

nonmortality outcomes averaged over multiple domains (ie, physical, social, and psychological functioning and well-being). Consideration of QOL is essential for the selection of a treatment option, particularly when conditions are noncurative and chronic.¹⁵ Therefore, it is not surprising that physicians who regularly see older patients with multiple chronic conditions consider QOL the most important health care outcome. On the other hand, the term QOL may not be familiar to many health care recipients, and we cannot exclude the possibility that QOL might be confused with other terms, such as standard of living.

Most health care recipients ranked effective treatment of diseases as the most important, suggesting that patients are concerned about their own particular symptoms rather than nonspecific QOL, arguing for efforts to examine the symptoms most concerning to patients. The high importance of effective treatment of diseases ascribed by health care recipients, but not physicians, also implies the significance of the often-neglected aspect of inappropriate prescribing in older adults: underuse of medication likely to be beneficial to older adults. Increased evidence has suggested that failure to prescribe indicated, beneficial medication is common in older adults,^{7,8,16} and recent attempts to provide an explicit list of appropriate, indicated medication for older adults are justified.¹⁰

Interestingly, views on patient satisfaction were also different. All physician groups ranked patient satisfaction as the second top priority, whereas health care recipients considered this to be less important. This tendency has been demonstrated in a prior small study in England more than 15 years ago.¹² Recently, patient satisfaction has been increasingly used to measure health care qualities and compare health plans or physicians.¹⁷ However, our finding may argue against the value of patient satisfaction as a performance measure in geriatric medicine, especially in light of recent evidence suggesting that higher patient satisfaction is accomplished at the sacrifice of increased use of health care resources and may not be directly associated with technical quality of care or improved outcome.^{17,18}

We observed agreement on several items between health care providers and recipients. The importance of physical and mental function, such as maintaining activity or improving physical function, was expressed by both health care providers and recipients. This finding was consistent with prior studies in older adults with multiple chronic conditions^{12,19} or terminal conditions,^{20,21} suggesting that physical and mental function should be an essential factor to consider as a health care outcome in various care settings for older patients.

Reduction in mortality was given the lowest priority by all the groups in health care providers and recipients alike. This view is similar to that observed in previous studies.^{12,19} This finding supports the contention that treatment interventions should be assessed in terms of reduced morbidity and improved QOL in addition to reduced mortality.

In this survey, respondents' characteristics, except age, had limited influence on their views on health outcome prioritization within each group. Geriatricians older than 60 years and community-dwelling adults older than 75 years gave higher priority to effective treatment of diseases compared with their younger counterparts. This suggests that health outcome priorities may not be stable, and can change as respondents age or differ from generation to generation. The cross-sectional design of our survey prevented us from separating the age effect from the secular trend, and further studies will be required to examine the time- or setting-dependent variability of health outcome prioritization.

This study has several limitations. First, although the average response rate was high for a postal survey, it was lower in physician groups than in health care recipient groups (26% to 48% vs 44% to 61%, Table 1). Thus, selection bias cannot be excluded. Second, it was not sure that health care recipients, particularly adult day care participants, correctly understood the study terminology. Third, some of the

items used in the survey were not mutually exclusive. Nevertheless, a similar trend in priorities of outcome measures according to either side of health care providers or recipients suggests that the overall results were not significantly affected by these limitations.

Conclusion

We demonstrated that there was significant agreement and disagreement of health outcome prioritization between health care providers and recipients in geriatric medicine. Health care providers and recipients agreed on high priority for function and low priority for reduction in mortality, but there was obvious disagreement in how they perceived QOL, treatment effect, and patient satisfaction as goals of care. Such disagreement necessitates better communication between providers and recipients to reach goals of care that are mutually understandable and tailored to meet patients' specific needs. The low importance of reduction in mortality and patient satisfaction ascribed by health care recipients may question the value of these outcomes as a way to assess treatment interventions and quality of care. We propose that the priorities of health care outcomes and their differences between providers and recipients demonstrated in this study should be taken into account in the health care of older patients and the design of health care policies and research.

Acknowledgments

We thank the following individuals for helping the acquisition and/or interpretation of data: Dr Yumi Kameyama, Dr Kiyoshi Yamaguchi, and Dr Sumito Ogawa, Department of Geriatric Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo; Dr Katsuya Iijima, Institute of Gerontology, The University of Tokyo; Dr Yoichi Kosaka, Department of Geriatric Medicine, Tohoku University Graduate School of Medicine; Dr Hiroyuki Umegaki and Dr Yusuke Suzuki, Department of Geriatric Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine; and Dr Yukihiko Ikehata and Dr Ban Mihara, Japan Association of Medical and Care Facilities.

References

1. Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011;378:1183–1192.
2. Ministry of Internal Affairs and Communications Statistics Bureau, Director General for Policy Planning and Statistical Research and Training Institute. Population Estimate. 2012. Available at: <http://www.stat.go.jp/english/index.htm>. Accessed July 8, 2012.
3. Scott IA, Guyatt GH. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. *Arch Intern Med* 2010;170:587–595.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37–43.
5. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716–724.
6. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870–2874.
7. Hanlon JT, Schumacher KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:200–209.
8. Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2004;140:714–720.
9. American Geriatrics Society. Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:G16–G31.
10. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72–83.
11. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: A systematic review. *Drugs Aging* 2009;26:1013–1028.
12. Roberts H, Khee TS, Philip I. Setting priorities for measures of performance for geriatric medical services. *Age Ageing* 1994;23:154–157.
13. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, et al. Priority setting in general practice: Health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J* 2010;51:483–492.

14. Junius-Walker U, Stolberg D, Steinke P, et al. Health and treatment priorities of older patients and their general practitioners: A cross-sectional study. *Qual Prim Care* 2011;19:67–76.
15. Symonds T, Berzon R, Marquis P, Rummans TA. The clinical significance of quality-of-life results: Practical considerations for specific audiences. *Mayo Clin Proc* 2002;77:572–583.
16. Gurwitz JH. Polypharmacy: A new paradigm for quality drug therapy in the elderly? *Arch Intern Med* 2004;164:1957–1959.
17. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172:405–411.
18. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med* 2006;144:665–672.
19. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med* 2011;171:1854–1856.
20. Rosenfeld KE, Wenger NS, Kagawa-Singer M. End-of-life decision making: A qualitative study of elderly individuals. *J Gen Intern Med* 2000;15:620–625.
21. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346:1061–1066.

