

## ◆ 資 料 ◆

# 認知症と診断されていない要介護者の介護者における 認知症に対する支援ニーズ

高見千恵\*<sup>1</sup>, 岡村 仁\*<sup>2</sup>

## 抄録

本研究は、認知症と診断されていない要介護者の介護者における認知症への支援ニーズを明らかにすることを目的とし、要介護者の介護者を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。コレスポネンス分析の結果、認知症と診断されていない要介護者の介護者は「認知症の介護・コミュニケーション方法など、家族向け研修会の開催」「家族の交流会や相談会などの支援」など、介護負担の軽減に必要な対策に重点をおくべきだと考えている傾向であった。また、内容分析の結果、【介護者に対する情報提供の体系化】【総合的な在宅福祉サービスの充実】【要介護者が利用できる施設の拡充】【地域住民における介護者への支援体制】の4カテゴリーが抽出され、認知症高齢者の介護者の支援ニーズとの違いが明らかになった。今後、介護者への支援を推進するためには、認知症高齢者とその家族だけではなく、認知症と診断されていない要介護者の介護者に対する支援内容・体制を再検討する必要性が示唆された。

**Key Words** : 介護者, 支援ニーズ, 認知症対策

日本認知症ケア学会誌, 14(2)531-541, 2015

## I. 序 論

2012年に世界保健機関(World Health Organization: WHO)は「認知症は公衆衛生上の最優先課題<sup>1)</sup>」とし、認知症に関する情報および理解不足の改善、介護者に対する支援の充実などの重要性を提唱した。また、Corbettら<sup>2)</sup>の報告においても、国際的な戦略として、認知症高齢者および介護者のための情報提供とアドバイスの重要性が挙げられており、認知症高齢者と介護者に対する支援は世界的な課題となっている。このようななか、わが国においても「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数は2020年には410万人<sup>3)</sup>、認知症予備軍とされる軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)は約380万人に上ると推計されている<sup>4)</sup>。増加し続ける認知症高齢者数を背景に、厚生労働省は2013年から2017年度末までの

取り組みを示した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)<sup>5)</sup>」を策定した。オレンジプランは「7つの視点からの取り組み」に基づき計画が記されており、その取り組みのひとつに「地域での日常生活・家族の支援の強化」がある。2017年度末までに認知症サポーター数を600万人、認知症地域支援推進員を700人に増員する目標を掲げるとともに、認知症の人と家族、地域住民、専門職などのだれもが参加でき、集う場としての認知症カフェを推進している。これら、認知症サポーター数や認知症カフェが増えることは、認知症に対する理解の促進につながることは確かであろう。

介護者への支援に関する研究は<sup>6-8)</sup>、認知症の理解、ケア技術、介護負担の軽減などへの取り組みが報告されている。しかし、それらの支援は要介護者の認知症確定診断後に介護者へ実施されており、要介護者が認知症と診断されていない介護者を対象とした支援に関する研究は非常に少ない。

介護者のニーズに関する研究では、木村ら<sup>9)</sup>は、

受付日 2014.07.18 / 受理日 2015.02.23

\*1 Chie Takami: 徳島文理大学保健福祉学部看護学科

\*2 Hitoshi Okamura: 広島大学大学院医歯薬保健学研究院

\*1 〒770-8514 徳島県徳島市山城町西浜傍示 180

初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害およびケアニーズとして、「認知症初期症状への戸惑い」「介護による家族の問題」「社会的資源活用の検討」「将来への不安」の4カテゴリーを抽出し、介護者は認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD)に戸惑うこと、介護支援専門員(ケアマネジャー)からのサービス利用などの情報提供の必要性、ソーシャルサポートを活用することが介護者の不安や負担の軽減につながることを明らかにしている。また、認知症高齢者の介護者の認知症外来への受診ニーズ<sup>10)</sup>についても報告されているが、認知症高齢者の介護者ニーズに絞った調査は稀少であり、ましてや、要介護者が認知症と診断されていない介護者を対象としたニーズに関する研究はほとんど見当たらない。

