

ムード、意欲の低下に関連する「無関心」、日内リズム障害と意欲に関連する「昼間寝てばかり、夜間起きだす」といった頻度も高い。興奮や攻撃性に関しては、暴言が30%にみられるが、興奮、暴力などの頻度は高くない。徘徊は約10%にみられる。感情の破壊「感情失禁、金切り声」などはずっと低く、脱抑制(不適切な性的関係、陰部露出)はごく稀である。

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、Rogersら(1999)は、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。鳥羽らは、6カ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、Matterson(1997)は施設間比較研究で40%が脱落し、Doyleら(1997)は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(Mentes, 1989)。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(Namaz, 1992)。

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。

a. 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(Rovner, 1996)、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%)(Alessi, 1999)。

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(Holmberg, 1997)。

b. 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(Buettner, 1996)し、73%のスタッフがやや有効と判定している(Aronstein, 1996)。

c. 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(Churchill, 1999)。

d. 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(Hall, 1997; Camberg, 1999)。

e. 音楽療法

18週間交差試験(cross over trial)で65%の興奮の改善(Gerdner, 2000)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(Goddaer, 1994; Brotons, 1996; Clark, 1998; Thomas, 1997)。音楽療法のタイミング(食事中Goddaer, 入浴中Clark, Thomas)、録音か生演奏(Brotons)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(Gerdner, 1993)、十分な統計解析の観察研究もない。

f. 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(Burgio, 1996)。

g. マッサージ

ハンドマッサージによって有意に(42%)改善したという報告(Kim, 1999)があるが、多くは無効(Snyder, 1995, 1996; Brooker, 1997)である。

h. 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(Lovell, 1995; Thorpe, 2000)。

i. アロマセラピー

無効(Brooker, 1997)の報告のみである。

j. 環境改善

露天風呂や自然浴で興奮が有意に改善した(Whall, 1997)、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(Cleary, 1988)。

k. 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(McCallion, 1999)。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(Werner, 1994)、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(Hussian, 1988)。

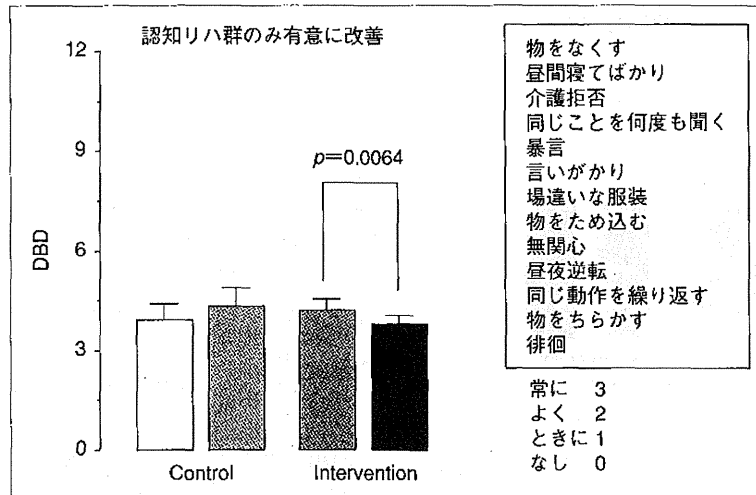


図1 周辺症状(問題行動)

暴力行為に関しては無効であるという報告が多い (McCallion, 1999)。

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 (Cohen-Mansfield, 1998), 30人に対する15週間の音楽療法は徘徊に無効 (Groene, 1993)。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 (Cohen-Mansfield, 1997) や、ビデオによる模擬再現 (Woods, 1995) 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

a. 行動療法

対照群を置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) (Toba, 2002)。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 (山田, 日老医誌, 印刷中)。

b. 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。

c. スタッフ教育

看護補助者教育で、陰性症状に対して無効であった (McCallion, 1999)。

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いま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行っていた取り組みである。2006年(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カ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。

2006年(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いい結果が出たが, 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。

2007年(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,

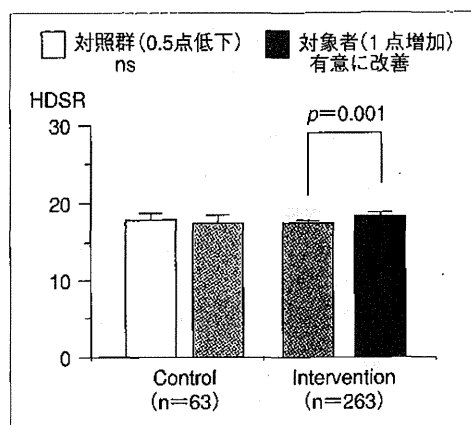


図2 認知機能(HDSR)

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(図2)、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(図1,表2)。しかも頻度の高い周辺症状のその8割ほどに有効であるというインパクトのある成績である¹⁾。

認知症短期集中リハビリテーションの適応拡大

2007年(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、2009年(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のみでなく、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。

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。紙面の都合で、「個人回想法」の例を紹介する。

具体的進行のモデルとして紹介した方法

(1)主介護者から事前の患者のプロフィールを聞く。

(2)HDSR,意欲,うつ,問題行動,活動,MN-scaleを評価。

(3)本人の思い出のある時代をフリートークさせる。

(4)編年的に少年期から壮年期までを、その時代の背景,風俗,社会状況を織り交ぜつつセッションを進行。

(5)手がかりとなるアイテムとして、けんだま、おはじき、めんこ、5つ玉のそろばん、アンティーク懐中時計、ラムネの空き瓶、大正、昭和初期の小中学校の教科書、昭和初期から30年代にかけての古写真集などを使用。

(6)最終セッション終了時にMMSE, HDSR, 意欲, うつ, ADLを評価。

この例ではHDSRが14点から21点に、MMSE 22点が29点に改善した。本例では、脳血流シンチで、前頭葉血流の著明な改善を認めた²⁾。

個人情報聴取は、個人回想法(ライフレビュー)では重要な要素である。今回の聴取できた内容は、①診断および内服、②既往歴とその他の疾患、③家族構成：結婚の有無と配偶者について。本人のあだ名、両親、兄弟、子供、孫、懇意にしている親類、友人、④出身地：その他出身地以外の思い出の場所、転居歴、⑤最終学歴、⑥職業歴：その職に対する想い、達成感も含む、⑦趣味：興味や関心事も含む、⑧好きな事物、嫌いな事物、⑨宗教、信仰、⑩医療面、精神面の特記事項などであり、多岐にわたっている。

認知症短期集中リハビリテーションのまとめ

認知症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($p < 0.0001$)改善した。下位項目では、記銘力、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($p = 0.001$)改善した。
4. 周辺症状(DBD)はリハビリ群で有意に($p = 0.0064$)改善した。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($p = 0.0009$)改善した。
7. 活動はリハビリ群で有意に($p = 0.0207$)改善した。
8. 抑鬱は両群とも不変であった。

おわりに

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) 認知症短期集中リハビリテーション。調査結果概要。老健 2008 ; 19 : 17-20.
- 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 2007 ; 7 : 305-9.