特集：認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

序文

鳥羽 研二

序文

鳥羽 研二

長寿科学研究朝田班による認知症高齢者の実態調査の結果は、国民を震撼させる結果であった。高齢者の14.4%が認知症であるという罹患率は、高齢者人口に当てはめると400万人を超え、予備軍である軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment : MCI)も同数存在することが初めて明らかになった。

この結果は、認知症が新たな「国民病」であることを明確に示している。

90歳以上では3/4以上が罹患する疾患に国民の不安は大きい。

早期の予防戦略の充実、悪化阻止の新薬の開発の促進も重要であることは言をまたないが、開発に要する時間軸を考えると、発症した認知症患者に対する医療関係者の根本的意識改革と、社会が認知症を「ありふれた疾患」として受け入れる準備が必要だろう。

全国に認知症疾患医療センターは170カ所以上整備されたが、この危機意識を共有して、どこまで面展開ができていくかははなはだ疑問である。

認知症に関する不安と課題を以下に列挙した。

- 1) だんだん悪くなり、自分が自分でなくなっていく不安(認知機能)
- 2) 気分が荒れたり、落ち込んだりして、家族に迷惑がかかる(周辺症状)
- 3) 身の回りの世話ができなくなり、炊事や通院も人手を借りる(生活機能)
- 4) 尿を漏らしたり、転んだり、むせたりして入院するのでは?(老年症候群)
- 5) 家族に迷惑をかけたくない(介護負担)
- 6) 家族以外に助けてくれるところはあるの?(介護保険、サービス利用)
- 7) 急に悪くなったとき、入院できる場所はあるの?(緊急対応)
- 8) 寝たきりになって施設で、胃瘻で生かされるの?(エンドオブライフケア)
- 9) 最初から最後まで親身になってくれるお医者さんは?(かかりつけ医)
- 10) 国全体でもっと真剣に取り組んでくれないのか?(医療、介護政策)

これらの要素に丁寧に答えることが、認知症に対する包括的アプローチであり、認知症疾患医療センターに国民が求めていることであろう。

平成24年6月18日、厚生労働省は副大臣のもと局横断的に「今後の認知症政策」について骨子を発表した。

- 1) 平易なスケールによる早期診断、患者の把握
- 2) 多職種チームによる早期相談ケア
- 3) かかりつけ医教育の充実
- 4) 家族教室の拡充
- 5) 精神病院入院基準の明確化と早期在宅復帰

6) 精神病薬の使用ガイドライン策定

7) 認知症疾患医療センターの基準を緩め(身近型)6万人に一箇所整備

などとなっている。2)早期介入チームは新聞報道されたが、英国の制度を翻訳輸入しようとしていて、実証のないアイデアで、実効性の検証はこれからである。

身近型認知症疾患医療センターの創設は、何より現在の認知症疾患医療センターの実態調査で活動性が担保されていなければ、税金を用いた意味が問われよう。制度を充実させるのは、「人」であり、人を育てるには教育カリキュラムが必要である。サポート医-かかりつけ医対応力向上研修システムの成功に何を学べばいいのか？ 残された少ない時間の中で、早急にすべきことは明確であり、認知症の包括的アプローチに、産官学は「国民病」にどう連携して立ち向かうのかが問われている。

本特集は、これらの課題の大半に一定の解答を与えるタイムリーな企画であり、認知症診療に当たる医療関係者の情報整理と日常診療への貢献ができればと願っている。

鼎談

認知症診療における地域連携と
早期診断・早期対応に向けて
—リバスチグミンの有効性と期待を含めて—

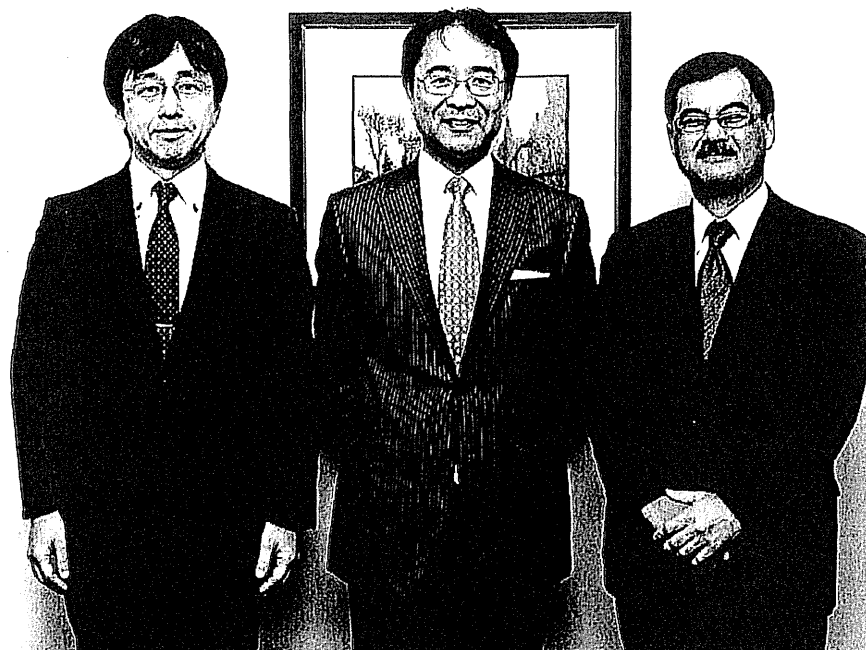
武地 一

藤井 昌彦

遠藤 英俊(司会)

鳥羽 研二

鼎談



認知症診療における地域連携と 早期診断・早期対応に向けて —リバスチグミンの有効性と期待を含めて—

出席者 (敬称略, 発言順)

武地 一

京都大学医学部附属病院老年内科診療科長

藤井 昌彦

医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長

遠藤 英俊 (司会)

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

総括 (敬称略)

鳥羽 研二

国立長寿医療研究センター病院長

2012年10月24日 ANA クラウンプラザホテルグランコート名古屋にて収録

はじめに

遠藤 本日は「認知症診療における地域連携と早期診断・早期対応に向けてーリバスチグミンの有効性と期待を含めてー」と題し、座談会を開催します。

2012年、厚生労働省は、認知症患者が305万人(推定)いると発表しました。これまでの発表に比べ75万人も多く、様々な点で見直しが迫られています。

また「今後の認知症施策の方向性」(表1)も発表しました。この報告によると、認知症では、医療とケア、地域における影響が大きいとされる反面、それに至る過程が不十分だともいわれています。

早期診断・早期対応の重要性

遠藤 認知症に対する早期診断・早期対応の重要性について伺います。

家族や患者本人がいかに早く気づくかということですが、京都ではネットワークで診療につ

なげる取り組みが行われていますよね。

武地 2012年2月に「京都市認知症ケアを考えるつどい」という会を開催し、そのときに問題になったのが、入り口問題。要するに認知症の医療やケアにたどり着かない方が多く、ずっと放置され、BPSDが増悪してから、精神科の病院に入院させてほしいなど、認知症医療ケアの介入を求める方が多い点です。家族が十分に認識していない、地域から孤立している、虚弱な老老世帯や高齢者独居世帯の増加などが原因として考えられます。また、かかりつけ医や専門医療機関による適切な診断ができていないという問題もあります。