これらのことから、認知症と診断されていない要介護者の介護者もつ、要介護者が認知症になった際に必要と考える支援ニーズを明らかにできれば、ニーズに沿った情報提供や支援方法の検討が可能となる。介護者へ認知症の正しい知識・対応方法や社会資源などの情報を提供することにより、要介護者が認知症に罹患した場合、介護者の戸惑いや不安が少しでも軽減し、要介護者への適切な対応や社会資源の活用をすることで、住み慣れた地域で生活を継続することができると考えられる。しかしながら、認知症と診断されていない要介護者の介護者が必要としている認知症に対する情報および支援に関しては、まだほとんど検討されていないため、実態は不明な点が多い。

そこで本研究では、認知症と診断されていない要介護者の介護者における認知症への支援ニーズを明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 調査期間

調査期間は、2012年12月1日～2013年2月28日であった。

### 2. 調査地域と対象者

本研究の対象地域は人口50,000人弱、世帯数約2,000世帯、高齢化率約27%(平成26年3月末日現在)のA県B市である。対象者は、介護保険サービスを受けながら在宅で生活している要介護者の介護者とした。

### 3. 調査方法

地域包括支援センター1か所、居宅介護支援事業所8か所の管理者に調査協力を依頼した。全9事業所から協力を得、介護者へ各事業者のケアマネジャーを介して無記名自記式質問紙を625枚配布した。調査票は同意した場合に回答するものとし、本人厳封のうえ、郵送で回収した。

### 4. 調査内容

調査内容は対象者および要介護者の年齢・性別・家族構成、要介護者の病名などの基本属性と介護者の介護状況・認知症の認識の有無・認知症対策などについて、複数選択肢形式とし、自由記述では「あなたの家族が認知症になったとき、どのような情報や支援が必要だと思いますか」とたずねた。要介護者の病名については、介護者が要介護者の病名に認知症と回答したかどうかを医師の診断の有無に解釈し、要介護者の病名が認知症の場合には「認知症の診断がある」、要介護者の病名が認知症でない場合には「認知症の診断がない」と操作的に定義した。

### 5. 分析方法

統計解析には、回収した235人(回収率37.6%)のうち、年齢・性別が未記入あるいは記入漏れが全質問項目の60%以上の場合を無効回答とし、229人(有効回収率97.4%)を分析対象として、設問項目の単純集計を行った。認知症対策に対する介護者ニーズの傾向を明らかにするため、コレスポネンズ分析を用いた。対称的正規化によるスコアの分布図から、介護者の年齢・要介護者の認知症の有無による認知症対策への介護者ニーズを

読み取った。認知症対策の項目は、「医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診療の仕組みづくり」「かかりつけ医に対する研修」「介護従事者に対する研修」「予防教室や講演会など市民に対する啓発」「家族の交流会や相談会などの支援」「認知症の介護・コミュニケーション方法など、家族向け研修会の開催」「認知症を見守るボランティアなどの仕組みづくり」「徘徊行動などに対する福祉サービス制度の充実」「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や特別養護老人ホームなどの施設設備」「成年後見制度や虐待防止などの制度の充実」「若年性認知症に対する支援」の11項目であった。

また、対象者の記述されたデータの意味内容を理解し、介護者が経験する現象を明らかにする<sup>11)</sup>ため内容分析を用いた。次に、認知症に対する情報および支援に関する自由記述の記載があり、要介護者の病名に認知症と回答していない63人を分析対象者とした。分析のプロセスは、介護者が必要としている情報および支援に関する記述内容がある文章を、文脈に留意しながら意味を損なわない単位で抽出した。次に、内容の類似性に基づき分類し、分類が表す内容をサブカテゴリーとして命名し、サブカテゴリーの内容の類似性に従って統合し、分類が表す内容をカテゴリーとして命名した。分析時には、認知症学に精通した研究者に指導、助言を受けることにより、分析内容の信頼性・妥当性を高めるよう努めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、広島大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号1240、2012年11月12日）。質問紙は無記名とし、回答した調査票は対象者が同封の返信用封筒で直接研究者あてに返送することとした。また、研究協力への撤回は自由にできること、撤回されたあとも今後のサービス利用に不利益を被ることがないこと、プライバシーは厳重に保護されること、得られたデータは個人が特定されないよう配慮するこ

