: 95-100)

はじめに

後期高齢者医療制度は超高齢社会における新しい社会保障の一つの方策として、75歳以上の後期高齢者について、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年4月に独立した医療制度として創設された¹⁾²⁾。財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する仕組みとなっている。現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援となっている。またソフト面では診療報酬の加算で手当てされており、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系が構築された。しかしながら徴収方法の問題や、仕組み上の問題もあり、後期高齢者医療制度そのものに対する反対も根強く、見直し、廃止の議論がなされている。しかしながら一方で後期高齢者医療制度は老年医学の観点から重要な意義をもつ制度である。本制度の趣旨を踏まえ、地域医療保険に移行するとしても、高齢者医療において重要な医療体系は維持すべきである。

表1 制度の概要

- | | |
|----|--|
| 1. | 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する |
| 2. | 財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する |
| 3. | 現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援とする |
| 4. | 後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する |

後期高齢者医療(長寿医療制度)の概要

後期高齢者医療制度は財政的にも、適正な医療を安定的に提供するためにも、新しい医療体系を構築する目的で施行された。後期高齢者医療制度を考える上で保険料や保険証などの保険制度上の課題と、診療報酬上の改変と二つに分けて考えることができる。制度の概要を表1に示した。診療報酬上の変化については高齢者医療を考える上で重要なポイントが存在する。

在宅医療においては一定の包括払いを導入し、高齢者担当医制度が導入された。高齢者医療を考える上で75歳以上の高齢者が主治医(高齢者担当医)をもつことは自然なことであるし、在宅医療に対応するためにも有利である。検査や薬も一人の医師を中心に一元化し、お薬

表2 高齢者医療のポイント

1. 後期高齢者の生活を重視した医療
 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。
2. 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
 自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。
3. 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療
 いずれ誰もが迎える死を前に、安らかに充実した生活が送れるように、安心して命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

手帳を利用しつつ、重複投与を減らすなどして、多剤投与や重複投与による有害事象の予防を目的とした、専門的医療が必要な場合には、臓器別専門家を紹介することができる。高齢者を単なる疾患や臓器だけの診療に留まらず、総合評価をすることで、高齢者の生活機能を理解し、かつ全人的に、かつ包括的に診療することに意義がある。そしていわゆる「かかりつけ医」は高齢者担当医として通常の診察後に診療計画を立案し、診療日誌の作成を行うこととされている。

入院医療においても、また入院した際にも総合機能評価を行うことで、入院計画ならびに退院計画を立案し、退院前に病院の医師、在宅主治医、ケースワーカー、ケアマネジャー、訪問看護などが寄り集まり、カンファレンスを行うことでスムーズな退院支援、在宅移行が可能となる^{3)~5)}。

高齢者医療の考え方

後期高齢者は前期高齢者と異なり、複数の病気をもち多臓器障害をもつリスクが高くなる。当然後期高齢者の診療は成人や前期高齢者とは異なり、認知症などの老年症候群や虚弱高齢者の問題をふくめて、総合的に生活機能を評価し、高齢患者を総合的に診ることが求められる。さらにその人の最期を看取る医療である。すなわちその人の病気の治療に留まらず、その人の生活や医療への希望や死の迎え方を把握することが、患者からも求められている。つまり高齢者担当医により、地域で安心して診療をうけ、本人の意思や、本人の意思に基づく事前指定を踏まえて、医療を選択し継続的に診療を受けること(切れ目のない医療の実践)は高齢者にとり有益であり、現実的である⁶⁾。その際、医師は高齢者を総合的に診療することができるが条件である。そして緊急時は病院と連携し、緊急対応できることが望ましい。さらに入院時に高齢者総合機能評価を行い、退院支援計画を立案し、退院前に退院カンファレンスを行うことで、高齢患者に

対してチーム医療を行い、地域で診療を支える医療体制が可能となる。本制度は医師の説明に基づき、患者本人の選択による制度であり、よりインフォームドコンセントや事前指定の考え方になじむ制度となっており、高齢者医療の質の向上に寄与することは間違いない。本制度の医療ポイントを表2に示した。