都市部で問題になっていることは、認知症は誰かが診てくれるだろう、専門の医療機関に行くだろう、という医師が多いことです。

遠藤 ただ、最近は、かかりつけ医に診断後の投薬は任せるということも増えてきているようですね。

武地 処方して下さる先生は増えてきていますが、治療方針を考えたり、介護サービスの利用について家族に助言して下さる先生がまだまだ少ないですね。

表1 今後の認知症施策の方向性について

今後の認知症施策の方向性について
厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012年6月)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
 - ①かかりつけ医の認知症対応力の向上
 - ②「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ③アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
 - ④早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 - ⑤認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - ①「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ②一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 - ③一般病院での認知症対応力の向上
 - ④精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ⑤精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

遠藤 藤井先生は、この早期診断・早期対応の問題についてどのようにお考えですか。

藤井 われわれの病院は、医療保険対応の認知症治療病棟と介護保険対応の認知症療養病棟があります。地域の医療機関や施設から患者さんが紹介されてきますが、多くの場合、BPSDが増悪した状態で送られてきます。比較的保たれている情動により刺激を加えることによってBPSDを悪化させずに済むという症例も多く見受けられます。早期から家族の対応が大切であるという啓蒙を行うことによって、BPSDを示す症例は少なくできると考えています。

遠藤 先ほど、かかりつけ医があまり認知症患者を診ないというお話がありました。一方で、認知症専門医の数が少なく、なかなか増えないという問題があります。われわれ国立長寿医療研究センターでは、サポート医の研修を行っていて、これまでに約2,500名が終了していて、その一部の先生方が大活躍されていると理解しています。かかりつけ医研修としてサポート医が講師役となり35,000名に講習を行いました。最近ではあまり増えていないのが現状です。国から発表されたオレンジプランでは、2017年度末までにサポート医を4,000名、かかりつけ医を50,000名にするという計画ですが、病院や診療側などの受け手側がまだ十分に整備されていないという気がするのですが、いかがですか。

武地 現在、京都では28名のサポート医がいます。サポート医を養成するだけでは問題は解決しないので、京都では「サポート医連絡会」を立ち上げ、京都府下全体のサポート医が年に2回集まっています。その中で、サポート医を2～3年ごとに評価することを義務付けています。サポート医同士のレベルアップとお互いの取組んでいる内容の理解を目的とし、京都府内では、サポート医といえれば一定の基準を満たしているといえる仕組みになっています。

遠藤 こういった内容に対して、京都府も協力しているのですか。

武地 サポート医のフォローアップを兼ね、京都府医師会とタイアップしています。「サポート医連絡会」は、28名のサポート医と京都府内

たけち
武地

はじめ
— 先生



PROFILE

昭和61年京都大学医学部医学科卒業。同年京都大学医学部附属病院内科研修医、同62年福井赤十字病院内科医員。平成元年京都大学大学院医学研究科博士課程入学、同5年同課程卒業(医学博士)、同年新技術事業団研究員(大阪バイオサイエンス研究所神経科学部門)、同8年ドイツ・ザール大学生理学研究所博士研究員、同11年京都大学医学部附属病院老年科助手(助教)、同22年京都大学医学部附属病院老年内科講師・診療科長、現在に至る。

【主な所属学会】

日本老年医学会(指導医、代議員)、日本内科学会(認定内科医、指導医)、日本老年精神医学会(専門医、指導医)、日本認知症学会(専門医、指導医)、日本認知症ケア学会、日本神経学会、日本神経科学学会、認知症サポート医

【研究分野・研究テーマ】

高齢者総合的機能評価、認知症の早期診断、地域連携、認知症ケア

の26地域の医師会の認知症あるいは介護担当理事による合同集会です。

遠藤 藤井先生の地域ではいかがですか。

藤井 在宅総合診療を行っている先生方に、認知症に対する理解を深めていただき、実際にグループホームや在宅診療に行った際、患者さんの家族やスタッフに対し接し方を教えてあげるといような、より精度のよいシステムにつなげていきたいと思っております。

遠藤 では、早期発見・早期治療のメリットはどういった点になりますか。

武地 認知症は患者本人と家族の間でいさかかが起こることが多くあるので、認知症を早くみつけることが大事になります。また、正常圧水頭症や甲状腺機能低下症などの治療可能な認知



ふじい まさひこ
藤井 昌彦 先生

PROFILE

昭和 58 年弘前大学医学部卒業。同 62 年弘前大学大学院医学研究科卒業(医学博士)。平成 8 年東北大学医学部大学院研究生(老年内科)。同 11 年医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長。同 19 年東北大学医学部老年科臨床教授。現在に至る。

【主な所属学会】

日本老年医学会、日本認知症ケア学会、社団法人非薬物療法研究会会長

【研究分野・研究テーマ】

老年医療、認知症、廃用症候群、介護機器開発

症が隠れている場合もあるので、認知症症状を疑ったら医療機関に早目に行くことが、その後の QOL を考える意味でもいいと思います。

遠藤 藤井先生はいかがですか。

藤井 先程申し上げたように認知機能が低下しても情動の部分が残っている方は、周りがきちんとした対応をすることで、症状が悪化しにくいこともあります。こういった場合では、啓蒙を含め早期介入することで、BPSD なく認知症の方が地域で暮らせることが可能なこともあります。

遠藤 われわれの病院では、遠方から来られる方も多いため、認知症の前段階である軽度認知症障害(MCI)で、MMSE が 24~28 点の方がもの忘れを心配して早期にいらっしゃることが多いのです。検査結果から認知症が疑わしい場合には、治療するか否かという課題もありますし、診断結果をどのように告知して、治療につなげるかという問題もあります。これまでの経験から、早期に投薬を開始すると、MMSE が低下しにくく、投薬だけではなく、ケアや運動や日記

を書くなどといったリハビリテーションも大事だと感じています。

武地 検査結果が正常範囲内の場合、1~2 年後に再検診を必要とする方とそうでない方のように見分けるのですか。

遠藤 SPECT や MRI で海馬の萎縮や後部帯状回の血流低下などで見分けています。変性性疾患タイプでない方は来年いらっしゃいと伝え、変性性疾患が疑われる場合には治療を開始しています。

武地 MCI を過ぎ、認知症症状がみられた時期を早期とするのか、MCI の段階を早期とし治療を開始するののかという意見がありますが、厚生労働省のいう早期とはどちらを定義しているのですか。

遠藤 どのレベルの人に積極的に介入していくか否かは、今後の研究班の結果をみてからだと思います。

認知症の地域連携と現状の取組み

遠藤 武地先生、京都における地域連携プロジェクトについて教えてください。

武地 1 つは先程申し上げたサポート医レベルでの地域連携を行っています。もう 1 つは、画像であれば画像専門医療機関へ開業医の先生もオーダーすれば撮影可能ですが、認知機能検査をかかりつけ医が行うことはなかなか難しいので、われわれのもの忘れ外来で認知機能検査だけを行って帰すという連携を行っています。MCI や早期診断になると認知機能検査で押さえるべきところがあります。プロジェクトとしての「地域連携の会」といって、投薬開始半年後、1 年後の MMSE や認知機能に効果があるかということデータを表したいと考えています。