となどを調査票に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意を得たものとした。

## III. 結 果

### 1. コレスポネンス分析による認知症対策に対する介護者ニーズ

#### 1) 基本属性

介護者の年齢は24～91歳（平均年齢65.7±11.7歳）、男性52人（22.7%）、女性177人（77.3%）であり、続柄では妻27.4%、息子の妻23.5%、娘22.6%の順に多かった。家族構成は二世帯同居37.8%、夫婦のみ31.6%、ひとり親と子ども5.3%であった。

要介護者の年齢は58～103歳（平均年齢83.4±8.3歳）、男性76人（33.2%）、女性153人（66.8%）であり、病名は認知症と高血圧が約4割を占め、次いで、脳血管疾患が約2割と続いた。要介護度は「要介護3」が12.7%、「要介護4」が9.6%、「要介護5」が7.5%であり、介護保険サービスの利用は通所介護（以下、デイサービス）76.4%、短期入所生活介護（以下、ショートステイ）26.8%、通所リハビリテーション21.1%の順に多かった。

#### 2) コレスポネンス分析（図1）

図1は、介護者の年齢・要介護者の認知症の有無と認知症対策を同時にプロットしたものを示し、各次元が全体の情報をどの程度説明しているかを示すイナーシャの寄与率では、次元1の説明力は約49%、次元2の説明力は約28%であり、2つの次元で全体の約77%を説明していた。20～59歳を除外すると、布置図の右側に「認知症無」、左側に「認知症有」が配置されている。要介護者が認知症と診断されていない介護者は、「認知症の介護・コミュニケーション方法など、家族向け研修会の開催」「家族の交流会や相談会などの支援」など、介護者の負担軽減に必要な対策に重点をおくべきだと考えている傾向であり、要介護者が認知症の介護者では、「かかりつけ医に対する研修」「成年後見制度や虐待防止などの制度の充実」「若

