

座談会

高齢者在宅医療の課題と 新たな展開



Contents

- はじめに
- 在宅医療の現状と課題
- 大都市近郊の在宅医療
- 終末期における在宅医療
- 教育における問題点
- おわりに

黒岩 卓夫
萌気園浦佐診療所¹⁾ 所長

辻 哲夫
東京大学高齢社会総合研究機構²⁾ 教授

平原佐斗司
東京ふれあい医療生協・梶原診療所³⁾ 在宅サポート
センターセンター長

西永 正典
東京大学高齢社会総合研究機構²⁾ 特任准教授

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9月15日
東京會館にて

- 1) 〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐 330-5
- 2) 〒113-8656 東京都文京区本郷 7-3-1
- 3) 〒114-0004 東京都北区堀船 3-31-15
- 4) 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35

はじめに

鳥羽 本日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございました。

本特集は「高齢者在宅医療の新しい展開」ということで、在宅医療に関して様々な立場で頑張っておられる先生方のお話をお聞きしたいと思います。

在宅医療は、時代の趨勢とともに医療の形態や扱いもより注目され、重要性が一層増してきているように思います。黒岩先生、まず在宅医療の現状と課題についてお話しください。

在宅医療の現状と課題

黒岩 ケアも含めて、在宅医療について考えてみました。平原先生のような若手の先生が様々な意見を出されたり、実績を上げていらっしゃいますが、それが一番頼りなのです。在宅医療、ケアは、医療の原点でもあると同時に、その現代的意味をはっきりととらえる必要があります。

現在の在宅医療は、文字通り先端的な医療を担っていると考えていいと思います。その現代的役割は次の3つの現代医療の限界のうち2、3に関わっています。

1つ目は、いわゆる高度先端医療で、臓器移植やDNAなどの技術的な進歩です。

2つ目は、不治の病です。いくら医療技術が進歩しても人間は死ぬわけで、その1つに不治の病があるのです。わかりやすくいえば癌ですが、癌の末期に直面したときに医療は何ができるのかということです。化学療法は進歩していますが、成果としては今のところ数カ月の延命なのです。

3つ目は、高齢化社会における老いから死へという長い過程での心の救済の課題があります。こういった課題において医療は一体何ができるのかという壁にぶつかっています。

特に後の2つを考えたとき、それに貢献できる医療形態の1つとして、在宅医療が非常に大

きな意味をもってきているのではないのでしょうか。そういう点では、在宅医療は医療の原点でありながら、今なお人間が悩んでいる生命を巡る最先端位置でその役割を果たしています。

一般的には緩和ケアともいえますが、もう少し人間味や希望があって、単に病気をみるのではなく、家族や地域の再生や新しいコミュニケーション作りまでを視野に入れるところに、極めて現代的な意味があると思います。

鳥羽 次に辻先生、医療的な統計のこともさることながら、在宅という形に大きく踏み切られたご判断と理想の医療との関連について、お話しいただけますでしょうか。

辻 私自身がこの在宅医療という概念に出会ったのは、佐藤智先生の書かれた『在宅老人に学ぶ』¹⁾という本でした。医療の究極の原点は、病気は家庭で治すものという考え方です。人間は生活の中で生きて死ぬという基本的な営みの上に立った医療が大切だという思想に感激しました。特に今後の高齢社会の現実的なニーズとしては在宅医療が非常に大きいということに気づかされ、それが私にとっての在宅医療の基本的な認識です。

在宅医療の推進というと、医療費削減のためではないかという批判を受けますが、生活の質(QOL)を求めるために在宅医療は必要だと思います。

在宅医療がこれからの医療改革の橋頭堡であると考えています。日本は今後急速に多死時代を迎えるのです。こういう現象はおそらく日本が初めてだろうと思います。

この大きな時代の変化が、好むと好まざると、医療を問い直す要因であると考えます。わが国の病院ベッド数は国際標準からみてもこれ以上増やすことは考えられないなかで、病院死亡率は8割を超えていることを考えると、社会的な課題として在宅医療の問題が顕在化し、医療のあり方論そのものに変革を求めることになるのです。

在宅医療は臓器別の医療を中心に発達した病院医療とは別の総合的な独自のジャンルだと考えています。このジャンルを学ぶ医療を位置づ

けていくことは、高齢社会の到来という時代の流れに対応する医療自身の変革だと思います。鳥羽 では平原先生、在宅医療を志すきっかけと現状のギャップについてお話しいただけますでしょうか。

平原 私は1992年から在宅医療を始めています。大学病院では、癌の方を中心に診ていましたが、その方々が自宅へ帰るときに不安があり、地域に出て、その方々をサポートしたいということがきっかけでした。

実際、内科中心の研修を終え、意気揚々と地域に出てみると、技術的に通用しないことがたくさんあり、勉強が必要だと思っていたときに、佐藤智先生が若手の医師に声を掛けて下さり、「在宅医療を推進する医師の会」に加わりました。その際、感銘を受けたのは、在宅医療は非常に興味深い分野であることを強くおっしゃっていたことです。もう1つ、在宅医学を1つの学問分野として確立していこうということです。この言葉に私自身が非常に興奮し、ライフワークにしていこうと決め、関わるようになりました。