遠藤 専門検査を大学病院などに依頼するということですね。受け手側の先生たちは何名ぐらいおられるのですか。

武地 まだ確定はしていませんが、候補者としては 100 名程度の先生がいらっしゃいます。基本的にかかりつけ医の先生にアルツハイマー型

認知症(AD)の疑いであるという診断をつけてもらいます。その後、BPSDなどの評価とともに簡単な家族指導を大学病院で行っています。

遠藤 それは先生も出席されるのですか。

武地 1時間ほどの臨床心理士のアセスメントの後、結果や治療について簡単に説明します。

遠藤 MRIは行うのですか。

武地 画像はかかりつけ医に撮ってきていただきます。

遠藤 藤井先生の病院では、こういった連携が行われていますか。

藤井 在宅総合診療をお願いした先生にも外来と一緒に診ていただく場面もありますし、老年科に特化した先生に外来を担当していただくこともあります。院内で患者さんのいろいろなディスカッションを行う場面もございます。

遠藤 その在宅総合診療を行っている先生は、基本的には開業している先生ですか。

藤井 はい、患者さんを紹介いただいたりしていますし、実際、患者さんを当院で診ている先生もいらっしゃいます。

「今後の認知症施策の方向性」について

遠藤 ここで話題を変更させていただきます。2012年6月18日厚生労働省から「今後の認知症施策の方向性(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>)」が発表されました。

認知症施策の方向性ということで、認知症ケアパスをつくるという話や、薬物療法ガイドライン、精神科病院の入院ガイドライン作成、などの話がありますが、この施策について、先生方の印象をお聞かせください。藤井先生、精神科病院に入院した方の50%を2カ月間で退院できるようにという目標について、いかがでしょうか。

藤井 実際、当院に来る患者さんは、いよいよという段階でいらっしゃるのです。2カ月という短期で元に戻すことは非常に難しいように感じます。抗精神病薬が多用された結果、入院する方が多くいるので、これらの薬物を調整するこ

えんどう ひでとし
遠藤 英俊 先生



PROFILE

昭和57年滋賀医科大学卒業。同62年名古屋大学医学部大学院修了、平成2年米国国立老化研究所客員研究員、同5年国立療養所中部病院内科医長、同16年より国立長寿医療センター内科総合診療部長、現在に至る。

【主な所属学会】

日本内科学会(内科認定医)、日本老年医学会(評議員、老年病専門医)、日本ケアマネジメント学会(理事)、日本高齢者虐待防止学会(副理事長)、日本老年精神医学会(専門医)、日本認知症学会(理事)、日本認知症ケア学会(評議員)

【研究分野・研究テーマ】

老年医学、認知症、ケアマネジメント、回想法、DCM、高齢者虐待

とで、十分に社会的な生活ができる方が多いことも事実です。しかし実際には、そういった患者さんを短期間でクリアにすることは難しいようです。早期介入やサポート医の関わり方や、家族への教育などをサポート医も中心に行うことで、薬剤が適切に使われ、症状が軽減される方もあるのではないかと思います。

遠藤 認知症患者に対しても退院支援という理想を掲げて、地域へ戻そうという方向性が示されました。課題は、患者の受け手が地域に少ないということですか。

藤井 家族の方も長期にわたってBPSDの問題で悩まれているので、かなり改善していても、在宅には抵抗がある場合もあります。その場合、グループホームに入居していただき、養生している姿を家族にみってもらうことで、家族の方がまた自宅でみるということもあります。

遠藤 となると、2カ月間は、少し短いという

印象とご家族の受け取りがなかなか難しい印象がありますよね。

藤井 そうですね。ですから、BPSDが酷くなる前の段階できちんと対応しておくことが大事なのです。

武地 認知症の患者さんに対して、老年医学的にフォローしながら介護サービスを使用していれば、精神科に入院する方は少ないと思うので、認知症の方は精神科に入院するのがスタンダードではないということを全国で標準化していくことが大事ですね。

遠藤 われわれのもの忘れセンターでも病床が30床あり、年間400名の患者さんを診ていますが、当センターで重度のBPSDが原因で診られない患者さんが約20名(5%)いらっしゃいます。こういった場合は、精神科の専門病院にお願いしています。われわれ内科では限界があることも事実です。

やはり、適切な施設で診ていただきたい患者さんはおられると思います。その患者さんを簡単に2カ月で在宅に戻すということは慎重に考えた方がいいのではないのでしょうか。

2013年から一般病院の看護師向けに研修を行う予定です。専門的な対応などの資料を作成し、全国に提供すること考えています。オレンジプランに基づく、この5年間で87,000名の教育を行うことになっています。

武地 それには診療報酬がつくのですか。

遠藤 診療報酬は難しいようなので、日本看護協会や日本病院協会などに協力いただいて、多くの病院に参加していただくと考えています。

武地 退院支援の際、診療報酬が100点つくということで全日本病院協会にお願いした日本老年医学会での研修は、病院協会も協力して多くの医師に参加いただきました。100点でも構わないので診療報酬がつくと普及しやすいですよ。

認知症のケア

遠藤 これまで、連携や施策についてお話しいただきましたが、ここで認知症のケアについて

触れたいと思います。最近の認知症ケアについて気になる点や強調したいことはございますか。
武地 施設ケアのレベルは上がってきています。あとは在宅の方たちをどのようにケアするかということです。地域包括支援センターや初期集中支援チームを作って、地域で支えることが大事だと思います。また、一般市民が認知症に対する理解を深め、地域レベルでケアが行える仕組みづくりが今後、重要になります。

遠藤 国は2012年を「地域包括ケア元年」として、医療と介護を連携し、見守り、買い物、徘徊などのネットワーク化を意識しています。例えば富山県氷見市では、認知症の方が買い物や見守りで困ったという、社会福祉協議会が民生委員を呼んでサポートチームを作るのです。このチームによって、認知症の方が独居であっても何とかカバーできるのです。このような地域を作ることは大事だと思いますし、地域でいかに高齢者が安心して暮らせるかというサポートが大事だと思いますが、藤井先生、いかがですか。

藤井 ケアについていいますと、ケアをする人の態度が重要ではないのでしょうか。われわれはBPSDに対応してBPSCという概念を提唱しています。BPSCとはBehavioral and Psychological of Symptoms of Caregiverのことで、介護者の態度が認知症患者さんに対し否定的であればあるほど、BPSDが強くなりますし、介護者が受容的であれば、BPSDも軽くなるといった相互的な関係性があります。認知症患者さんでは「情」をつかさどる大脳辺縁系の機能は比較的保たれており、相手が自分のことを嫌っていると感じると、ますますそれに反応してBPSDが強くなるというのはよくある話です。ケアの本質は、情的な部分は認知症患者さんに残っているという前提に立ち、患者さんの情を尊重すること、尊厳を大切にすることを強く啓蒙していく必要があると感じております。