高齢者医療の前提に在宅医療があることはいうまでもない⁸⁾。厚労省のアンケートで住み慣れた家で人生の最期を迎えたいと回答した人の割合が約6割を占めている。現実には病院などで亡くなる人の割合が8割を超えている。こうした背景の中で在宅療養支援診療所の体制が整備されつつあるが、いぜん十分機能していないことは明らかである。どこに在宅を支援してくれる医師がいるかも市民にはわからない。地域に根ざして必要な時に必要な医療を提供することが在宅医療であり、必要な医療を行い、不必要な医療を行わず、本人の意思に基づく全人的医療を行うことが本来の在宅医師の役割である。この趣旨はまさに高齢者担当医の方向と同じものである。

後期高齢者医療制度の具体的内容

本制度ではいわゆる主治医として、患者が高齢者担当医を一人選択する。すなわち高齢者担当医とは在宅を中心に、高齢患者の主治の医師となり、総合的に診る医師のことである。高齢者担当医は高齢者を普段からよく観察し、病状を把握し、その生活や考え方を理解した上で、問診や診療を行う。高齢患者に対し原則的に定期的に総合機能評価を行い、その後治療やリハビリなどの介入を行うことが重要である。またカンファレンスなどを通じて多職種と連携することが求められる。カンファレンスでは連携を重視し、情報交換と意思統一を行うことが可能である。歯科医師をはじめ、看護、介護、リハビリや薬剤師、栄養士などと連携をとることがよりよい医療の提供に欠かせない。病気だけでなく、生活や家庭や、本人の気持ちに寄り添うことが必要であり、医療の提供に