1990年代は、今ほど在宅医療が重症化していませんでしたし、のどかな風景が残っていました。独居の方も確かにいましたが、介護者のいる方が多く、また、患者さん自身の希望で在宅医療を選択するケースが多かったと思います。

しかし最近では、患者さん自身が考える間もなく地域に帰されてしまうという状況や、独居や認認介護などの家族の状況も複雑化し、難しい家族的背景がある方が増えています。何より患者さんの病状が重症化しており、介護保険制度が2000年にでき、2006年に在宅療養支援診療所ができて、制度は整ってきているのに、われわれが在宅医療を始めた時代と比べて逆に、ハードルが高くなっている気がします。

鳥羽 1つ伺いますが、技術が通用しなかったとおっしゃいましたが、それは医療技術が内科のもので通用しなかったのか、あるいは生活と関連した医療との絡みの理解の面で足りなかったと考えられているのでしょうか。

平原 両方あるのではないかと思います。知識

や技術に関して内科の知識だけでできると信じておりましたし、緩和ケアや老年医学の知識や技術はほとんど皆無でした。認知症の方など診たこともなかった状況で地域に飛び出しましたので、勉強が必要だと痛感しました。

また、病院では生活を切り離し、医師の指示のもとに治療に専念します。しかし、在宅医療では患者さんが望めば、一番いい選択でなくても、それはそれでいいという考え方が必要です。

在宅医療では、意思決定を支援する、治らない病気と付き合う、というようなそれまで考えてもいないことを考えなければならぬ状況に立たされますので、技術だけでなく考え方の大転換が必要になります。

鳥羽 西永先生は老年医学に関わってこられただけでなく、高知県でQOLに着目した活動を長く行ってこられました。今回、在宅医療にさらに発展的に転換されましたが、どのような経緯かお話しいただけますでしょうか。

西永 高知県香北町(現 香美市)でフィールドワークを行っていました。このような調査を行うことで、高齢者の方々の家の中がみえるのです。そして、病院では絶対に解決できないものがたくさんあることに気づきました。

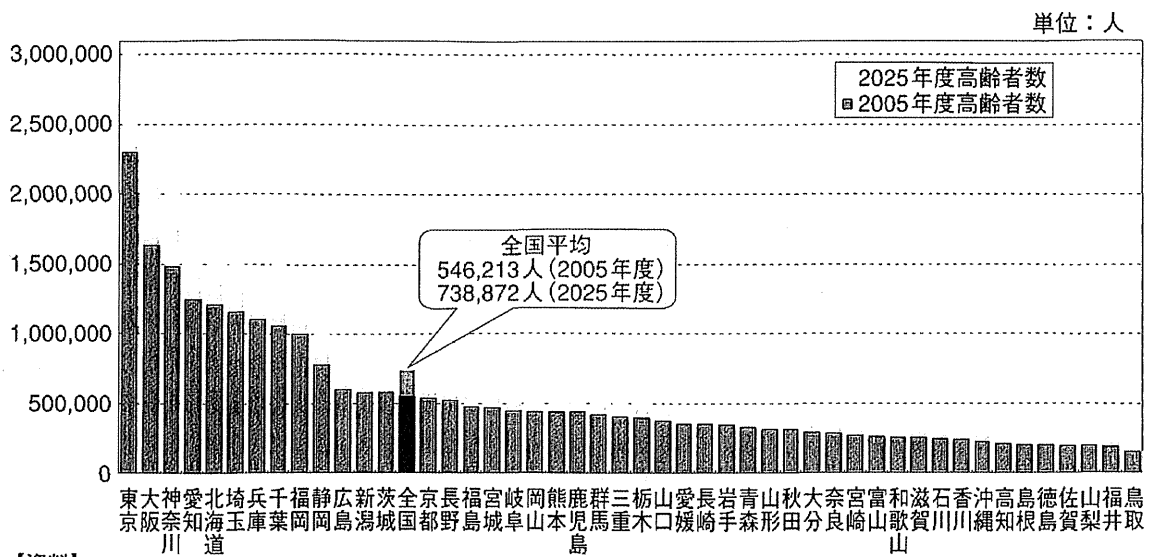
高知県の高齢化は大変だと思っていましたが、東京を含めた都市圏の高齢化は、今後、大きな問題になると思います。そういう意味でも、チャンスを与えていただいたので、ぜひ高知県での経験も活かしていきたいと思っています。