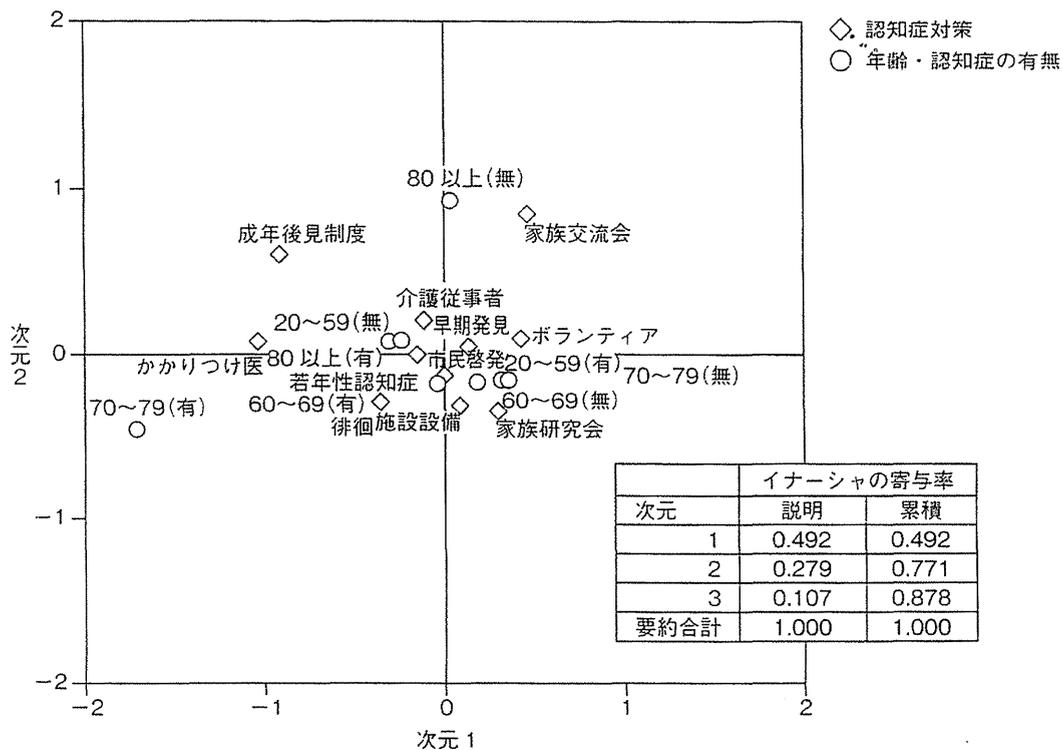


図1 年齢・認知症の有無と認知症対策との関連

年性認知症に対する支援」など、介護者自身に対する支援ではなく、認知症に関する制度の充実を望む傾向が示された。

## 2. 内容分析による介護者の認知症に対する情報・支援ニーズ

### 1) 基本属性

分析対象者は63人となり、年齢は24～90歳(平均年齢65.22±13.3歳)、男性14人(22.2%)、女性49人(77.8%)であり、続柄では妻28.6%、娘22.2%、息子の妻19.0%の順に多かった。家族構成は、二世帯同居と夫婦のみが36.1%、ひとり親と子ども3.3%であった。

### 2) 内容分析(表1)

認知症と診断されていない介護保険サービス利用者の介護者63人の記述データから、家族が認知症に罹患した場合に、介護者が必要とする情報および支援に関する内容を分析した結果、次の4カテゴリーと11サブカテゴリーが抽出された。なお、【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー

リー、「 」は記述データを示す。

#### (1) 【介護者に対する情報提供の体系化】

家族が認知症に罹患した場合に介護者が必要とする情報としては、<認知症介護・予防、介護サービス、医療機関についての情報>や「私がもしそういう状態になったときに、どういう生活、介護を受けたいかという意思表示を元気なときに何らかの形でしておく方法があればいいと思う」などの<任意後見制度についての情報>であった。これらの情報を得る場として、<認知症相談窓口の設置><認知症介護の研修会や講演会の開催>などが挙げられた。認知症相談窓口に対しては、情報提供だけではなく、「介護している私が介護うつになってしまい病院にかかっている。それでも私が倒れるまで介護しなければならないのかと思うと心が苦しくなる。この苦しみを理解してくれる人が欲しい」と、介護者は精神的な支援も求めている。