* * *

認知症に対する包括的アプローチ

鳥羽 研二

認知症に対する包括的アプローチというと漠然としているが、診断と投薬といった日常診療から踏み出さない例をみれば判りやすい。

1. 包括的アプローチの分析

包括的とは、やや曖昧な概念である。認知症の観点から整理してみた。

まず治療のチームの包括性とはなんだろうか？

診断に長けた神経内科医、BPSDの薬物療法に長ずる精神科医、これらにバランスよく通暁しかつ身体疾患にも対応できる老年科医がコーディネーターとなり、専門家と地域一般医家の情報を交換して患者サービスに切れ目をなくする包括性である。

治療チームには、コメディカルだけでなく、患者・家族も加わる。これによって学術用語が「日常生活上どのような言葉で苦勞として語られているを知ることが可能である」包括は英語では Comprehensive と訳され単なる理解でなく、懐に包み込むように、

相手の立場に立って事柄が胸に落ちることである。

第2の包括性は、予防から身体疾患を抱える終末期までを診る包括性である。軽度の認知症の診断と、治験を主体とする医療機関の対極に属する概念である。

第3の包括性は、医療と介護保険の双方の利点、欠点を知って、サービスを組みあわせて情報提供する機能である（以上を表にまとめた）。

認知症包括的アプローチの意味

1) 治療チームが包括的

専門科の広がり：老年科医 神経内科医 精神科

地域の医師：認知症疾患センター、物忘れ外来、一般医家

多職種協同

家族/患者

2) 治療内容が包括的

予防、MCI から進行した認知症まで

中核症状～BPSD まで

随伴身体症状の評価/治療

3) 介護サービスの利用

生活機能評価

認知症リハビリテーション/非薬物療法

適切な介護サービスのアドバイス

Comprehensive care on memory disorders

Kenji Toba

国立長寿医療センター [〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3]

National Center for Geriatrics and Gerontology (36-3 Gengo, Morioka-machi, Obu, Aichi 474-8511, Japan)

本稿では、これらの概略に触れる。

II. 包括的アプローチの入り口

認知症は、すぐれて社会的疾患である。家族、社会といったものがなくては疾患の重大性や悲しみは認識の度合いが薄いであろう。

この意味で、家族を含めた初期の疾患に対する共通の理解がスタートとなる。

杏林大学もの忘れセンターでは月に6回の無料の「もの忘れ教室」を1回1時間開催しているが、家族と患者同時に参加するのが原則で、一回10家族を最大としている。

もの忘れとは何か（認知症の種類と特徴）、もの忘れの予防と治療（薬物・非薬物・生活アドバイス）、介護保険の利用方法、認知症への接し方（特にBPSD）、音楽療法入門、運動療法入門などが基本で、薬物管理やADL補助などが入る月もある。最初はセンター長と1名の医師とMSWで行っていたが、看護師、臨床心理士、音楽療法士、太極拳指導者など多職種協同の教室に育ってきた。家族指導は、認

知症の非薬物療法の中で最も有効で、入院・入所を約1年遅らせる成績が報告されている。

III. 包括的アプローチ 患者・家族のニーズを知る

現病歴を詳細にとれば、認知症の中核症状や周辺症状の特徴がわかり、家族の困惑の要点も把握できるが、専門家でないといふ体系だった解釈が難しいこともあり、また聞き漏らしもよく起きることである。

そこで「高齢者総合的機能評価」をベースに認知症に特化した問診表を整備して初診患者に対して「外来クリニカルパス」として用いている。

ニーズとして知りたいことは
発症の時期（具体的エピソード）
進行の様子（早い、遅い、階段状、動揺性など）
最近の様子（具体的エピソード）などを聞き取る。

認知症の程度を知るためには最低限スクリーニングとしてMMSEかHDSRは必要である。FAST（表1）は外来に掲示して、生活の様子を追加質問するために活かしたい。

表1. アルツハイマー型認知症の進行度（FAST）
ADの進行ステージ(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease ; FAST)

| ステージ | 臨床診断 | 特徴 | 機能獲得年齢 | MMSE |
|------|--------|---|---------|--|
| 1 | 正常成人 | 主観的にも客観的にも機能障害なし | 成人 | 24点以上 |
| 2 | 正常老化 | 物の置き忘れ、もの忘れの訴えあり、換語困難あり、他覚所見なし | | |
| 3 | 境界領域 | 職業上の複雑な仕事ができない。熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所への旅行は困難 | 若年成人 | |
| 4 | 軽度AD | パーティーのプランニング、買い物、金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない | 8歳～思春期 | 20点前後 |
| 5 | 中度AD | 介助なしではTOPに合った適切な洋服を選べない。入浴させるために脱着することが必要なこともある | 5～7歳 | 15点前後 |
| 6a | やや重度AD | 独力では股を正しい順に着られない | 5歳 | 1～10点 前後 認知症の新しい理解と包括的医療・ケアのポイント 山口備保編著より引用改変 |
| b | 同上 | 入浴に介助を要す。入浴を嫌がる | 4歳 | |
| c | 同上 | トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる | 48か月 | |
| d | 同上 | 尿失禁 | 36～54か月 | |
| e | 同上 | 便失禁 | 24～36か月 | |
| 7a | 重度AD | 最大限約6個に限定された言語機能の低下 | 15か月 | |
| b | 同上 | 理解しうる語彙は「はい」などただ1つの単語となる | 12か月 | |
| c | 同上 | 歩行能力の喪失 | 12か月 | |
| d | 同上 | 坐位保持機能の喪失 | 24～40週 | |
| e | 同上 | 笑顔の喪失 | 8～16週 | |
| f | 同上 | 頭部固定不能、最終的には意識消失（昏迷・昏睡） | 4～12週 | |

AD：アルツハイマー病
(Reisberg 1986より作成)

問題行動の頻度 (杏林大学高齢医学：物忘れ外来)