大都市近郊の在宅医療

鳥羽 まず辻先生、大都市近郊の問題に対して、どのようなアプローチを考えておられるか教えてくださいいただけますでしょうか。

辻 将来、図1のように、今後は日本の都市部で高齢化が進みますが、基本的に増加人口は75歳以上人口で、大きく増加します。

今までの地方での対応では大都市圏に当てはめられないことは明らかです。大都市圏では短期間に一挙に後期高齢者が増えるのです。それ



【資料】

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

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

図1 都道府県別高齢者数の増加状況

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

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

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

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

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

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

でシステム転換の大きな流れが決まらなると大きな混乱を迎えると思います。

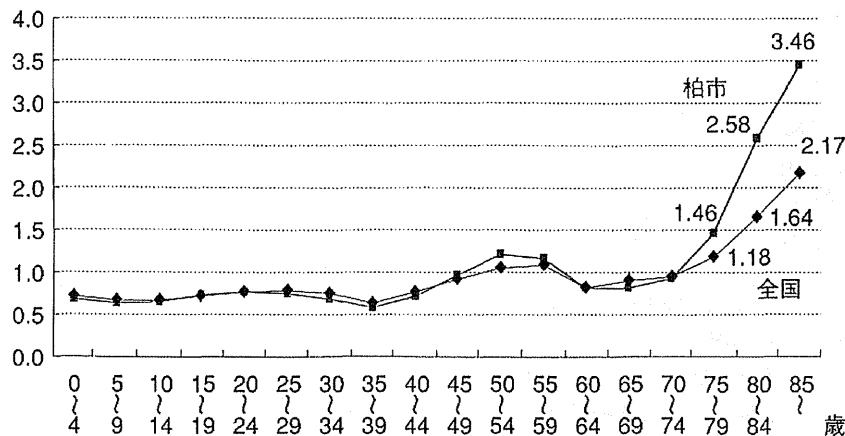
鳥羽 では、この15年間に備えて、お考えになっていることがあればお話しただけませんかでしょうか。

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

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

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

2010年人口を1.0とした場合の2030年の増加率



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

図2 柏市の人口増加率(2010~2030年)

療のできる医師に転換する研修プログラムが必要なのです。

鳥羽 西永先生、より具体的に今のお話をお願いします。

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

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

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

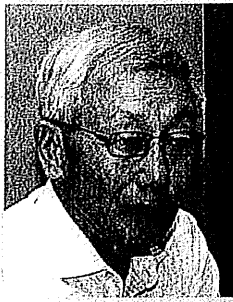
黒岩 柏市での新しい試みのお話を伺って、大変新しい意味があると思いますが、私は地方で診ていますので、実際はわからないところがたくさんあります。農村においても制度に絡めるケアではなく、生き方そのものを変えていく、ライフスタイルや社会像を変えていくことが必要ではないかという気がします。都市圏では通用しないかと思いますが、具体的に申し上げま

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

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

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

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



くろいわ たくお
黒岩 卓夫 先生

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

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

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

現在の研究領域：
在宅医療全般

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

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

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

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

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

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

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

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

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

終末期における在宅医療

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

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

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

をどうするかということは非常に大事だと思います。

在宅医療やケアを地域で進めることが無縁死を解消する有力な手段だと思います。

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

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

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

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

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

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

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

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

辻 哲夫 先生



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

現在の研究領域：

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

け持った方たちがどうなっているかを報告して下さるのです。

鳥羽 そういう方も高齢の方なのですね。

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

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



ひらはら さとし
平原佐斗司先生

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

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

現在の研究領域：

在宅医療全般、非がん疾患の緩和ケア

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

教育における問題点

鳥羽 教育的な点について何か新しい試みをされているのでしょうか。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

鳥羽 平原先生、いかがですか。

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

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

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

柏プロジェクトではそれを論理化し、プログラムの中に入れたいと考えています。

鳥羽 そのほかのコメディカルの教育についてはいかがでしょうか。

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

にしなが まさのり
西永 正典 先生



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

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

現在の研究領域：

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

鳥羽 その理由はどのようなことですか。

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

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

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

鳥羽 そのほかの要因は何かありますか。

平原 日本の専門職、とりわけ医師は、インタ



とば けんじ
鳥羽 研二 先生

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

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

現在の研究領域:

I. 老年症候群、総合的機能評価

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

II. 認知症

1) 認知症の早期発見、2) 非薬物療法の定量的効果判定

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

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

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

医療に関わるすべての医師に在宅医療の現場をみていただきたいです。

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

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

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

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

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

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

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

黒岩 医師がしっかりとやる気を示して、仕事を一緒に頑張るといことです。

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

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

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

辻 在宅医療推進会議の事務局が長寿医療研究センターにありますよね。

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

鳥羽 敷居を低くすることに努力したいと思います。

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

おわりに

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

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

です。

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

本日はどうもありがとうございました。

文 献

- 1) 佐藤 智：在宅老人に学ぶ，ミネルヴァ書房，京都，1983。

ロコモティブシンドロームと生活習慣病

5. ロコモティブシンドロームの予防

1) 虚弱の概念と予防

Toba Kenji

鳥羽 研二*

*国立長寿医療研究センター

虚弱と類似概念

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

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

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

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

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

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

虚弱の悪化因子(リスクファクター)の解析

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

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

われわれも、テストステロン値やDHEA値の低下がADLの低下と相関し、また認知機能や意欲とも正の相関をもち¹⁴⁾、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¹⁵⁾。