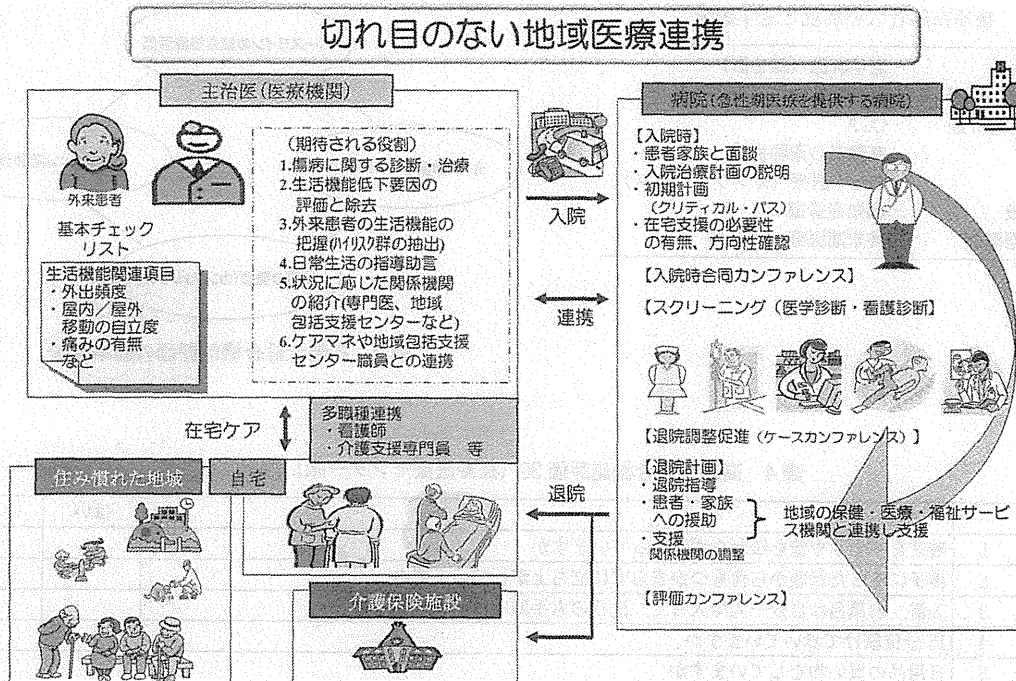


図1 切れ目のない地域医療連携

あたり、地域の資源を活用し、連携した上で生活に配慮した医療の提供が重要である。

後期高齢者医療制度では患者の意思により保険上の主治医を決めることになり、シームレスケアをキーワードに75歳以上では少なくとも一人の高齢者担当医を決めた時から終末期までを一人の主治医がその医療や介護の全般にわたり、責任をもつことが望ましい(図1)。高齢者は複数の病気をもつ、しかしながら専門医はこれまで臓器や疾病の診療を専門とし、高齢者の診療にはなじまない現実があった。その結果老年医学が必要とされた歴史があるし、真の在宅医師は専門医とは異なり、総合医として地域で活躍してきた。

認知症や多臓器障害をもつ高齢患者に定期的に総合評価を行い、薬の適正な処方と管理を行う⁹⁾。そのために年間の診療計画を立案する。こうした医療管理の延長上に在宅緩和ケアがある。

後期高齢者医療の対象疾患においては、定められた13の慢性疾患のうち1つを1人の患者の「主病」と決め、その「主病」の診療を行っている医療機関のみが算定できる「1患者1医療機関」のルールとなっている。対象疾患の内訳は糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜん息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎である。

診療計画は病気、病態や検査結果に基づき合理的に診療の手立てを計画したものである、当然逸脱はある可能性があるが、計画を立案し、患者の理解を得ることで、診療に対する信頼感や安心感が生まれる。年間計画を立案し、毎回の診療内容の報告も行う。

診療計画の立て方は検査や問診、さらに総合機能評価をもとに治療計画を立案する。またその際本人や家族の意向をきく、また病気の説明を十分に行う必要がある。

次に診療内容の要点を記載し、診療記録を本人に手渡すことで情報開示とインフォームドコンセントの徹底に有用となる。毎月血圧、体温、脈拍、検査、内服状況を示すことで診療内容に対する安心感も生まれる。毎回の診療において手間隙はかかるが、説明と同意が文書で正確に行われることとなる。患者にとりどんな診療をしてもらったのか文書でもらうことは大きな意義がある。

高齢患者が入院した場合には退院カンファレンスが重要である。情報の共有が重要である。高齢患者では入院して1週くらいで病状がある程度落ち着いた時点で総合機能評価を行うことが求められる。その結果をもとに治療方針の立案、退院計画の立案、カンファレンスの実施を行う。カンファレンスは短いほどよいが、必要な情報交換とチームの意思統一が必要である。カンファレンスの際に必要な情報はケースによっても異なるが、病名、症状、患者への説明内容、検査結果、薬剤、必要な処置、

表3 後期高齢者医療制度と老年医学

・高齢者担当医	・老年科医 (総合医)
・切れ目のない医療	・終末期まで
・高齢者の総合評価	・CGA
・薬歴管理	・高齢者の薬物療法
・診療計画	・チーム医療 (カンファレンス)
・認知症診療	・認知症診療
・在宅終末期医療	・終末期医療への関与

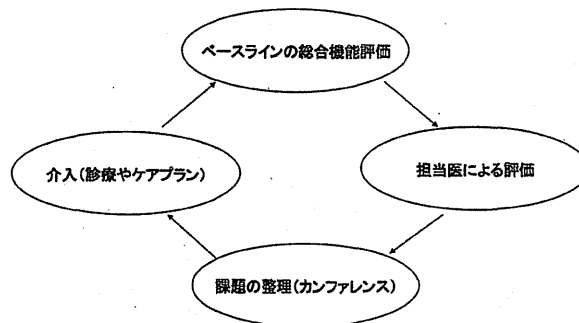


図2 高齢者総合機能評価の基本構造

表4 高齢者総合機能評価 36 (長寿医療センター版)