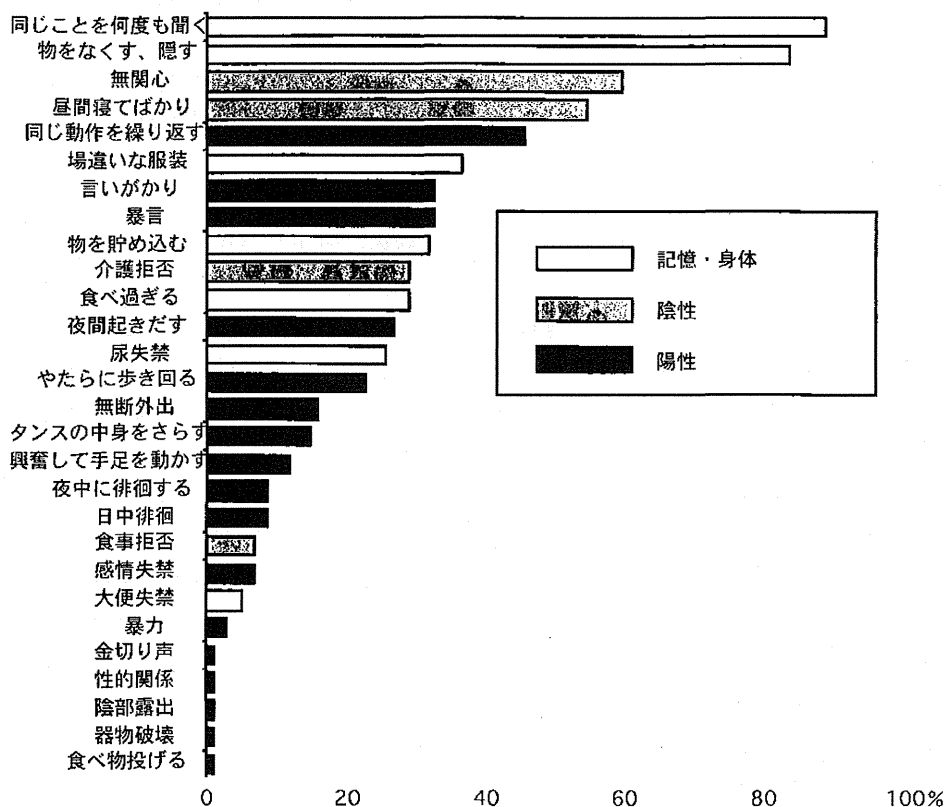


図1. 周辺症状の頻度

大体の認知症の程度が判明したならば、それによって起きうる日常生活の不便を訊いていくことが家族の介護上のニーズになる。

このため、「高齢者総合的機能評価」のなかで、基本的日常生活活動；Basic ADL (Barthel Index)、や手段的ADL；IADL (Lawton & Brody) を家族に記入してもらおう。

認知症では手段的ADLが初期から低下し、特に料理、買物、薬物管理は低下しやすく、栄養管理や服薬管理上も重要な情報である。また、この程度では介護保険未利用や申請しても要支援にも該当していないケースもあり、独居機能をみているため、家族支援の目安になる。

中等度の認知症では、基本的日常生活活動のチェックが欠かせない。まず入浴機能が低下してくる。入浴が嫌いになり、次第に入浴間隔が長く週一になったりする。更に進行すると洗身介助になるが、

老々介護では入浴サービスやデイサービス時の入浴など利用しないと共倒れになる。排泄に関しては、HDSRで10点が半数が尿失禁を起こす目安である(未発表データ)。

介護ニーズでもっとも重要なものは「周辺症状」である。我々は、介護負担はZaritの介護負担インタビュー、周辺症状はDementia Behavior Disturbance Scale；DBD scaleを測定している。周辺症状では、図1に示すように、初期には記憶力低下に起因する「同じ話を何度も繰り返す」や「ものをなくす」などが多いが、次第に無関心、無気力、拒否的な心理に裏打ちされた行動が増え、常同行動や暴言、興奮などの陽性症状も目立ってくる。

ただし、認知症の種類によって初期から陽性症状の日立つ前頭側頭型認知症や、ラクナ梗塞多発を合併するアルツハイマーでは初期からうつや意欲の低下が前景に立つ。このように病名、病期の診断には

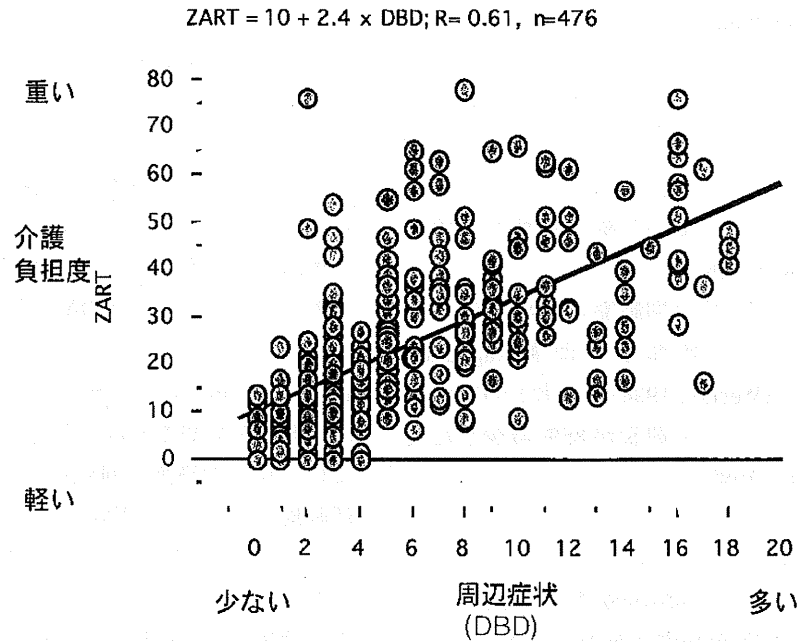


図2. 介護負担と周辺症状

最低でもMRIを行うことによって、BPSDと病期との関連が判明し正しい治療に結びつく。

陽性症状の日立つ前頭側頭型認知症にアリセプトを投与すれば、さらに脳活動の活性化によって「症状の悪化」がもたらされるが、不正確な診断と言わざるをえない。BPSDは介護負担の最大の決定因子である(図2)。

この意味で、的確なBPSDに対する対応は重要である。

VI. BPSDに対する非薬物療法のエビデンス

非薬物療法(いわゆる広義の行動療法やスタッフ教育)と薬物療法に大別される。

1) 非薬物療法

I-1) 問題行動全般

Rogers(1999)らは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。鳥羽らは、6ヶ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)。

I-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(Rovner, 1996)、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%)(Alessi, 1999)。

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(Holmberg, 1997)。

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(Buettner, 1996)し、73%のスタッフがやや有効と判定している(Aronstein, 1996)。

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(Churchill, 1999)。

4) 音楽療法

18週間交差試験(Cross over traia)で65%の興

奮の改善 (Gardner, 2000) が見られ、観察研究でも、9~63%の興奮症状の改善が報告されている (God-daer, 1994; Brotons, 1996; Clark, 1998; Thomas, 1997).

4) 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 (McCallion, 1999).

観察研究では、2ヶ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 (Werner, 1994)、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 (Hussian, 1988).