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

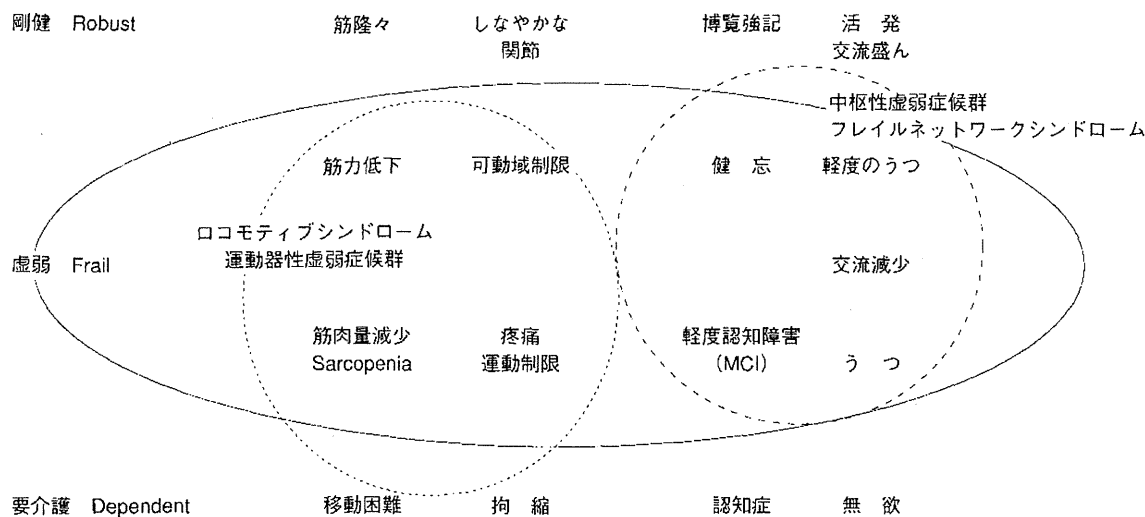


図1 虚弱と類縁概念の整理

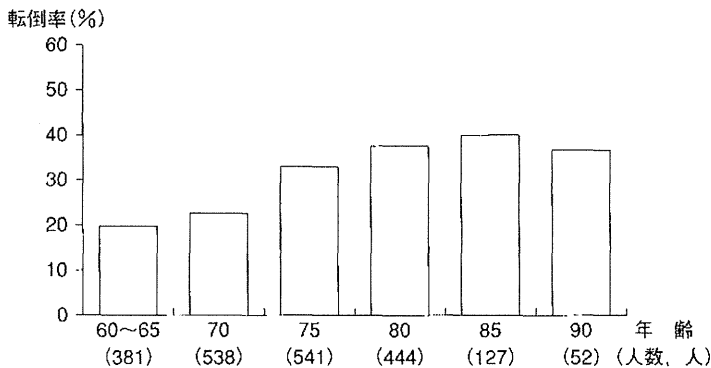


図2 高齢者の年間転倒率

れがある。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とらえる必要があるだろう。

疾患要因：寝たきりの原因疾患の年代別解析では、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。

転倒骨折を例にとると、われわれが「厚生労働省、痴呆・骨折研究班」において、全国7都道府県で、60歳以上の2,083名の転倒率(過去1年)を調査した成績では、65歳以上で加齢とともに転倒率が上昇する(図2)¹⁵⁾。

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¹⁶⁾。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¹⁵⁾。

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。

虚弱予防、介入

寝たきりになりやすい群を早期にスクリーニングすることが可能ならば、「ハイリスクグループ=高危険集団」として特定し、早期に介入しようとする考え方である。

この考え方の原点は、生活習慣病におけるハイス

表1 虚弱指標

調査項目		著者	年	文 献
従属変数	独立変数			
IADL	歩行速度, 平衡機能(タンデム位) 椅子から立ち上がる時間, 握力	Ory MG, et al.	1993	(20)
IADL, MMSE	体重の安定	Deschamps V, et al.	2002	(21)
虚 弱	認知能力(時間見当識), 移動能力, 感情 栄養(体重減少) 4種類以上の薬, 入院歴 年齢(85歳以上) (1項目で危険)	Owens NJ, et al.	1994	(22)
虚 弱	16項目(身体機能4項目, 栄養2項目, 認知機能4項目, 知覚機能6項目) (2分野で問題があれば虚弱)	Strawbridge WJ, et al.	1998	(23)
男性虚弱	身体不活動(週運動時間<210分)	Chin A Paw MJM, et al.	1999	(24)
入所危険	Frailty Scale 4, 高齢者の移動能力, セルフケア, 排泄, 認知能力	Rockwood K, et al.	1999	(25)
介護危険度	Frailty Scale10, 認知能力(Clock Drawing) 病院の利用(昨年の入院回数), 主観的健康感, 手段的日常生活活動, 社会的支援の利用可能度, 薬の服用(5種類), 栄養(体重の減少), 抑うつ, 失禁, Up and Go テスト	Rolfson DB, et al.	2000	(26)
易転倒者	Fall Risk Index, 過去の転倒歴 歩行, 筋力8項目, 老年症候群8項目 環境因子5項目	鳥羽研二ほか.	2003	(27)