#### (2) 【総合的な在宅福祉サービスの充実】

介護者は、「定期的にケアサービス、在宅訪問、

表1 介護者の認知症に対する情報・支援ニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	記述データ
介護者に対する情報提供の体系化	認知症介護・予防、介護サービス、医療機関についての情報	認知症になったときの介護サービス、施設、医療、病院関係の情報提供
		認知症に対しての家族の心構えや対応を教えてください
		予防があるんでしたら教えてください
		認知症については、現在にも知識がないので、予防や介護の仕方、対応の方法など、段階に応じた参考になる本の紹介をしていただきたいです
	任意後見制度についての情報	認知症について教えてくださいと思う
		延命治療、本人が正常なときに○×で分かるようにしておくべし
	認知症相談窓口の設置	私がもしそういう状態になったときに、どういう生活、介護を受けたいかという意思表示を元気なときに何らかの形でしておく方法があればいいと思う
		気軽に何でも相談できる窓口が身近にあれば落ち込むことが少なくてすむと思う
		専門知識があり、あらゆるパターンに対応する認知症窓口をつくる
		介護している私が介護うつになってしまい病院にかかっている、それでも私が倒れるまで介護しなければならないのかと思うと心が苦しくなる、この苦しみを理解してくれる人が欲しい
	認知症介護の研修会や講演会の開催	少子化や核家族のために頼れる人がなく、介護を自分ひとりでしなければならないから不安である、だれかに助けてほしい
		予防教室や講演会など
総合的な在宅福祉サービスの充実	在宅介護を継続するための介護・福祉サービスの不足	認知症介護に対する研修
		自分自身もひざが痛く病氣もあるので、年齢も71歳のため、正直母を全面的に介護する自信はないので、いつでも利用できるサービスが必要だと思います
		定期的ケアサービス、在宅訪問、ヘルパーさんの支援、病院への送迎バス等、充実させていただければ嬉しく思います
		1日のうち数時間だけでもいいから、家族がほっとできる瞬間があれば、またがんばろうと思える気がします、そのためには、サービスが必要だと思います
	在宅介護の継続による経済的問題	徘徊行動などに対する福祉サービス制度の充実
		介護に手をとられ収入が減り、国民年金だけでは毎月のデイサービスがやっと、ショートが必要でもあとの支払いを考えるとお願いできない、支払いのことを考えていただきたい
		老後の蓄えも心細くなり、施設へ入所などとてもない状態です
認知症高齢者の早期発見・早期対応	早期発見	
	医療による早期の対処療法	
要介護者が利用できる施設の拡充	特別養護老人ホームやグループホームの整備	軽度のときは自宅介護も可能と思われるが、重度になると介護施設等完備した施設が必要とされる
		困った人が施設へ入所できるような環境が必要です
		同居の家族が少ない場合にはホーム等の応援が必要と思う
	デイサービスセンターやショートステイの整備	認知症になった親族を受け入れてくれるデイサービスやショートステイ制度の充実
		認知症の人がおれば気が休まる時がないので、本人を2日でも3日でも預かってもらってゆっくり自分のことができるような支援があればと思う
施設の入所待ち期間の短縮化	介護施設などの入所が長時間待つことなくできるようにしてほしい	
		利用したくても空きがないので、早く入れるようにしてほしい

(表1 つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述データ
地域住民における介護者への支援体制	近隣・地域住民の協力	家族だけでは無理である、ご近所の方に状態を知っていただくことがいちばんだと思う
		家族の協力はもちろん近所、地域での支えもある程度必要だと思います
		たずねてくれたりしていると、介護している者としてたずねてくれるだけでホッとします、声かけは必要ですね
		同じマンションに住む60歳代の女性が親身になってパンフレットやいろいろな情報を、わが家を訪問して何度も説得して下さった、そのようなことが必要だと思います
		認知症を見守るボランティアなどの仕組みづくり
	介護者の居場所づくり	家族に認知症の人がいると分かった時点で、ボランティアやまわりの人たちが相談に乗ってあげられるような場をたくさん増やしてコミュニケーションがとれればいいなと思います
		居場所づくり

ヘルパーさんの支援、病院への送迎バス等、充実させていただければ嬉しく思います」とさまざまな在宅福祉サービスの充実を望んでおり、現在のサービスでは、＜在宅介護を継続するための介護・福祉サービスの不足＞と考えていた。また、「介護に手をとられ収入が減り、国民年金だけでは毎月のデイサービスがやっと、ショートが必要でもあとの支払いを考えるとお願いできない、支払いのことを考えていただきたい」と＜在宅介護の継続による経済的問題＞に対する制度の充実を求めている。さらに、介護者は、家族が認知症に罹患したかどうかの医師の判断やその後の対応が重要と考えており、＜認知症高齢者の早期発見・早期対応＞が挙げられた。

### (3) 【要介護者が利用できる施設の拡充】

介護者だけで認知症高齢者を支えることはできないため、「認知症になった親族を受け入れてくれるデイサービスやショートステイ制度の充実」と＜デイサービスセンターやショートステイの整備＞などの通所サービスおよび短期入所サービスの充実を望んでいた。また、「軽度のときは自宅介護も可能と思われるが、重度になると介護施設等完備した施設が必要とされる」など、要介護者が重度化した場合や介護者の対応が困難になった場合を想定し、＜特別養護老人ホームやグループ