I-3) 徘徊

有効な報告は殆どない。

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 (Cohen-Mansfield, 1998)、30人に対する15週間の音楽療法は徘徊に無効 (Groene, 1993)。スタッフ教育に関する報告はない。

I-4) 支離滅裂言語

個別社会適応訓練 (Cohen-Mansfield, 1997) や、ビデオによる模擬再現 (Woods, 1995) が支離滅裂言語減少に有効であるとされている。

1-5) 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 (Toba, 2002)。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

看護補助者教育で、陰性症状に対して無効であった (McCallion, 1999)。

V. 非薬物療法のシステム化 認知症短期集中リハビリテーション

認知症の治療は医療では薬物療法が主体であるが、介護保険サービスは主として非薬物療法である。

医師は、介護保険サービスで行われている、認知症のデイケアなど殆ど治療に役立っていないと軽視したり、バカにしているようなケースも少なくないときくが、最近のエビデンスからは、むしろこうした医師こそ無知であると考えてよい。デイケアなどには、見当識訓練、回想法、音楽療法、運動療法、活動療法などが、当事者はしらすともバランスよく含まれている (表2)。

これらを十分併用することが、中核症状の改善持続、周辺症状の緩和に役立つことが示唆される (表

表2. 介護施設における集団認知機能訓練や認知機能維持に役立つ実践例

| 例 | 理論的根拠 |
|--------------------------|---------|
| 集団歌唱 | 音楽、活動療法 |
| 各種ゲーム | 運動、活動療法 |
| 記憶を助ける絵、名前を、部屋、家具、トイレに貼る | ROT*の応用 |
| 規則正しい生活、H課表を貼る、口頭で確認 | ROT |
| 見やすい 時計、カレンダー | ROT |
| 家族の写真 | 回想法 |
| なじみのある個人の所有物をおく | 回想法 |

*ROT: Reality Orientation Therapy, 見当識訓練

表3. 認知機能訓練のエビデンス (1)

| |
|---|
| エビデンスレベルはOxford CenterのEBMガイドラインによるランク付けでA~Dは1~5に相当 |
| 有効性が確立 |
| 介護者の教育: 在宅復帰, 入所減少 A |
| 行動異常に対する介護者の対処訓練が有効 (BPSD, うつ) A |
| 運動療法は認知機能低下を抑制 A |
| 記憶訓練は問題行動, うつに有効 B |
| 有効な可能性 |
| 現実見当識訓練は記憶力, 在宅復帰率向上 D |
| 回想法は抑鬱に効果 (ROTとの併用有効) D |
| 無効な可能性大 |
| Validation |

表 4. 短期集中リハビリテーションの枠組み

| |
|-------------------------|
| 認知症リハビリ |
| 週3回, 1回20分以上, 個人療法 |
| 3ヶ月間 |
| 前後の評価項目 |
| 1) HDSR (<15は除外) |
| 2) DBD 周辺症状 |
| 3) GDS 抑鬱の評価 |
| 4) Vitality Index 意欲 |
| 5) MN scale 記憶, 見当識, 会話 |

3). 平成18年度の介護保険法の改正で, 老人保健施設では, 認知症短期集中リハビリテーション加算が新しく認められた。新入施設から, 3ヶ月以内の対象に限定され, 集団療法ではなく個人療法を, リハビリテーション職種 (PT, OT, ST) が週3回, 3ヶ月間にかぎり算定できる (表4)。老人保健施設における先行研究が理論的根拠となっているが, 現在老人保健施設において多施設の効果判定のスタディーが進行中である。効果判定は, HDSR, 抑鬱, 意欲, 周辺症状, コミュニケーションなど生活機能全般にわたり, 単に記憶力の向上を主眼とするものではなく, 非薬物療法の特徴である, 穏やかで自立した生活の維持, 在宅系への復帰を主眼としている。

短期集中リハビリテーションの効果については, 平成18年度から調査を行い, 平成19年度の成績では, 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。結果は以下のとおりである (鳥羽, 2007)。

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 ($p < 0.0001$) 改善した
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 ($p = 0.001$) 改善した
4. 周辺症状 (DBD) はリハビリ群で有意に ($p = 0.0064$) 改善した

下位項目では, 出現頻度の高い「同じ話しを繰り返す」「物をなくす」「無関心」「昼間ねてばかり」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

表 5. 周辺症状下位項目の前後の値の有意差

| | 対照群 | 認知リハ群 |
|---------|------------|--------------|
| 物をなくす | ns | $p = 0.003$ |
| 昼間ねてばかり | ns | $p = 0.0023$ |
| 介護拒否 | NA | $p = 0.0072$ |
| 何度も同じ話し | 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 |

は不変であった (表5)。

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 ($p = 0.0009$) 改善した
7. 活動はリハビリ群で有意に ($p = 0.0207$) 改善した
8. 抑鬱は両群とも不変であった。

認知症短期集中リハビリテーションは, 海外の成績を一般多施設で本邦で初めて裏付けた成績であり, 大変価値ある成績と考える。特に, BPSD に対する効果は予想外のものであり, 平成21年度から, 老人保健施設以外に, デイケアにまで広がり, 今後家族の介護負担の軽減に資することが期待される。

文 献

Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al-Samarrai NR, Cruise PA (1999) A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc* 47(7): 784-791

Brotons M, Pickett-Cooper PK (1996) The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *J Music Ther* 33: 2-18

Buettner LL (2001) Therapeutic recreation in the nursing home. Reinventing a good thing. *Gerontol Nurs* 27 (5): 8-13

Churchill M, Safaoui J, McCabe BW, Baun MM (1999) Using

- a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 37(4) : 16-22
- Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M (1998) Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 24 : 10-17
- Cohen-Mansfield J, Werner P (1997) Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 52(6) : 369-377
- Cohen-Mansfield J, Werner P (1998) The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 38 : 199-208
- De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S, Lawlor BA (1999) A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 53(5) : 946-955
- Gerdner LA (2000) Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 12 : 49-65
- Goddeer J, Abraham IL (1994) Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Psychiatr Nurs* 8 : 150-158
- Groene RW (1993) Effectiveness of music therapy, 1: intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type. *J Music Therapy* 30 : 138-157
- Holmberg SK (1997) Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric nursing unit. *Arch Psychiatr Nurs* 11 : 21-28
- Hussain RA (1998) Modification of behaviors in dementia via stimulus manipulation. *Clin Gerontol* 8 : 37-43
- Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M (1999) Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 60(2) : 107-115
- McCallion P, Toseland RW, Lacey D, Banks S (1998) Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 39(5) : 546-558
- Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM, McDowell BJ (1999) Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc* 47 : 1049-1057
- Rovner BW (1996) Behavioral disturbances of dementia in the nursing home. *Int Psychogeriatr* 8 Suppl 3 : 435-437
- Thomas DW, Heitman RJ, Alexander T (1997) The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *J Music Therapy* 34 : 246-25
- 鳥羽研二 (2007) 認知症ケアと医療の地域連携: 新たな認知症ケアネットワークの構築に向けて. *Geriatric Medicine* 45 : 1073-1075
- Toba K, Nakai R, Akishita M, Iijima S, et al (2002) Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Geriatrics and Gerontology International* 2 ; 23-29
- Werner P, Cohen-Mansfield J, Koroknay V, Braun J (1994) Reducing restraints. Impact on staff attitudes. *J Gerontol Nurs* 20(12) : 19-24
- Woods P, Ashley J (1995) Simulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatr Nurs* 16 : 9-14