ク集団の特定にある。前期高齢者の寝たきり原因の第1位である脳血管障害においては、高血圧、糖尿病などの疾患や、加齢、男性など避け得ぬ要因と、日本酒に換算して2合以上の飲酒、喫煙などといったライフスタイルの要因が、縦断研究によって明らかにされている。一方痴呆では、代表的なアルツハイマー認知症において、ApoE ε4の遺伝的危険と高血圧が危険因子であることが明らかにされ、栄養学的にも、野菜不足、肉食過多などのライフスタイルの影響も注目を浴びている。しかしながら、健診レベルで調査指導を行う体制は未だ確立していない。

虚弱に対する最近の包括的アプローチ研究では、複数の生体システムに同時発生して虚弱を引き起こす障害に注目している。

多数の生理的組織が症候的、臨床的機能不全の限界に近づき、複数の系統において予備能力の限界を超えた結果生じる症状、または症候群¹⁷⁾という考え方で、極めて老年症候群に近い考え方である。実際の測定方法としては、運動系機能として、握力、up&goテスト、トレッドミル、6分間歩行などを行い、認知機能としてMMSE、バランス機能として片足立ち試験、栄養状態としてBMI、下腿周径などが挙げられている。こ

れらは、「高齢者総合的機能評価ガイドライン」¹⁸⁾に推奨した方法と凶らずも一致している。同様の考え方に、虚弱は自立と終末期の中間点とみなす考え方で、危険因子として、75歳以上の高齢、ADLおよびIADL障害・依存状態、転倒・骨折、多剤投与、慢性病、認知機能低下、抑うつ、栄養障害を指摘している¹⁹⁾。これも、老年症候群に対する総合的機能評価が虚弱の検出に有効な指摘である。

虚弱の早期発見方法

数々の虚弱検出方法が提唱されている(表1)²⁰⁻²⁷⁾。

なかでも、Rolfsonの開発した10項目を組み入れた「虚弱スケール(Frailty Scale)」では、このスケールの目的は、機能低下の危険があり、高齢者向けサービスへの関与から恩恵を受ける可能性がある高齢者を見つけることであるが、テストにかかる時間は5分で、内容の有効性はほぼ抜けているといわれた²⁶⁾。

虚弱の表現型として、転倒が重要であることは国際的に一致している。われわれは簡易な21項目の「転倒スコア」を作成した(表2)²⁷⁾。

転倒スコアが増えるごとに転倒頻度は増加し、過去

表2 転倒スコアと陽性頻度

#) 転倒：解答数2,439名で708例 転倒例の平均転倒数：4.7±1.0回/年 (Mean±SE)	29.0%
1) つまずくことがある	56.5%
2) 手摺につかまらず、階段の昇り降りをできない	50.6%
3) 歩く速度が遅くなってきた	65.2%
4) 横断歩道を青のうちにわたりきれない	17.0%
5) 1キロメートルくらい続けてあるけない	35.8%
6) 片足で5秒くらい立てない	38.6%
7) 杖をつかっている	28.3%
8) タオルを固く絞れない	16.8%
9) めまい、ふらつきがある	32.4%
10) 背中が丸くなってきた	44.9%
11) 膝が痛む	47.3%
12) 目がみにくい	53.1%
13) 耳が聞こえにくい	42.5%
14) 物忘れが気になる	63.7%
15) 転ばないかと不安になる	45.8%
16) 毎日お薬を5種類以上飲んでいる	31.2%
17) 家の中で歩くととき暗く感ずる	11.4%
18) 廊下、居間、玄関に障害物	20.8%
19) 家の中に段差がある	69.1%
20) 階段を使わなくてはならない	27.7%
21) 生活上家の近くの急な坂道を歩く	33.3%

表3 大脳白質病変は、虚弱者の臨床症状と幅広く関連する

White matter lesion as a feature of cognitive impairment, low vitality and other symptoms of geriatric syndrome in the elderly.

Priventricular hyperintensity score as determinant of geriatric syndrome

	OR	p-value	95%CI
Hallucination	1.12	0.043	1.004-1.248
Tripping	1.11	0.005	1.032-1.194
Pollakiuria	1.17	0.001	1.067-1.278
Urinary incontinence	1.11	0.022	1.015-1.207
Wight loss	1.14	0.007	1.036-1.246
Apathy	1.14	0.027	1.015-1.276
Swallowing difficulty	1.35	0.019	1.050-1.741

(文献28より引用)

の転倒歴以外の21項目で10項目以上に該当すると、翌年の転倒予測に関し、感度、特異度とも70%以上の精度がある。

地域住民で松林らは転倒スコアを調べ、年代別に低下していくこと、ADL、うつや、QOLとの相関が極めて良好で、虚弱の指標としての有用性を示している。

われわれは、虚弱者に多い、歩行機能異常、転倒、もの忘れ、頻尿などについて、大脳の白質病変との関連を示した(表3)²⁸⁾。骨に対するビスフォスフォネート、筋肉に対するビタミンDと並んで、動脈硬化疾患

に対する治療法の中で、虚弱予防にも効果がある薬物療法や生活指導が今後の老年医学の大きな課題である。

文 献

- 1) Warren MW : Care of chronic sick. BMJ 1943 ; 2 : 822-823.
- 2) Stamford BA : Physiological effects of training upon institutionalized geriatric men. J Gerontol 1972 ; 27 : 451-455.
- 3) Stanford EP, Dolson JV : The older disabled veteran.