ホームの整備＞も求めている。しかし、「利用したくても空きがないので、早く入れるようにしてほしい」と施設への入所ができない要介護者もいることから、＜施設の入所待ち期間の短縮化＞に対するニーズがみられた。

### (4) 【地域住民における介護者への支援体制】

家族が認知症に罹患した場合、介護者は「家族だけでは無理である、ご近所の方に状態を知っていただくことがいちばんだと思う」と考えており、＜近隣・地域住民の協力＞の必要性を挙げている。また、「家族に認知症の人がいると分かった時点で、ボランティアやまわりの人たちが相談に乗ってあげられるような場をたくさん増やしてコミュニケーションがとれればいいなと思います」と近隣・ボランティアが介護者を支援するとともに＜介護者の居場所づくり＞を行うなど、【地域住民における介護者への支援体制】が構築されることを望んでいた。

以上の介護者の情報・支援ニーズから得られた4カテゴリー(11サブカテゴリー)を介護者への支援体制の観点から、情報提供のサポート、フォーマルサポートのソフト面およびハード面、インフォーマルサポートの3つに分類し、それぞれの関係性を図2に示した。

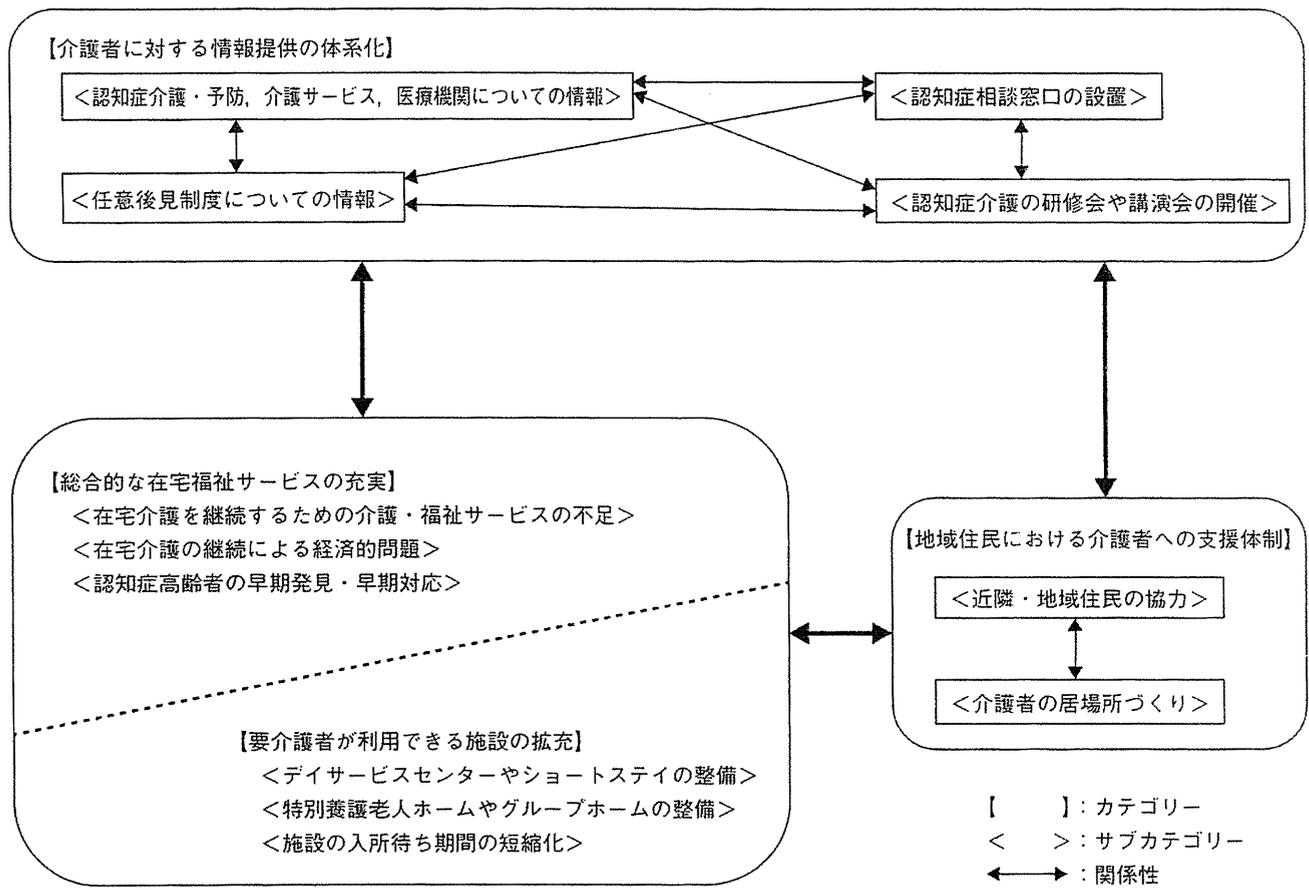


図2 介護者の情報・支援ニーズにおける関連図

#### IV. 考 察

##### 1. 介護者の認知症に対する情報ニーズ

本研究において、認知症と診断されていない要介護者の介護者にとって、その要介護者が認知症に罹患した場合に必要なとしている情報は、「認知症に対しての家族の心構えや対応を教えてほしい」「認知症になったときの介護サービス、施設、医療、病院関係の情報提供」などであった。本間<sup>12)</sup>は、認知症になる可能性の高い要介護者の介護者は、受診方法、社会資源などの情報提供ニーズがあると報告している。本調査結果においても、介護サービスなどの社会資源への情報ニーズは同じであったが、認知症に関する知識から介護方法や予防方法、病院、施設、介護サービスといった具体的な内容のものまで、幅広い情報ニーズがあった。また、介護者は「私がもしそういう状態