		はい	いいえ
基本的 ADL	1	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	
	2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	
	3	入浴, お風呂は自分一人で入って, 洗うのも手助けはいりませんか	
	4	15分位続けて歩いていますか	
IADL	5	日用品の買い物をしていますか	
	6	預貯金の出し入れをしていますか	
	7	自分で薬の管理はできますか	
	8	自分で電話番号を調べて, 電話をかけることをしていますか	
口腔	9	毎日, 自分で歯をみがいていますか	
閉じこもり	10	週に1回以上は外出していますか	
意欲	11	挨拶, 呼び掛けに対して, 返答ができますか	
睡眠・気分	12	夜, 睡眠は十分とれていますか	
満足感・QOL	13	自分は健康だと感じていますか	
	14	自分は幸せだと感じていますか	
栄養	15	身長 () cm, 体重 () kg, (BMI = ())	
	16	この6カ月間で, 2~3kgの体重減少がありましたか	
感覚器	17	新聞やテレビの画面が見えにくくなりましたか	
	18	人の話し声が聞こえにくくなりましたか	
	19	においがわかりにくくなりましたか	
排尿障害	20	尿を漏らすことがありますか	
摂食・嚥下	21	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	
	22	お茶や汁物等でむせることがありますか	
転倒	23	この1年間に転んだことがありますか	
	24	転倒に対する不安は大きいですか	
うつ・気分	25	自分が無力だと思いますか	
	26	いらいらしたり, 逆に落ち込んだりすることはよくありますか	
	27	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなりましたか	
認知機能	28	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	
	29	今日が何月何日かわからない時はありますか	
	30	自分の名前, 年齢, 出身地がいえませんか	
要療行動	31	4種類以上の薬を内服していますか	
	32	複数の診療科に受診していますか	
事前指定	33	自分が不治で回復不能の病気になった時, 自分の受ける医療についての希望はありますか	
介護環境	34	物忘れがあり日常生活に誰かの介護が必要となっていますか	
	35	もし介護が必要となった場合に誰か介護に専念できる介護者がいますか	
経済状況	36	自分の生活には困らない程度に経済的にゆとりはありますか	

表5 高齢者総合機能評価の完全版

機能評価 (ドメイン)	簡易版 CGA/CGS36 (スクリーニング目的)	完全版 CGA (定量化目的)
bADL (ベーシック ADL)	チェックリスト	バーセルインデックス
IADL	チェックリスト	ロートンインデックス/老研式
うつ	チェックリスト	GDS15
認知機能	チェックリスト	MMSE
QOL	チェックリスト	VAS/SF36
視覚・聴覚など	チェックリスト	視覚・聴覚検査
社会機能	チェックリスト	社会機能問診表

表6 高齢者担当医研修プログラム

時間	座学プログラム 項目	ワークショップ研修
8:20~8:40	後期高齢者医療制度	9:30~9:40 オリエンテーション
8:40~9:15	高齢者の神経・精神症状とその対策	9:40~11:00 高齢者総合機能評価と診療計画の作成
9:15~9:50	高齢者への口腔ケアの必要性とその方法	11:00~11:15 休憩
9:50~10:25	後期高齢者の生活習慣病対策	11:15~12:45 高齢者薬物療法
10:25~11:00	高齢者の検査値の見方	12:45~13:30 昼食休憩
11:00~11:40	高齢者総合的機能評価	13:30~15:00 事例検討1
13:10~13:45	高齢者の薬物療法の指針	15:00~15:15 休憩
13:45~14:20	高齢者の栄養評価と栄養療法	15:15~16:45 事例検討2
14:20~14:55	高齢者疾患の診断	
14:55~15:30	高齢者の画像診断	
15:30~16:05	高齢者のリハビリテーション	
16:05~16:40	高齢者の在宅医療	
16:40~17:15	高齢者の終末期医療	