遠藤 以前からBPSCという介護者の関わり方が大事で、患者さんをマッサージしながらパッチ製剤を貼ると、より効果があるということを実践されていますが、リバスチグミンを貼る

ことと患者さんに触れることの関係性についてお話しください。

藤井 BPSDを減らすためには、お互いの大脳辺縁系による共鳴が重要です。実際にケアする人が患者さんから「どうもありがとう」とか感謝の態度や言葉があると、また患者さんのために一生懸命やってあげようという気になると思います。よい共鳴を来すためには、大脳辺縁系により刺激を加えることが重要で、そのためには触れるという体性感覚が重要なのです。

2011年7月にリバスチグミンの経皮吸収型製剤が日本でも発売になりました。この薬剤は貼付剤のため、患者さんに触れる機会が多くなります。この触れる機会を有効活用しています。触れる箇所は身柱といわれ、小児の夜泣きや疳の虫にもいいとされています。単純に貼付した群と、身柱を1～2分マッサージした後に貼付した群に分け、各10例ずつ4週間にわたって効果をみたところ、後者の群でNPI(BPSDの評価尺度)値が有意に軽減していました(図1)。実際にケアに携わっているスタッフに話を聞くと、以前は全く反応示さなかった患者さんでも、言葉を発することがありスタッフも喜んでいました。スタッフが喜ぶことでBPSDと感ずる閾値も変化し、BPSDの軽減を感じることがあるのです。

遠藤 触れることと薬剤を投与することで患者さんから感謝されるような言葉が出てきたということですが、薬の効果、触れる効果、それとも両方の効果なのですか。

藤井 薬があることが触れるきっかけになっていると思います。身柱マッサージだけをお願いしても行わないスタッフはいるかもしれませんが、薬があると投薬行為を介して導入しやすいことはあります。もちろん薬効があり、身柱マッサージを加えることをスタッフが自然に行うことができたことによっていい結果が引き出せたと思います。非薬物的なケアの提供には、動機づけが必要であるといえます。

遠藤 貼付剤の特徴が出ていますね。

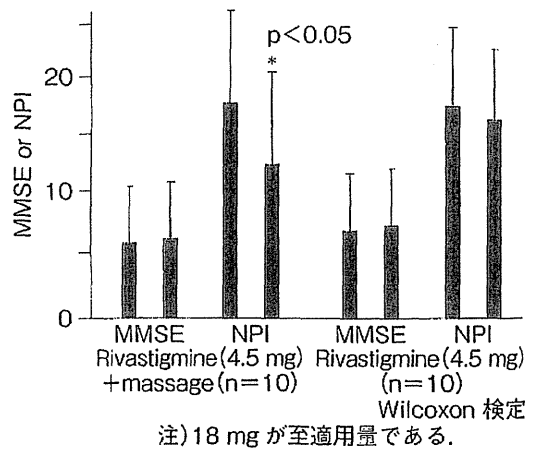


図1 リバスチグミンと身柱マッサージ(文献1より引用)

介護者アンケート

遠藤 ここで私から、2012年3～6月に全国で約11,000名の介護者を対象に行われた認知症の治療薬服用状況に関するアンケートの結果について紹介します。

「服薬に関して苦勞することがありますか」という質問に対して、48%が患者さんへの服薬に苦勞しているという結果が得られました。さらに、「服薬の際、具体的に苦勞する点」を伺うと、薬を飲みたがらない、という答えが最も多く、飲み忘れや服薬の確認の難しさ、服薬数が多く、管理が大変など様々な点で苦勞しているということがわかりました。また、認知症治療薬の使用を中止した方たちに中止した理由を伺うと、副作用の出現、薬効が感じられない、薬を飲み込みにくくなったから、などが多くを占め、内服の困難さが浮き彫りになりました(図2)。

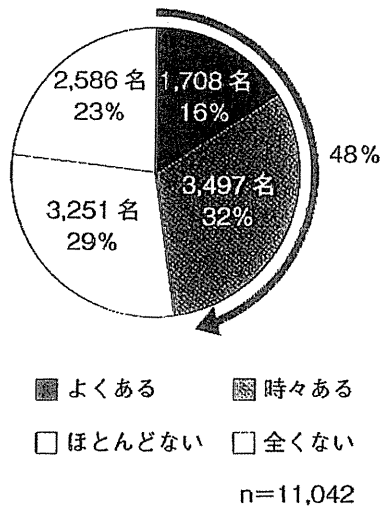
これらの結果から、内服薬を貼付剤に変更することでメリットがある方も多く存在すると考えられます。そこで貼付剤の剤形面のメリットや実際の効果について、使用経験も含めて何か教えていただけないでしょうか。

武地 認知症患者さんの場合、服用しているのかいないのかがわからないこともあります。貼付剤であれば、患者さん自身も介護者もお互

服薬に関して苦労するときがあるか

【現在、認知症治療薬を使用中】
患者さんへの服薬に関して苦労する
ときがありますか？

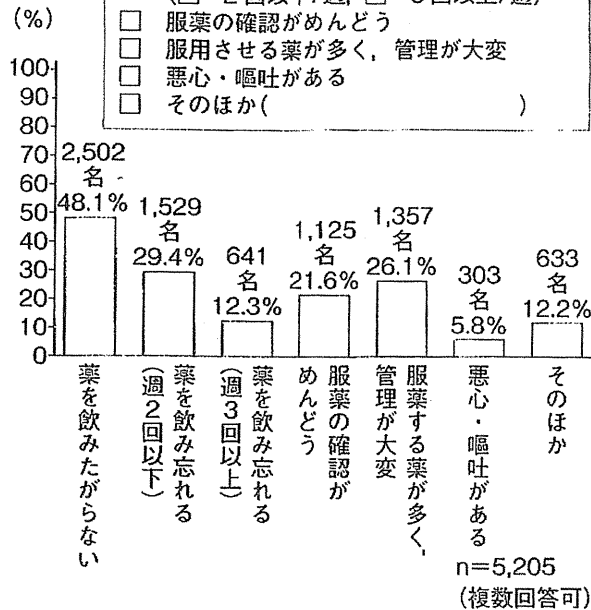
- よくある
- 時々ある
- ほとんどない
- 全くない



服薬に関して苦労する点

「よくある」、「時々ある」方は、具体的にどのような点に苦労していますか？(複数回答可)

- 患者さんが薬を飲みたがらない
- 患者さんが薬を飲み忘れる
(2回以下/週, 3回以上/週)
- 服薬の確認がめんどろ
- 服用させる薬が多く、管理が大変
- 悪心・嘔吐がある
- そのほか()



認知症治療薬の使用を現在はやめている理由

上記の質問で「使用したことがある」を選択した方にお聞きします。
現在は認知症治療薬の使用をやめている理由は何でしょうか？
(複数回答可)