- Gerontologist 1972 ; 12 : 325-329.
- 4) Stevenson O : The Frail Elderly—A Social Worker's Perspective. Health Care of the Elderly (T Arie ed). Johns Hopkins University Press (Baltimore), 1981 ; pp. 158-175.
 - 5) Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al : Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty : a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). J Gerontol Series A—Biol Sci & Med Sci 2001 ; 56 : M448-M453.
 - 6) Blazer DG, Fillenbaum G, Burchett B : The APOE-E4 allele and the risk of functional decline in a community sample of African Americans and white older adults. J Gerontol Med Sci 2001 ; 56 : M785-M789.
 - 7) Bader G, Zuliani G, Kostner GM, et al : Apolipoprotein E polymorphism is not associated with longevity or disability in a sample of Italian octo- and nonagenarians. Gerontology 1998 ; 44 : 293-299.
 - 8) Morley JE, Kaiser FE, Sih R, et al : Testosterone and frailty. Clin Geriatr Med 1997 ; 13 : 685-695.
 - 9) Morrison MF, Katz IR, Parmelee P, et al : Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and psychiatric and laboratory measures of frailty in a residential care population. Am J Geriatr Psychiatry 1998 ; 6 : 277-284.
 - 10) Carvalhacs-Ncto N, Huayllas MK, Ramos LR, et al : Cortisol, DHEAS and aging : resistance to cortisol suppression in frail institutionalized elderly. J Endocrinol Invest 2003 ; 26 : 17-22.
 - 11) Cohen HJ, Pieper CF, Harris T, et al : The association of plasma IL-6 levels with functional disability in community-dwelling elderly. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997 ; 52 : M201-M208.
 - 12) Ranieri P, Rozzini R, Franzoni S, et al : Serum cholesterol levels as measure of frailty in elderly patients. Exp Aging Res 1998 ; 24 : 167-179.
 - 13) Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, et al : Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. JAMA 1994 ; 272 : 1036-1042.
 - 14) Akishita M, Yamada S, Nishiya H, et al : Testosterone and comprehensive geriatric assessment in frail elderly men. J Am Geriatr Soc 2003 ; 51 : 1324-1326.
 - 15) 鳥羽研二 : 厚生科学研究費補助金痴呆・骨折臨床研究事業「寝たきりの主要因に対する縦断介入研究を基礎にした介護予防ガイドライン策定に関する研究」平成16年度報告書.
 - 16) Matsubayashi K : Secular improvement in self-care independence of old people living in community Kahoku, Japan. Lancet 1996 ; 347 : 60.
 - 17) Campbell AJ, Buchner DM : Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age Ageing 1997 ; 26 : 315-318.
 - 18) 鳥羽研二ほか : 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所, 2003.
 - 19) Hamerman D : Toward an understanding of frailty. Ann Intern Med 1999 ; 130 : 945-950.
 - 20) Ory MG, Schechtman KB, Miller P, et al : Frailty and Injuries in later Life : The FICSIT Trials. J Am Geriatr Soc 1993 ; 41 : 283-296.
 - 21) Deschamps V, Astier X, Ferry M, et al : Nutritional status of healthy elderly persons living in Dordogne, France, and relation with mortality and cognitive or functional decline. European J Clin Nutr 2002 ; 56 : 305-312.
 - 22) Owens NJ, Fretwell MD, Willey C, et al : Distinguishing between the fit and frail elderly, and optimizing pharmacotherapy. Drugs Aging 1994 ; 4 : 47-55.
 - 23) Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, et al : Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. J Gerontol Series B—Psychol Sci & Soc Sci 1998 ; 53 : S9-S16.
 - 24) Chin A Paw MJM, Dekker JM, Feskens EJ, et al : How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. J Clin Epidemiol 1999 ; 52 : 1015-1021.
 - 25) Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, et al : A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. Lancet 1999 ; 353 : 205-206.
 - 26) Rolfson DB, Majumdar SR, Taher A, et al : Development and validation of a new instrument for frailty. Clin Invest Med 2000 ; 23 : 336.
 - 27) 鳥羽研二, 大河内二郎, 高橋 泰ほか : 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 2005 ; 42 : 346-352.
 - 28) Sonohara K, Kozaki K, Akishita M, et al : White matter lesions as a feature of cognitive impairment, low vitality and other symptoms of geriatric syndrome in the elderly. Geriatr Gerontol Int 2008 ; 8 : 93-100.