食事形態、排泄状況、介護者、必要な介護サービス、緊急時の対応、予後などについての情報交換が必要であるし、継続的な医療、介護情報の交換が必要である¹⁰⁾。

後期高齢者医療制度と老年医学

後期高齢者医療制度は日本老年医学会が経過中、アドバンスや提案したために、老年医学の骨格を支持する内容となっている。表3にその比較を示した。それぞれの項目において本制度と老年医学の相同性が理解できる。

高齢者医療の柱は包括的かつ全人的医療である。そのためには臓器別専門医療に留まらず、高齢者を総合的に診る医療である。総合的とは臓器や病気のみにとらわれずに患者の意思や生活に配慮し、その苦痛や悩みを解決することであり、家族や介護をふくめた視点で診療にあたることである。これまでの臓器別で単なる救命のための医療とは考え方が大きく異なることはいうまでもない。臓器別専門家である医師が老年科医として、ジェネラリストに変わるの容易ではない。高齢者総合機能評価は高齢患者を病気だけでなく、生活や機能を評価し、

医療に反映されるために行われる。図2に高齢者総合機能評価の基本構造を示した。総合機能評価の内容としてはADL、IADL、うつ、認知機能、社会機能、QOLなどを定量的に評価する。まずは初診時や入院時に用いるスクリーニング的な総合機能評価36(長寿医療センター版)を表4に示した。その後、治療や介護サービスなどの介入を図2に示したように検討する。この総合評価36はあくまでも課題(ニーズ)をみつける入り口であり、表4に示したようにスクリーニングテストとして考えている。その後、詳しいGDS15やMMSEなどの評価を行うとよい(表5)。完全版CGAは研究者によっても異なるが、現在最も利用されているCGAの内容を表5に示した。その後総合機能評価を行うだけに留まらず、その結果を利用して、どう診療しどう介入するかがより重要である。すなわちCGAの結果を踏まえてどう診療計画やリハビリテーションや介護サービスの提供をするかを判断し、実行することが重要である。そのためにチーム医療を実践することが求められる。

後期高齢者医療制度において、本来診療報酬加算をと

るための病院医師むけと高齢者担当医むけの研修が義務づけられている。2日間の研修で一日目は8時間の高齢者医療に関する座学であり、二日目は全員参加型の意見交換を行うワークショップ研修である。表6にそのプログラムを紹介した。現在は老年病専門医を中心に地域での生涯学習の一環として全国的に研修を行っている。

おわりに

後期高齢者医療制度は施行されたものの、当初から批判が多々あるのも事実である。特に大村氏による75歳という年齢による差別は好ましくないという議論がある。しかしながら高齢者を総合的に診る観点からは非常に優れた制度となっている。感情的な議論は別として本人の意思に基づき、高齢患者を総合的に評価し、チーム医療を行うこと。入院から在宅医療へのスムーズな移行と連携、在宅医療重視、高齢者担当医の役割、また担当医の切れ目のない医療と終末期医療とすべてが高齢患者をどう支えるかの観点からいえば、高齢者医療における理論に基づく診療報酬が制度に反映されている。医師として、在宅を重視することは原点であるし、医師として患者の一人の主治医となることは自然なことである。事前指定にしても患者の意思に基づいた患者中心の医療を考えれば、誰にも反対はできないであろう。老年科医と