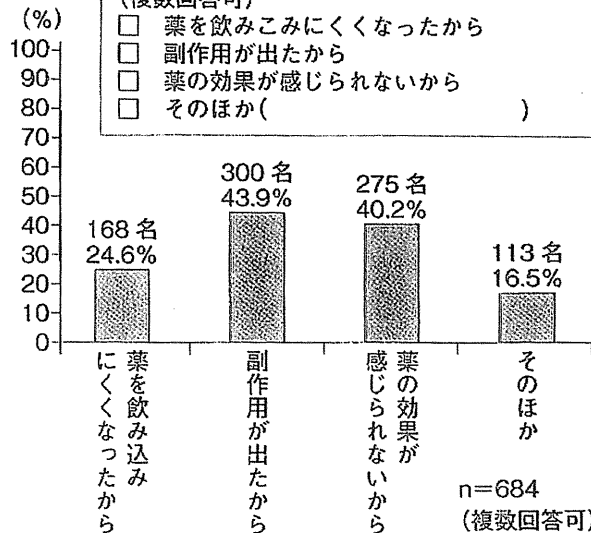


図2 介護者アンケート(アンケート実施期間：2012年3～6月)

いにみることができ安心するのです。
遠藤 貼付剤で最も気になることはかぶれなどの皮膚症状ですが、その点はいかがですか。

武地 貼付剤にとって皮膚症状は大きな問題です。約10%の方がかゆみなどで服用が継続できなくなる印象です。それ以外の方は、処方時に

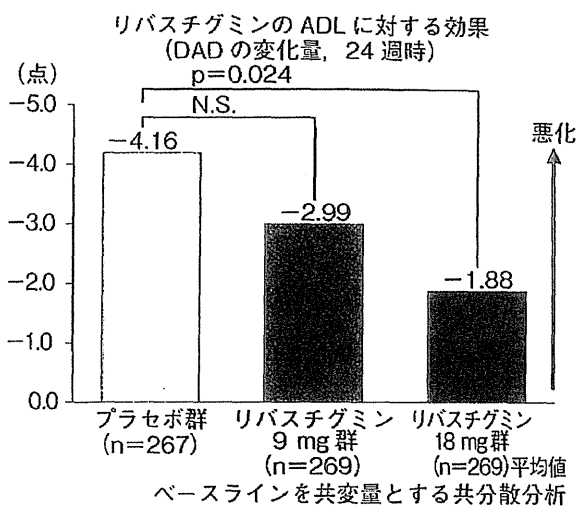
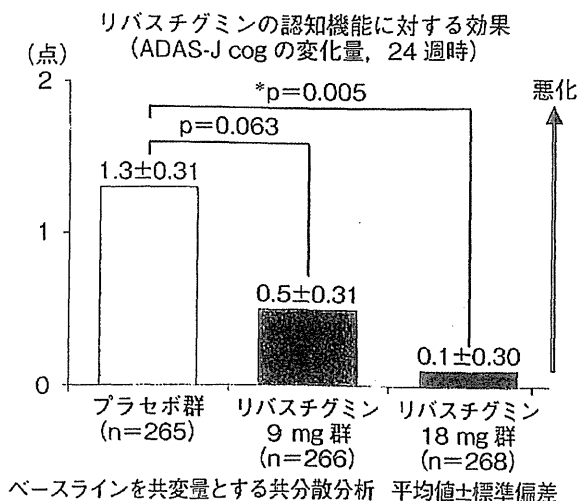


図3 リバスタグミンの効果(国内後期第Ⅱ/第Ⅲ相試験)(文献2より改変引用)

先手を打って、ヘパリン類似物質やバタメゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩などを一緒に処方しますが、結局使わなかったという方が半分以上おられ、残りの方は少し使用されているようです。

遠藤 藤井先生、いかがですか。

藤井 身柱マッサージとの併用もありますが、自発的な発語がみられることがあります。また、睡眠障害なども比較的穏やかになったように思います。

皮膚症状についても、われわれの施設では10%以下であり、軽度なものです。

武地 内服薬では、10%程度で吐き気や食欲不振が原因で休薬される方がいますが、貼付剤で

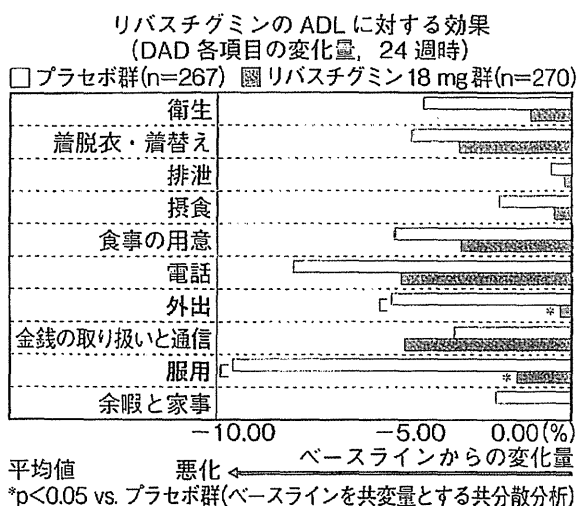
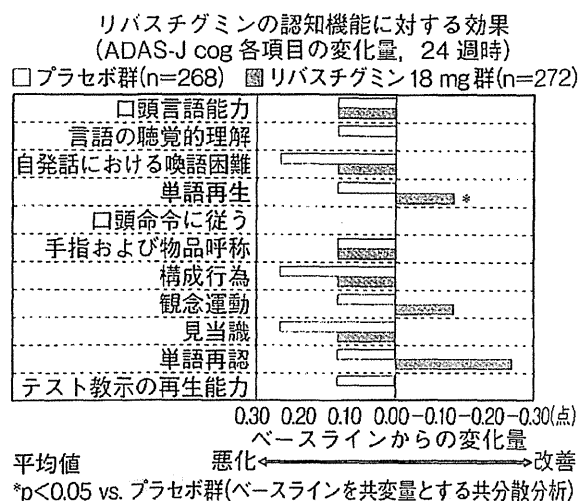


図4 リバスタグミンの効果(国内後期第Ⅱ/第Ⅲ相試験事後解析)(文献3より改変引用)

はこれまでに消化器症状を示す患者さんを経験していません。

遠藤 国内外の臨床試験では、貼付剤の効果について、ほかの内服薬と比較しても認知機能の進行遅延については劣りませんし、ADLの維持ができます。特に初期に障害されやすいコーヒーを入れる、お茶を入れるといった飲みものの用意や外出、買い物などのIADLに対する効果が顕著で、その点が薬を選択するポイントかもしれません(図3~5)。

内服薬と貼付剤を比較すると、意外と貼付剤の人气が高く、患者さんや家族の方は貼付剤に対する期待が大きいと感じています。リバスタグミンではコミュニケーション能力が向上する