認知症の評価と理解

鳥羽研二*

認知症の診断

アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の鑑別診断ができることが最低限求められる。

1. 早期診断

スクリーニング機能を有する簡易な検査方法は、

- ① 話題が乏しく限られている
- ② 同じことを何度も尋ねる
- ③ いままでできた作業にミスまたは能率低下が目立つ

の3点が挙げられている。

家族が最初に気づいた認知症のエピソード（本間昭，毎日ライフ，2000）では，同じことを何度も尋ねる（43%），物の名前が出てこない（36%），以前あった興味や関心の低下（32%），物のしまい忘れ（32%）がほかのエピソードより群を抜いて多い。

病院を受診時（杏林大学物忘れセンター）には，同じことを何度も尋ねる（88%），物をなくす（82%），無関心（60%），が群を抜いており，短期および長期記憶障害（話題が乏しく限られている，同じことを何度も尋ねる，物の名前が出てこない），生活障害（物のしまい忘れ，物をなくす），性格変化（以前あった興味や関心の低下，無関心）の3群に分けられ，これはDSM IVの診断規準にも合致することから，早期発見のスクリーニングツールは以下のとおりである。

表1 認知症早期発見のための本人，家族への問診表

短期および長期記憶障害
・同じことを何度も尋ねますか？
・物の名前が出てこないことがありますか？
生活障害
・物のしまい忘れや物をなくすことがありますか？
性格変化
・以前興味があったことに関心が薄くなってきましたか？

(1) 問診（表1）

(2) 鑑別診断とその手順

- ① 脳血管性認知症の存在について，局所神経徴候・症状をみる。病識や抑うつも参考になる。
- ② 幻視，夜間の睡眠障害，繰り返す転倒，パーキンソン徴候があればレビー小体型認知症を疑う。
- ③ 反社会性，独自行動，常同行動，食行動異常（甘いものを好む）があれば，前頭側頭型認知症を疑う。
- ④ 認知機能の低下例はCTやMRIで，萎縮の部位や微小梗塞を判定する。
- ⑤ 鑑別の難しい例では専門機関で，より詳しい心理検査，脳血流/脳代謝シンチ（SPECT，PET）によって確定診断の依頼をする。

2. 認知症患者とケアする家族のニーズ

認知症と診断されることは，本人はもちろん，家族にとって深刻である。生命予後も平均8年と短いだけでなく，この先どうなっていくかについての家族の不安は大きい。安心を与えるためには，医師自

* とばけんじ/独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長，医師（☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35）

表2 米国アルツハイマー協会の評価ガイドライン

評価 (assessment) 以下の評価を行い、記録する。

- ① 日常生活能力 (食事, 入浴, 着衣, 移動, 排泄, 節制, 財産・薬剤の管理能力)
- ② 信頼性・妥当性のある尺度による認知機能の評価
- ③ 上記以外の医学的所見
- ④ 問題行動, 精神病様症状, およびうつ症状

- ・ 6カ月ごとに再評価。ただし, 急激な病状の悪化や行動に変化が見られる際には頻回の再評価が必要。
- ・ 主たる介護者を定め, 家族などからどの程度支援を受けることができるかを評価する。
- ・ 一定の基準のもとに社会資源と介護者の負担を評価。
- ・ 患者の自己決定能力, 法的代理人の有無を調査。
- ・ 文化, 価値観, 母国語, 言語能力, 意志決定方法を評価。

身が認知症患者の視点になり、認知症をケアする家族の視点に立つことが最低限要求される。認知症患者と家族のニーズを的確にとらえ、両者ともに満足を与えることが、高齢者医療の基本的なコンセプトである。米国アルツハイマー協会の「評価」に関する項では、医学的診断にとどまらず、生活機能評価、意欲・うつなどの精神面の評価、異常行動の適切な評価、介護者の役割分担、社会サービスの利用と介護負担など、「高齢者総合的機能評価」に盛り込まれているすべての項目がニーズとなっている (表2)。

3. 認知症の合併症を評価する

高齢者医療では、認知症の合併症に対しても診断と治療を行う。

どのような老年症候群を合併しやすいか検討してみると、高頻度の老年症候群は、主としてケアに直結する一連の症候群 (せん妄, 失禁, 転倒) やコミュニケーション障害 (難聴, 視力障害), 栄養に関連する症候 (やせ, 便秘) などに分類される。また, 中等度に見られる症候も, 合併病態や関連病態である栄養関連 (脱水, 食欲低下, 低栄養, 褥瘡), 骨関節系 (骨粗鬆症, 骨折, 関節変形), 精神神経系 (失調, うつ, 不眠), 呼吸器系 (喀痰, 喘鳴) などに大別される。頻度の極端に少ないものは吐き気 (5%), 肥満 (0%) である。合併する老年症候群の頻度を図1に示す。

認知症診療では、尿失禁, 転倒骨折, 誤嚥性肺炎, 低栄養, 廃用性候群などを高頻度に合併し、さらにせん妄やうつなどの問題となる医療分野も標的となる。

5人に1人以上の高頻度のもの

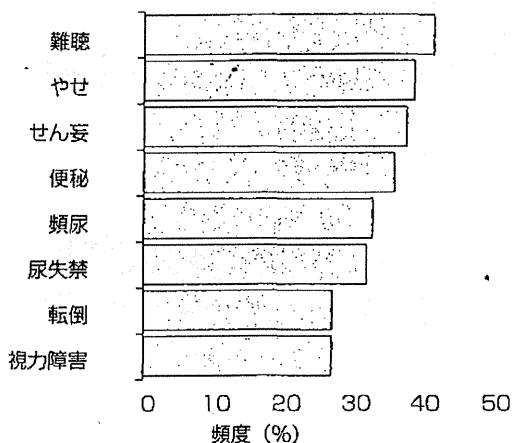


図1 認知症に合併する老年症候群の頻度

認知症には、高頻度にやせが合併する。アルツハイマー認知症では、初期にうつ症状が出現し食欲の変動がみられるが、進行するにつれ食事に対する意欲が減退する例もみられる。