になったときに、どういう生活、介護を受けたいかという意思表示を元気なときに何らかの形でしておく方法があればいいと思う」と記載しており、介護者自身の判断能力があるうちに判断能力低下後の生活や療養看護についての意思表示をしておくことを希望し、その情報を求めている。介護者自身の認知症発症に対する不安に関して、半数以上が不安を抱えており、60～70歳代の女性が約5割でもっとも多いと報告されている<sup>13)</sup>。本調査対象者も、女性が約8割、60～70歳代は約5割であり、介護者自身が認知症発症に対する不安を抱えている傾向が高く、認知症により判断能力が不十分になった場合に備えておきたいという思いから、任意後見制度についての情報ニーズにつながったと推測される。認知症高齢者の介護者の知りたい情報では、認知症の対応方法や介護方法、介護相談や施設入所などの社会資源の利用方法な

どの具体的な情報の要望に限定されている<sup>14)</sup>という報告もある。認知症高齢者の介護者は、介護経験から必要とした具体的な情報を望んでおり、認知症と診断されていない要介護者の介護者では、認知症の介護経験がほとんどないため、認知症に関する幅広い情報を必要としていたと考えられる。従来行われている認知症対策における啓発活動としての情報提供では、認知症高齢者とその家族を対象としていることが多い。要介護者の認知症の有無により、介護者の情報ニーズに違いがみられたため、認知症と診断されていない要介護者の介護者に対する情報提供に関する検討は不可欠である。

専門職から介護者への情報提供の場として、研修会、介護者の会などがある。家族は介護者の会への参加により、将来への不安が軽減し、同じ立場の人同士で話すことにより、自らの介護を客観視できるようになったことが報告されている<sup>15)</sup>。本調査結果でも、介護者は「認知症介護の研修会や講演会の開催」を求めている。Gauglerら<sup>16)</sup>は、認知症の病気、BPSDへの対応を含んだ介護者への介入により、認知症患者の介護者の介護負担感が軽減したと報告している。また、認知症高齢者の介護者の相談内容としては、認知症の症状がもっとも多いことが明らかになっている<sup>17)</sup>。本調査結果においても、介護者は認知症の特徴および認知症の症状とその対応方法の情報を求めている。これらのことから、要介護者が認知症に罹患した場合、介護者は要介護者のBPSDへの対応に困っていることが多いと考えられる。要介護者が認知症に罹患する前に、介護者が認知症の特徴の理解およびBPSDへの適切な対応を理解していれば、認知症介護に対する介護者の戸惑いや不安が軽減されるとともに、要介護者が認知症に罹患しBPSDが出現した場合にも、介護者が必要以上に混乱することなく対応でき、介護負担の軽減につながると考えられる。