アルツハイマー型認知症患者に対するリバスチグミンの有用性
ADCS-ADL(日常生活動作評価, 24週時)のレスポナー解析

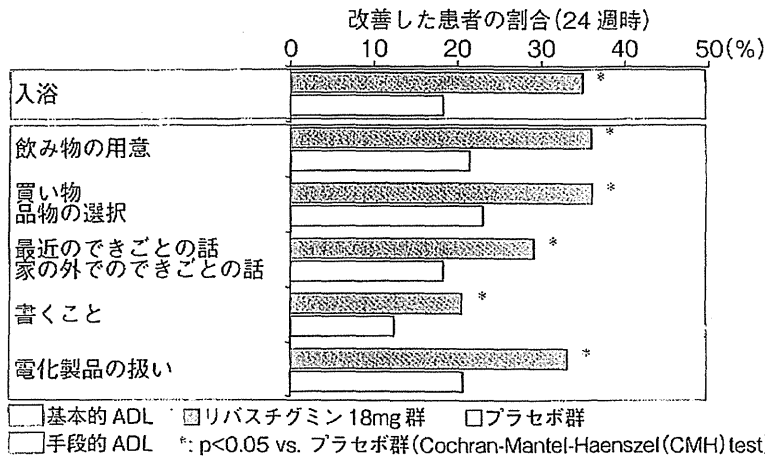


図5 アルツハイマー型認知症患者に対するリバスチグミンの有用性(海外第Ⅲ相試験事後解析)(文献4より改変引用)

患者さんが多いという意味でも非常に期待しています。

最後にリバスチグミンで特有の効果を体験されたなどございますか。

武地 既にお話に出ていますが、あまり話されなかった方が自分の症状について話されるようになりました。また、介護者の力を借りずに自分で貼付剤が貼れるようになった方もいます。

遠藤 藤井先生、いかがですか。

藤井 家族が久しぶりにお見舞いにいらした際、リバスチグミンと身柱マッサージの効果で、患者さんが変わったのでびっくりされたケースがあります。家族に対し依存性が強く、家族がいらっしゃると、家族の方にべったりだったので、これから薬を貼ってマッサージしてもらうから「もう帰っていい」とおっしゃったのです。これを聞いて家族はうれしい意味でびっくりしていたということでした。

リバスチグミンのような薬物療法と、マッサージのような非薬物療法を組み合わせることが、これから多くの認知症患者さんを診ていくときのヒントになるのではないかと強く感じました。

おわりに

遠藤 本日は、早期診断・早期対応で現状の課題から始まり、地域との連携や地域での取組み、

今後影響を与えるような施策に対する期待や問題点、貼付剤の有用性、ケアなど多岐にわたり、お話を伺いました。

最後に、一言ずついただけないでしょうか。

武地 従来の経口剤では内服できていなかった患者さんが、リバスチグミンを使えるようになって、治療を継続できるようになった方もいらっしゃると思います。AD治療にとって新しい選択肢ができたことはいいことだと思っています。

藤井 われわれは、リバスチグミンのような薬物療法とマッサージのような非薬物療法を併用することで、ケアを担当する人が、非薬物療法も治療のひとつと考え、多くの認知症患者さんに主体的に対応していく道筋が見ついたのではないかと考えています。

遠藤 本日は、認知症治療における地域連携と貼付剤の有用性について様々なお話を伺いました。

どうもありがとうございました。

文 献

- 1) Satoh S et al: Rivastigmine patch and massage for Alzheimer's patients. Geriatr Gerontol Int (in press).
- 2) Nakamura Y et al: A 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy, safety and tolerability of the rivastigmine patch in Japanese patients with

Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2011; 1: 163-179.

- 3) 中村 祐ほか: 軽度および中等度アルツハイマー型認知症患者を対象とした rivastigmine パッチの国内第Ⅱb/Ⅲ相試験における事後の追加解析結果—ADAS-J cog, DAD, MENFIS, BEHAVE-AD, および改訂クリントン尺度の

下位項目別の探索的追加解析—, 臨床精神薬理 2012; 15: 575-583.

- 4) Alva G et al: Efficacy of rivastigmine transdermal patch on activities of daily living: item responder analyses. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: 356-363.

本鼎談を総括して

国立長寿医療研究センター病院長 鳥羽 研二

厚生労働省は、今後の認知症施策の方向性の中で、長寿国である日本では、生涯半数が罹患する認知症になっても尊厳をもって質の高い生活を送ることを共通の望みとし、

「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない」

と過去の精神病院への長期入院における認知症医療を反省して、在宅中心の医療に舵を切り替えた。

老年医学では、高齢者疾患、特に認知症では福祉との連携も重要で、生活機能を重視した「包括的なアプローチ」を特徴としている。

第1の包括性はチーム医療であり、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。日本老年医学会会員の中で、家族教室の試みが広まっている。

第2の包括性は、認知症の予防から身体疾患を抱える終末期までをみる包括性である。終末期の人工栄養問題にも積極的に取り組んでいる。

第3の包括性は、医療保険と介護保険双方の利点、欠点を知り、サービスを組み合わせる機能である。退院支援や、認知症の地域ネットワーク、認知症カフェなど日本老年医学会学会員の活動は広がっている。

これらの活動は日本老年医学会学術集にも反映されている。

包括的なアプローチは、治療面では、認知症の服薬管理、服薬支援も含まれる。抗認知症薬のコンプライアンスは概して低く、1年以上継続は半数以下というデータもある。服薬支援に1時間以上かかったり、飲むことを嫌がることもある。リバスチグミンは貼付剤であり、このような困難に対し新しい対応が可能である。

認知症のアウトカムは「穏やかな在宅生活の維持」が新しい潮流である。認知症治療では、認知症の人と介護者双方に目配りした研究とそれによる知恵の発信が問われている。

長寿社会における 虚弱 (Frailty) の概念と予防

鳥羽 研二*

要介護の進展を阻止するため、筆者は長年の研究成果を「介護予防ガイドライン」において詳述しており、本稿では、基本的知識として、虚弱の表現型 (Phenotype) は、遺伝的な相違 (Genotype) に環境要因や生活様式が加わって決定されること、加齢性筋肉減少症から、運動機能の低下、代謝の低下、栄養不足を介した悪循環が提唱されているが、脳の役割は独立したものとして連関が明らかではないことについてまとめた。

老化現象と類似した、虚弱のマーカーは臨床的には、老年症候群と重複し、転倒危険因子 (転倒スコア) とも多く重複する。転倒スコアは加齢とともに増加し、女性がより高く、転倒率も高い。骨粗鬆症による姿勢の変化に着目すると、姿勢の変化により起こる足関節背屈角度は転倒率に反比例する。脳に関しては、大脳白質病変の程度は、多くの老年症候群に関連し、これは虚弱のマーカーと多く重複する。姿勢を介した運動機能系の虚弱の進行 (ロコモティブシンドローム) と、脳の老化を介した虚弱の進行の主たる二列は、相互の関連が研究課題であり、重要な老年医学のテーマとして有望である。

Locomotive syndrome and Frailty.