脳血管性認知症では、さらに嚥下困難症例が増加し摂食意欲があっても、嚥下性肺炎により絶食を余儀なくされることも多い。肺炎の繰り返しは、栄養障害をさらに増悪させる。

認知症患者の栄養障害は、摂食意欲をいかに増大させ、摂食意欲低下に隠れた病態 (誤嚥, 食事に時間がかかる, 味覚の変化) などを的確に判断し対処する。認知症患者に栄養低下だけで胃瘻を考えるのは、長期的成績が乏しい現在, 十分慎重に適応を吟味する必要がある。

治療と効果判定

認知症の重症度では、自立困難や日常生活動作の困難などが判定で重要視される。認知症治療のゴールは、

- ① 生活機能の一日でも長い維持
 - ② 周辺症状の緩和
 - ③ 家族の介護負担の軽減
- に尽きる。

表3 在宅で認知症患者を抱えている家族の悩み

家族の介護負担の評価 Zarit 負担尺度の要点 経済的負担 自由時間の不足 責任感とストレス 問題行動への困惑 怒り 家族関係の崩壊 認知症が進むことへの恐れ 頼られ過ぎている 緊張 自己の健康障害 プライバシーの喪失 仕事や付き合いが困難 客や友人を呼べない

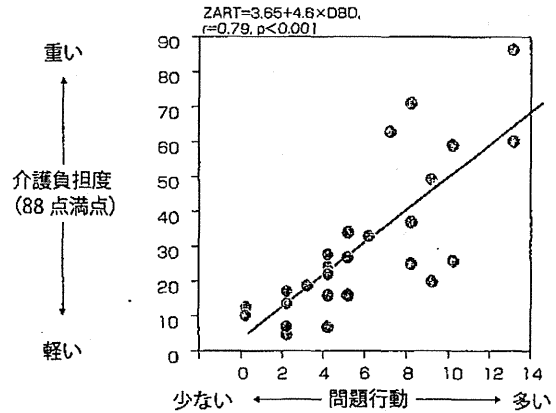


図2 介護負担度と問題行動

家族の介護負担とサービス利用

介護負担は Zarit 負担尺度 (22 項目) の精神を生きし評価する。その要点を表 3 に示す。また、認知症患者の介護負担に関し、行動障害の増大は介護負担度と非常に高い相関を示す (図 2)。

介護負担を減らすためには、介護保険などのサービス利用を調べ、主たる介護者に過度の負担がかからないよう、ほかの家族に分担をお願いしたり、レスピトケア (ショートステイ) の積極的な利用を勧める。また、抑うつと陽性症状に応じた、薬物療法 (抗うつ剤や抑肝散など) の処方だけでなく、家族ができる症状緩和 (音楽、運動など) も有効である。

非薬物療法

対応と対策は非薬物療法 (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. 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) 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 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。また、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)。そのほか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 (Namazi; 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。

(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)。また、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 30% 減少している (Holmberg; 1997)。

(2) レクリエーション療法

8 週間のレ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) 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)。

(5) 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)。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) で特に差はない。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はない。

(6) 白色雑音療法

不要な刺激音を遮断するための、広範囲な周波数帯に対する不規則雑音による効果を調べた観察研究で、13 人中 9 人が反応している (Burgio; 1996)。

(7) 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。

(8) 高輝度光線療法

2~4 週の治療で有意に興奮が改善している (Lovell; 1995, Thorpe; 2000)。

(9) アロマセラピー

無効 (Brooker; 1997) の報告のみである。

(10) 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)。

(11) 教育

看護補助者教育によっても 20% の興奮が有意に改善した (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) が見られ (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)。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く (4 人), また、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) であった。なお、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**(1) 行動療法**

対照群をおいた前向き観察研究で、中等度以上の認知症で、排尿誘導による意欲の向上が認められている (図 2, 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)。生活自立を防ぐためには、「できることは自分でやらせる」ことが最も効果的で、実際独居者ほど認知機能が低下しても、生活自立がぎりぎりまで保たれている場合も少なくない。

薬物療法**1. 抗精神病薬**

625 名に対する 12 週の無作為対照試験で risperidone (リスパダール®) が用量依存的に有意に問題行動の改善を認めている (プラセボ: -33%, 1 mg: -45%, 2 mg: -50%) (Katz ら; 1999)。Haloperidol との二重盲検でも有意に問題行動 (BEHAVEAD) を抑制し (De Deyn ら; 1999), olanzapine (ジプレキサ®) も無作為対照試験でプラセボ