Comprehensive care on memory disorders

Kenji Toba

National Center for Geriatrics and Gerontology

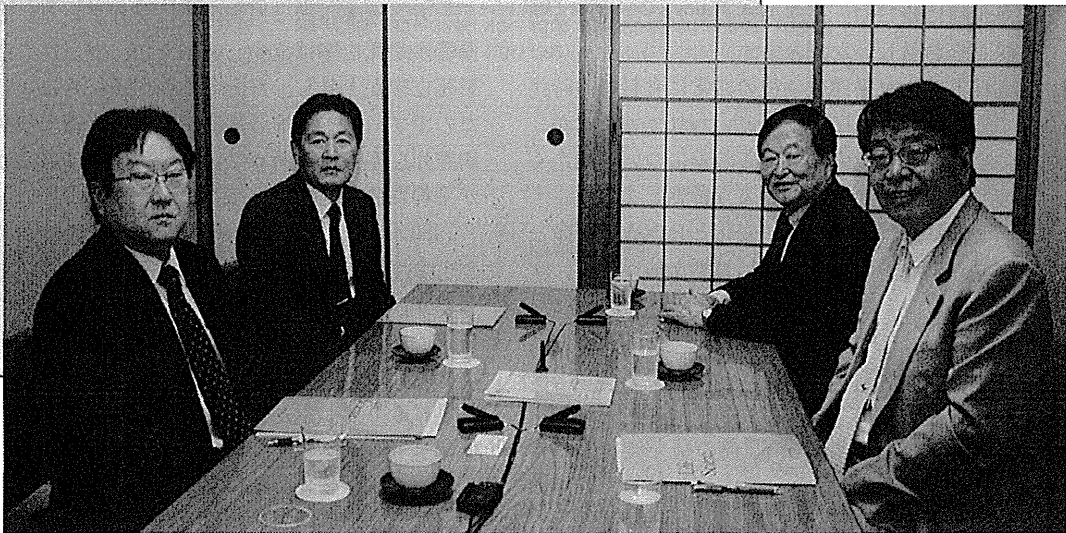
A trial was performed to categorize the comprehensive care on memory disorders. First, the comprehensive care team should include not only multidisciplinary medical staffs but also patient and caregivers to utilize two way communications. Second, the comprehensive care should cover from the early detection of memory disorders to the end of life care of the demented patients.

Finally, medical and social-welfare-related service menu available for patients and family should be informed. These approaches can secure the peace of mind of the patients with dementia and their families.

Address correspondence to Dr. Kenji Toba, National Center for Geriatrics and Gerontology (36-3 Gengo, Morioka-machi, Obu, Aichi 474-8511, Japan)

座談会

高齢者の生活機能に 対応した食のあり方



Contents

- はじめに
- 戦後の栄養変化と日本人の寿命
- 超高齢者のメタボリック・シンドローム
- 高齢者の食を取り巻く様々な問題
- 高齢者と胃瘻
- 食からみた日本の高齢者は幸せか
- おわりに

柴田 博

人間総合科学大学大学院¹⁾教授

葛谷 雅文

名古屋大学大学院医学系研究科老年科学教室²⁾准教授

足立 経一

島根大学医学部臨床看護学³⁾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4月30日
東京會館にて

1) 〒339-8539 埼玉県さいたま市岩槻区馬込 1288

2) 〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65

3) 〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

4) 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35

はじめに

鳥羽 本日は大変お忙しいところ、また遠方からお集まりいただきありがとうございます。

今回の座談会は、柴田先生が責任編集をされる『高齢者の生活機能に対応した食のあり方』ということですが、食の結果として、栄養や食に関連する疾患、健康状態などがありますが、多角的に論じて、現在の高齢者の食における問題点をお話いただけます。

日本は、太平洋戦争後の非常に食料難の時代から飽食の時代になったといわれていますが、全年代や地域での食や栄養の差について細かく論じられることが少ないように感じます。

まずは、戦後の栄養の変化と日本人の寿命という点について柴田先生にお話を伺います。

戦後の栄養変化と日本人の寿命

柴田 人類が平均寿命 50 歳の壁を突破したのは 20 世紀に入ってからです。しかし、日本人は短命で 1900 年当時の日本人の平均寿命は 37 歳ぐらいでした。日本人の平均寿命が男女とも 50 歳を超えたのは 1947 年で、欧米先進国より半世紀遅れたのです。

戦前の低栄養は一目瞭然で、カロリー摂取量は現在よりはやや上回っていますが、決定的な違いは動物性タンパク質が全タンパク質の 3% 程度で、脂肪摂取量も少ないということです。これでは感染症に罹りやすく、平均寿命は延びませんね。

ところが戦後、日本の平均寿命はめざましく改善するのです。栄養状態が改善し、乳児死亡が減少します。加えて、それまで死因のトップであった結核が減少したのです。

1965 年から脳血管疾患も減ってきます。食生活が豊かになり、お米の摂取量が増えますが、乳製品や肉の摂取量はまだ低い状況です。後に、お米や塩分の摂取量が減少し、これに替わって、乳製品や肉の摂取量が増えています。

日本はおもしろい国で、食生活のパターンは大きく変わっていますが、摂取カロリーは 100 年間ほとんど変わっていないのです。現在ではむしろ減っているのです。

1981 年、脳血管疾患死亡率が癌死亡率を下回ります。この時点で、ほぼ世界一の長寿国になりました。栄養学的なことを考えると、動物性タンパク質と植物性タンパク質の摂取量のバランスがよくなった時期といえるのです。

一方、欧米諸国は過剰栄養になりました。脳血管疾患死亡率は減少しましたが、虚血性心疾患死亡率が上昇し、寿命の伸びが頭打ちになったのです。日本の場合は、虚血性心疾患の年齢調整死亡率も最近減っているのです。このことが平均寿命の延伸に貢献したと考えます。

1980 年頃をピークに、日本人の栄養は変わってきています。当時 2,100 kcal 摂取していましたが、現在(2008 年)は 1,867 kcal に減少しているのです。

また、1995 年からは年代別の栄養がわかるようになりました。それによると、若い世代の低栄養化が進んでいますが、70 歳以上のカロリー摂取量は変化していません。恐ろしいことに、1~6 歳児の摂取カロリーは、ここ 8 年間で 1,400 kcal 台から 1,200 kcal 台にまで落ちているのです。若い世代を中心に一種の低栄養化傾向になっているのです。