して、時間をかけてでも本制度を支えていきたい。ただ近い将来、本制度は廃止され、65歳以上を対象とした「地域医療保険」として変更される計画である。

参考文献

- 1) 遠藤英俊：高齢総合診療 Q&A, じほう, 東京, 2008.
- 2) 土佐和男：高齢者の医療の確保に関する法律の解説, 法研, 東京, 2007.
- 3) 日本老年医学会編：老年医学テキスト, メジカルビュー社, 東京, 2008.
- 4) ジョンPスローン：プライマリ・ケア老年医学, プリメド社, 東京, 2001.
- 5) 鳥羽研二監修：高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所, 東京, 2003.
- 6) 遠藤英俊, 井形昭弘編著：在宅ホスピス緩和ケア, 日経研, 名古屋, 2007.
- 7) 遠藤英俊, 諏訪免典子：地域連携バス, パル出版, 東京, 2007.
- 8) 廣瀬輝夫：崩壊寸前の医療・介護を救う, 篠原出版新社, 東京, 2006.
- 9) 伊賀立二, 秋下雅弘, 山田安彦ほか：日常診療に生かす老年病ガイドブック2 高齢者の薬の使い方 (大内尉義監修), メジカルビュー社, 東京, 2005.
- 10) 遠藤英俊, 手島陸久, 鷺見尚己, 村嶋幸代ほか：日常診療に生かす老年病ガイドブック, 高齢者の退院支援と在宅医療 (大内尉義監修), メジカルビュー社, 東京, 2006.
- 11) 伊藤周平：後期高齢者医療制度, 平凡社親書, 東京, 2009.
- 12) 大村昭人：医療立国論 III, 民主党政権で医療制度はこう変わる, 日刊工業新聞社, 東京, 2009.

[各論] 認知症

遠藤 英俊*, 佐竹 昭介*, 三浦 久幸*

はじめに

運動はこれまでも疫学調査などを踏まえて、脳機能へのよい影響が報告されてきた。一方高齢者において、運動不足や歩行しない環境、すなわち身体活動を行わないことにより生じる多臓器の機能低下のことは廃用症候群と定義されている。つまり過度の運動不足は認知症やうつとの相関が指摘されている。さらに疫学調査からは身体活動が高いほど認知症の発症率は低いという疫学調査結果がある。またアルツハイマー型認知症の患者に対する運動は、身体面、心理面のいずれも良好な状態を維持する可能性がある。こうした背景、さまざまなエビデンスを踏まえて、運動と認知症の知見を総括する。

運動と認知機能に関する疫学的エビデンス

加齢は、認知機能低下の主要な危険因子である。さらに運動不足も認知機能低下の危険因子とされている。一方以前から、運動や活発な身体活動が認知機能低下の予防となる可能性が数多く報告されている¹⁾。

Laurin²⁾は、認知症を発症していない高齢者4,615名を対象に5年間フォローした研究結果を報告している。すなわち「カナダにおける健康と加齢に関する前向き調査」の中で、定期的な運動

がアルツハイマー病の発症を抑制すると報告している。運動の強度、頻度に関しては、週3回以上の頻度で歩行より強い運動を行う群を高運動量群、歩行程度の運動を週3回以上行う群を中運動量群、これら以外を低運動量群に分類して比較した。その結果、軽度認知障害(MCI)発症率、アルツハイマー病発症率、全認知症発症率のいずれにおいても、高運動量群は低運動量群よりも有意にリスクが低かったと報告している(図-1)。

またLarson³⁾は認知機能障害のない65歳以上の高齢者1,740人を運動頻度で2群に分け、認知症の発症を前向きに疫学的調査を行った。その結果アルツハイマー型認知症の危険因子とされるアポリポ蛋白E ϵ 4の合併率は両群で同程度であったが、1回に15分以上の運動が週に3回未満の群では、認知症の発症率が1年に1,000人当たり19.7であったのに対し、週に3回以上の群では13.0と有意に低下していた。興味深いことに、こ

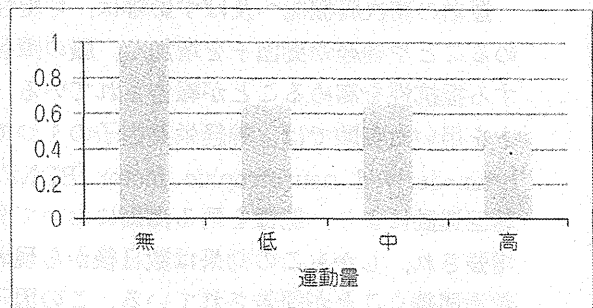


図-1→運動量とアルツハイマー病リスクの関係

* 国立長寿医療研究センター内科