Frail Elderly.

National Center for Geriatrics and Gerontology, Japan.

Kenji Toba

Frailty is a concept born in the mid 1980s, toward which a disease-oriented approach has turned to functional assessment. The domain of frailty contains the weakness of muscle strength, mental problems and social solitude. Fall is a good clinical indicator for the weakness of muscle strength as well as neuro-mental problems.

Two topics in this review are ; ① Sex difference of hip fracture in relation with the sex difference of fall risks. Especially I will focus on the postural changes with osteoporosis as risks for falls. ② Multiple geriatric conditions and brain white matter lesion. These conditions include falls, tripping, urinary frequency, urinary incontinence, body weight loss and swallowing disturbance, which are frequently observed in frail elderly persons.

*国立長寿医療研究センター・病院長 (とば・けんじ)

はじめに

超高齢化社会が到来し、今後15年以上、増加する人口は75歳以上のみで、680万人の前虚弱 (Prefrail) が新たに出現する。最大の人口増加率は、85歳以上の虚弱 (Frail) な人口が280万人増加する (図1)。この病態を正しく捉え、予防、進

展阻止を図ることは極めて重要な緊急テーマであるが、わが国においては、行政主導 (介護予防) が科学的根拠のないまま開始されたため、特定保健指導において指導達成が対象の1%に満たない自治体が続出するなど、失敗に終わっている。

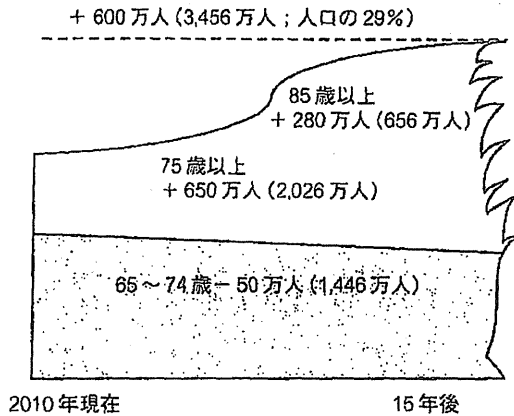


図1 増加する虚弱高齢者

最大の人口増加率は、85歳以上の虚弱 (Frail) な人口が280万人増加する。

(筆者作成)

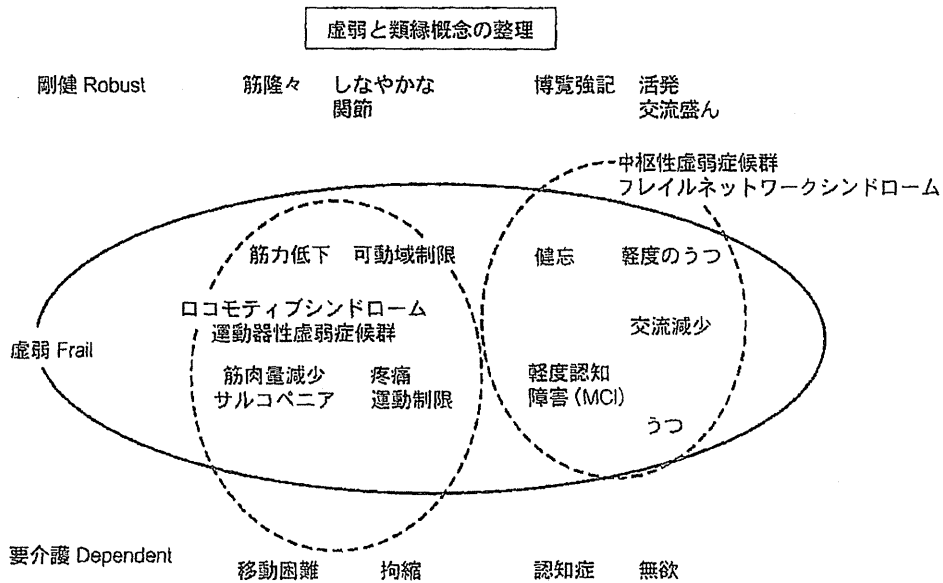


図2 虚弱と類縁概念の整理

ロコモティブシンドロームは、中核的な虚弱現象に骨・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・閉じ込めりの精神、神経的要素、いわば中枢性虚弱症候群とも呼ぶべき一群である。(文献 21 より)

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。それ以前の捉え方は、「慢性疾患に対するケア」という概念が嚆矢である。その後、長期入院や入所者、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、能力低下した対象という捉え方が広まり、介護保険の創設当時まで通常の捉え方であった。並行して虚弱者は、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。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¹⁾。サルコペニアは早くから中核的な虚弱現象と捉えられていたが、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、中枢性虚弱症候群とも呼ぶべき一群である (図2)。

虚弱の悪化因子 (リスクファクター) の解析

1. 遺伝子要因

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 対立遺伝子を持つ高齢女性に、より大きな機能低下が確認された²⁾が、否定的成績もある³⁾。

2. 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⁴⁾、DHEA (dehydroepiandrosterone) 値の低下⁵⁾、朝のコルチゾール・DHEA 硫酸塩比の上昇⁶⁾、高感度 CRP (C-reactive protein)、IL (interleukin)-6 上

昇⁷⁾、総コレステロールの減少⁸⁾、血清アルブミン値の低下⁹⁾ 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 (activities of daily living) の低下と相関し、また認知機能や意欲とも正の相関を持ち¹⁰⁾、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¹¹⁾。

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、神経、内分泌、栄養、動脈硬化、炎症など多角的視点の中で総合的に捉える必要があるだろう。

3. 疾患要因

寝たきりの原因疾患の年代別解析における、65～74 歳の前期高齢者では脳血管障害が最も重要な危険因子である。75～84 歳の後期高齢者では、脳血管障害に認知症や転倒・骨折が加わり 3 大危険因子となる。85 歳以上の超高齢者では、衰弱といった「疾患によらない要因」の重要性が急速に増す。

虚弱者の生活自立の時代的变化

基本的日常生活活動 (basic ADL) は、年齢とともに低下するが年々改善し、縦軸に ADL をとり横軸に年齢をとって、折れ線グラフでつないだカーブは、年々矩形化し、生命予後と同様、健康長寿は改善している¹²⁾。どのような活動度がより早期に低下するかについては、移動系では階段昇降、セルフケア系では入浴や排尿で、食事は最後まで保たれる機能である¹³⁾。

前期高齢者では、階段昇降などの筋力アップが課題であり、後期高齢者では、入浴、排泄自立、超高齢者では、嚥下障害などに対する摂食嚥下が、自立要因の年齢別の低下に着目した視点といえる。

DHEA : dehydroepiandrosterone (デヒドロエピアンドロステロン)、CRP : C-reactive protein (C 反応性蛋白)
IL : interleukin (インターロイキン)、ADL : activities of daily living (日常生活動作)