鳥羽 若い人の栄養の変化の原因はどのようなことでしょうか。

柴田 分析はなかなか難しいのですが、日本と似た傾向を示しているのが韓国なのです。BMI もカロリー摂取量も、若い女性では減少しています。

美意識の面と健康意識の面が考えられます。健康面から大きなインパクトを与えたのは、アメリカのメトロポリタン生命保険会社です。太っている人ほど早死にするというデータを発表し、ベルトの穴が 1 つ増えると寿命が △年縮まるというキャッチフレーズが、世界を席捲しました。しかし 1980 年代になり、中程度の人が一番長生きすると修正されました。

鳥羽 葛谷先生、何か追加はありませんか。

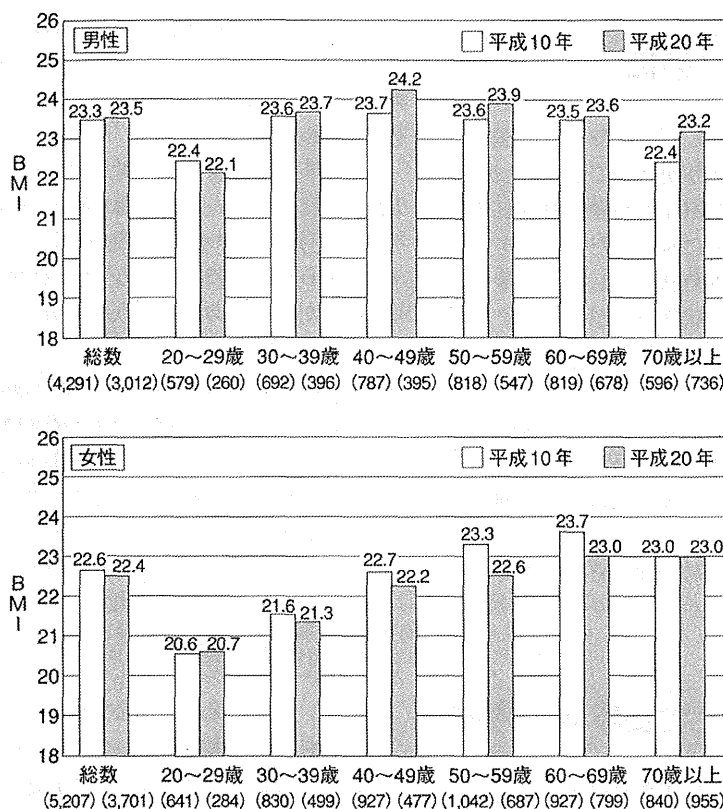


図1 男女別BMIの推移
(平成20年厚生労働省 国民健康栄養調査の概要より引用)

葛谷 柴田先生がおっしゃった若年者、特に1～6歳の低栄養には驚きました。

柴田 低年齢の方が低栄養の程度が酷いのです。

葛谷 女性は特に20歳前後に痩せが多いのは実感しますね。

逆に男性は経年変化があまりなく、中年になると、ここ10～15年はBMIが増えているように感じます。

柴田 女性はほとんどの年代でBMIが低下しています。男性は若干増えていますが、大した増加ではありません(図1)。

鳥羽 足立先生、いかがですか。

足立 若年者のお話は初めて伺いました。70歳以上は横ばいということですが、平均値は横ばいでも病気をもっておられる方はかなり低栄養に傾いていて、自立している方とかなり違

っています。私が参加している栄養サポートチームでは、特に低栄養の患者さんを相手にしていますので二極化しているように感じます。

柴田 二極化しているということは、すべての年代にいえますね。

ただ、国民栄養調査には入院患者は含まれていないのです。在宅の高齢者の指標なのです。ですから、入院患者さんのデータを入れると異なるものになると思います。

超高齢者のメタボリック・シンドローム

鳥羽 今度は逆に、メタボリック・シンドロームの問題について伺います。

まず葛谷先生、メタボリック・シンドローム

の一番の問題になる年代層について何かございますか。

葛谷 かつてメタボリック・シンドロームの集団調査を実施させていただいたことがあります。男性と女性ではメタボリック・シンドロームの有病率の年齢分布が大きく異なることがわかりました。男性では50~60歳ぐらいがピークで、女性では若干高齢化し、70~75歳ぐらいがピークになります。しかしこのデータも健康診断を受診された方のもので、80歳以上のデータが極めて少ないのが問題です。

鳥羽 メタボリック・シンドロームは栄養過剰状態と考えてよいのですか。

葛谷 難しい質問ですね。特にいま問題になっているのは腹囲です。人間は年齢とともに体型が変わります。当然、お腹の周りにお肉が付き、体重は一定だとしても腹囲だけで判定してしまうと、メタボリック・シンドロームの範疇に入ってしまうということがあります。メタボリック・シンドロームの基準が、成年を対象とした基準であって、その基準をそのまま高齢者に当てはめてしまうことが問題ではないかと思えます。

鳥羽 柴田先生、まず日本人における肥満の出現頻度や歴史的な変化、年代別の変遷で、何かご意見はありませんか。

柴田 1960年代ぐらいまでは、例えば寿命という観点でみると、BMIが高い方が長生きしているというデータが主流でした。いまでもわれわれが地域や施設の高齢者を見る場合、まだその傾向があります。しかし、中年期では、中庸が一番よいというデータになるのです。日米で比較しても、基準が違いますが、同様の傾向を示します。

問題は、現在のメタボリック・シンドロームの基準値です。特に男性85cmという数字が問題です。女性の方が大きくてよいというのは日本だけで、男性の場合、腹囲85cmはBMI 23.5に相当し、これは40~50歳ごろの中央値なのです。

一方、わが国ではどのぐらいのBMIが最も長生きするかという研究がたくさんあり、これ

によると、BMIが24.0~27.9で最も長生きなのです(図2)。

アメリカでの代表的な研究(NHANES研究)でも、BMI 25.0~29.0が最も死亡率が低いのです。つまり、最も長生きしている値が危険域となるので、この発想がおかしいと思います。

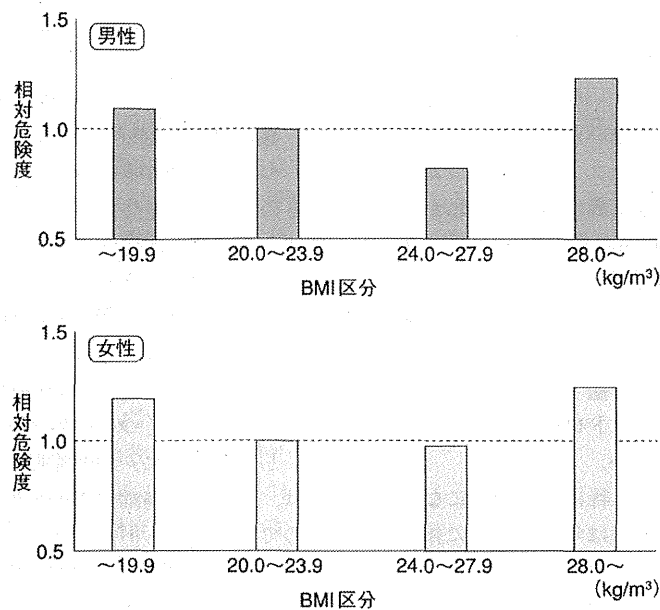
高値を示しても問題がないのはアルブミン値ぐらいなのです。そういう意味では中庸のところは病的であるという考え方に問題があるのではないのでしょうか。

例えば中性脂肪では、150 mg/dLを超えたら異常であるなどいくつかの外的基準を作っています。しかし実際に、中性脂肪150 mg/dLという値は、地域の中高齢男性の平均より下回っているのです。血圧も同様です。つまり、メタボリック・シンドロームにおける外的基準そのものが、国民のほぼ中央値、あるいは中央値よりもやや低めということで、大変問題があるのです。寿命、疾患の発生率、死亡率などをみている基準値を見直す必要があると考えています。

鳥羽 メタボリック・シンドロームは、健康診断を受診しないと保険料にはね返りますよね。保険料とは従来は生命保険ですから、疾患発生と死亡がエンドポイントのはずです。保険業界は統計的かつ疫学的なデータをもって判断すべき立場にあると思うのですが、この点も大変不思議ですね。

葛谷先生、柴田先生のお考えは、メタボリック・シンドロームを診ておられる先生方には、異論もあると思うのですが、いかがでしょうか。葛谷 腹囲に関しては日本の基準に対して国内外から異論もあります。わが国のメタボリック・シンドロームの基準は、はじめに腹囲ありきです。この点が崩れると総崩れになってしまいます。腹囲について再度検証すべきであると同時に、メタボリック・シンドロームの健康障害に関わる証拠づけがまだ足りないように思います。

また、鳥羽先生がおっしゃったように、生命保険に関わる事項に対してもエビデンスが希薄では国民もなかなかついていけないでしょうから、もう少ししっかりとしたエビデンスが必要



累積年齢調整総死亡率の相対危険度を示している。
 1980年の循環器疾患基礎調査対象者を14年間追跡(30歳以上男女
 10,513名)

図2 BMIと相対的死亡比

(日本循環器管理研究協議会：循環器疾患基礎調査成績に基づく医療のガイドライン報告書，1996より引用)

だと思います。

鳥羽 足立先生，何かございますか。

足立 健診受診例で，動脈硬化などを脈波伝導速度で測定するのですが，その際，最も大きい要素は年齢です。男女間では差がありますが，メタボリック・シンドロームに関する項目で検討してみても有意な影響は出てきません。したがって加齢という要素が，コレステロール値や中性脂肪値よりは大きな要素になっていると思います。

鳥羽 非常に重要なポイントだと思います。例えば糖尿病の診断基準は空腹時血糖が140 mg/dLから126mg/dLになりました。この値が変わった理由は，糖尿病による腎症，網膜症など様々な臓器障害を防ぐには糖尿病の基準値をどのくらいにすればよいかという問題なのですが，糖尿病の患者さんが高齢化し，最も大きいリスクである加齢ということから臓器障害を起こしやすい状態にあるのです。臓器障害を起こ

しやすい集団では，そのほかの要素を厳しくしない限り，臓器障害は防げないのです。したがって，糖尿病患者群が高齢化すれば，中性脂肪や血糖値，血圧などどんどん下げないと発症を抑えられないという矛盾が生じるのです。ですから，疾患の年代的な変遷を考慮に入れないで診断基準を当てはめるのかという根本的な問題があるのですが，その問題はまだ解決されていませんね。

柴田 そうですね。空腹時血糖には加齢による変化がほとんどありません。

われわれが糖尿病の疫学をやっていた35年前には，いきなり負荷をかけるという方式で行っていました。スクリーニングからも負荷をかけるというものです。これはこれでよいのですが，負荷量が時代によって変化したので，定点観測ができていないのです。また，負荷後血糖値が一定の値を超えると，耐糖能異常になります。すると，鳥羽先生がおっしゃったように，



PROFILE

しほた ひろし
柴田 博先生

昭和40年北海道大学医学部卒業。東京大学医学部第四内科医員、東京都養育院付属病院医員、戸田市立健康管理センター成人科長、東京都老人総合研究所副所長を経て、平成12年桜美林大学(平成14年より大学院)教授、現在同大学名誉教授、平成22年人間総合科学大学大学院教授、現在に至る。

医学博士、日本応用老年学会(理事長)ほか4学会の理事、2学会の評議員、日本老年医学会(専門医)、日本内科学会(認定内科医)

現在の研究領域：

- I. 老化に関する学際的縦断研究(介入研究も含め)
- II. サクセスフル・エイジング、QOLの研究
- III. 老年学の応用(教育、シニアビジネス)の研究

加齢の変化がありますから、疾患ではない糖代謝が糖尿病として扱われ治療が行われる危険があります。

鳥羽 葛谷先生の詳しい領域ですが、いかがですか。

葛谷 私も同感です。

一番大きな因子はやはり年齢だと思います。その年齢を加味して、合併症を抑制しようとすると、データ上、非常にきついコントロールをしなければなりません。高齢者の場合は、緩やかにということと裏腹の厳しい基準値が出てしまうということがあると思います。

鳥羽 高齢者、超高齢者のメタボリック・シンドロームについて最近の考え方はいかがでしょ

うか。

葛谷 女性の場合、後期高齢者の方でメタボリック・シンドロームの方はかなりいらっしゃいます。しかし超高齢者に対して、成人と同じような生活指導が必要かというとはなはだ疑問です。

私は、生活パターンを極端に変えるような指導は極力避けています。例えば、肥満の方ですと、これ以上太らないように指導しますが、極端に減量を指示すると健康障害につながることも考えられるので、私自体は避けています。

鳥羽 多少太っていても、アルブミン値が平均より低いような方に、開業医の先生が痩せるように指導されて、私の所にたくさんいらっしゃいます。私は「自然に体重が落ちていく年代ですから、体重を維持するのがよいのではないのでしょうか」とお話しするのですが、このことはいかがでしょうか。

足立 外来で、食事が摂りにくいなどということ受診される患者さんがいますが、よく聞いてみると、例えば「軽い糖尿気がありますね」といわれたことがきっかけで、食事をセーブされておられるのです。高齢者の方は食事量をセーブした状態に慣れやすいように思います。そのために、コレステロール値など脂質系の値が低くなりすぎる方がいて問題となります。栄養士などに相談し、栄養指導を行うと、明らかに食わずに痩せているということがはっきりするのですが、そのような方が増えているのではないのでしょうか。

鳥羽 そうですね。臨床医はカロリー制限のアドバイスをしても、痩せて栄養が悪くなると、栄養士に任せてしまうというのが現状ですね。柴田先生、いまのお話を聞いていかがですか。

柴田 人間の縦断的な変化をみると、加齢とともに筋肉が減少し、間もなく骨も減少します。中年期までは相対的には脂肪組織が増えるのですが、脂肪組織が減少するところが老化の節目ですね。その時期になるとコレステロール値も低下してきます。私は70歳の高齢者を15年間追跡調査しましたが、アルブミン、コレステロール、尿酸、血色素など、食事をしていても減

るのです。この現象が起こる年齢も寿命の延長とともに徐々に後ろ送りになっていますね。

鳥羽 以前は、痩せてきたり低栄養が過栄養よりも明らかに問題になるのは、75歳ぐらいでしたが、いま85歳ぐらいになりましたね。

柴田 ですから、特に女性の人口の生き残り曲線を見ると、40%が90歳まで生きるのです。

女性の終末期は明らかに85歳以降です。そういう時期までは、ある程度体重も増えるし、体中のバイタルな物質も増えるということだと思います。寿命がそれよりも短い男性の場合は、早く低下するということだと思います。

鳥羽 平均寿命は、食や栄養を考える上でターニングポイントと考えてよろしいでしょうか。

柴田 病気単位で考えると二律背反な面はありますが、最も重要なのは寿命ではないでしょうか。日本の平均寿命が欧米を上回ったということも、栄養過剰の欧米が虚血性心疾患で悩んでいますが、日本はそこまで栄養過剰になっていないことも関係していると思います。総合的に評価する指標は、特に老年学の場合、寿命や健康余命の話ではないでしょうか。

高齢者の食を取り巻く 様々な問題

鳥羽 食を取り巻く問題は生活機能や社会との関わりが観点として重要であると思いますが、在宅の高齢者の食の問題点について、足立先生、いかがでしょうか。

1. 在宅高齢者の食の問題

足立 私は消化器内科医で、逆流性食道炎といった胃食道逆流症の患者さんを中心に診ています。たくさん食べたり、油ものを食べれば症状は起きます。ただ、患者さんに話を聞いてみると、症状が起こるのはわかっている、食べたいものを食べていて、そのような方が元氣なのです。お薬も出していますが、自立して生活をしている方々は、楽しく食べることも大事なのではないでしょうか。

鳥羽 夫婦だけの方や自立している独居の方は

PROFILE

くずや まさふみ
葛谷 雅文 先生



昭和58年大阪医科大学卒業、平成元年名古屋大学大学院医学系研究科卒業、同3年米国立老化研究所客員研究員、同8年名古屋大学老年科助手、同10年同講師、同14年名古屋大学大学院医学系研究科助教授、同19年同准教授、名古屋大学地域医療センター副センター長、栄養サポートチームチェアマン(併任)、現在に至る。

日本老年医学会(専門医、評議員)、日本静脈経腸栄養学会(評議員)など

現在の研究領域:

老年医学、地域医療、高齢者栄養、高齢者総合機能評価、sarcopenia

いかがですか。

足立 家族の方と過ごしている方と独居の方では、栄養面でかなり違っているようです。実際の摂取カロリーはわかりませんが、家族と過ごしている方は食生活がバラエティに富んでいると思います。

鳥羽 葛谷先生、いかがですか。

葛谷 自立しているといっても、独居というだけで栄養障害のリスクになっていると思います。家族では当然たくさんの食べ物が出てくるでしょうが、独居の方は、自分でたくさん作りませんね。

柴田 高齢者の場合、問題になるのは食の多様性ですね。われわれは多様性のスコアを作り評



PROFILE

あだち きょういち
足立 経一 先生

昭和58年島根医科大学医学部卒業。同年島根医科大学第二内科研修医、公立雲南総合病院内科、島根医科大学第二内科助手、講師、助教授、島根大学准教授を経て、平成20年島根大学医学部臨床看護学教授、島根大学医学部附属病院臨床栄養部部長・栄養サポートチーム代表(併任)、現在に至る。

日本消化器病学会(専門医、指導医、評議員、広報委員)、日本消化器内視鏡学会(専門医、指導医、評議員)、日本静脈経腸栄養学会など

現在の研究領域:

- I. 消化器領域(胃食道逆流症などの機能性消化管障害の病態、治療に関する検討)
- II. 栄養領域(栄養評価、栄養剤の半固形化の有効性に関する検討)

働いています。この多様性のスコアが高いほど長生きでもあり、生活機能の低下が遅くなるのです。

家族構成との問題でいうと、配偶者を失うと多様性が失われるのです。多様性がなくなると生活機能が悪くという悪循環になるのです。ですから、血縁同居が絶対条件とは思いませんが、地域で共食、会食ということは大事です。これはコミュニティレストランという概念で、とてもよいのです。みんなで集まって給食サービスと一緒に食べる、血縁家族ではなく、ソーシャルファミリーのような仕組み作りが必要だろうと思います。

鳥羽 食品の多様性スコアを用いて、認知機能

と転倒の2つをみています。やはり両方とも多様性スコアのある方は認知機能の維持や、転びにくいということが出ていますので、多様性スコアは本当に重要な指標だと思います。

2. 給食・配食サービスを受けている

高齢者の問題点

鳥羽 次に、配食サービスや給食サービスを受けている高齢者の問題点についてお願いします。

足立 老人施設などでは、食事に関するコストが一番削られやすいと感じています。例えば同じ物を使っている、ハウス物と天然物、含まれている微量元素やビタミン量などが明らかに違うと思うのですが、食材を変えるとコスト削減になります。食の多様性ということも含めての話だと思いますが、介護施設などでは少しずつ食事の質が落ちているのではないかと思います。

鳥羽 実際にそのようなご経験をされたことはあるのでしょうか。

足立 例えば島根大学病院では、魚の冷凍物は使わないなどのこだわりをもって栄養士たちは食材を選んでいます。ほかの病院の話聞いてみても、材料の質を高く維持するのは難しいのではないのでしょうか。実際、患者さんには食に関する好みがあると思いますが、食事そのものに関する不平は当院ではあまりありません。

柴田 コストが問題になっているというのは、長期療養施設では以前は介護費用でカバーされましたが、自己負担になったということも関係していますか。

足立 関係していると思います。

鳥羽 あれは上乘せされた費用ですので、介護施設にとっては、むしろプラス加点になったのではないですか。

足立 ただ、経済的に食事提供以外の部分でプラスになるところが少なくなっているのではないのでしょうか。介護施設などでみても、介護保険料はサービスを提供すればするほど、赤字経営に傾くようなことが起こっているのではないかと思います。

鳥羽 葛谷先生、いかがですか。