## 2. 介護者の認知症対策に対するニーズ

### 1) 内容分析結果について

#### (1) 認知症相談窓口の設置

認知症と診断されていない要介護者の介護者にとって、その要介護者が認知症に罹患した場合にもっとも必要としている支援は、「認知症相談窓口の設置」であった。家族の認知症発症に対する不安を抱えている介護者は、40歳代、60歳代の順に多く、女性のほうが多いと報告されている<sup>13)</sup>。本調査対象者も60歳代が約4割、女性が約8割であり、認知症に対する不安を抱えている介護者が多い傾向であったと推察される。「専門知識があり、あらゆるパターンに対応する認知症窓口をつくる」「気軽に何でも相談できる窓口が身近であれば落ち込むことが少なくてすむと思う」などの記載から、その時々介護状況に合わせた具体的な対応を望んでいる介護者や気軽に相談できる窓口の設置を望んでいる介護者が多いと考えられる。認知症高齢者の介護者においても、身近な相談窓口として「本人を連れて行かなくても相談できる場」や「どこに行けば認知症の診察をしてもらえるかを教えてくれる場」が欲しいといったニーズをもっている<sup>12)</sup>。在宅介護を行っている介護者にとって、要介護者の認知症の有無に関係なく、身近な相談窓口は必要不可欠な場所であることが示された。

B市における認知症相談窓口として機能している機関は、行政担当課、地域包括支援センター、在宅介護支援センターである。中島ら<sup>18)</sup>は、要介護者および介護者の状況に応じて、具体的な対応方法を共に考えていく役割としての相談窓口の存在も必要であると報告している。また、認知症高齢者の介護者の電話相談では、具体的な相談ではなく、とにかくだれかと話したい、話すことでストレスを発散したいなどの内容が挙げられ<sup>17)</sup>、要介護者の認知症が初期でも、症状が進んだ段階でも介護者はさまざまな不安を抱えていること<sup>19)</sup>が報告されている。本調査結果も同様、「少子化や核家族のために頼れる人がなく、介護を自分ひと

りでなければならないから不安である。だれかに助けてほしい」「介護している私が介護うつになってしまい病院にかかっている。それでも私が倒れるまで介護しなければならないのかと思うと心が苦しくなる。この苦しみを理解してくれる人が欲しい」などの記載から、介護者は認知症相談窓口に対し、精神的なサポートも求めていることが明らかになった。しかし、認知症相談窓口には、認知症専門スタッフの配置はなく、職員は相談以外の業務も抱えており、介護者の相談に対し、十分な時間を割くことが不可能な状況であると考えられる。これらのことから、認知症相談窓口に関する施策では、要介護者の認知症罹患の有無に関係なく、認知症専門スタッフを配置した相談窓口を設置し、どの認知症相談窓口に行っても、介護者が必要としている認知症に関する情報を迅速かつ適切にアドバイスできるとともに、要介護者および介護者が必要としているサービスが提供できるように他機関・他施設へつなげていくことが重要である。また、介護者が在宅で介護を行う場合にはさまざまな不安を抱えているため、要介護者および介護者の状況に合わせた精神的サポートを継続的に実施していくことが必要であると考えられる。

## (2) 施設サービスの拡充

平成25年度版高齢社会白書<sup>20)</sup>では、65歳以上の高齢者のいる世帯は全世帯の41.6%を占め、そのうち、夫婦のみの世帯がもっとも多く約3割で、単独世帯と合わせると半数を超える状況であり、日中独居も含めると、家族による支援を常時受けることができない高齢者は相当数に及ぶと報告されている。また、施設入所を希望する理由としては、「家族に迷惑をかけたくない」77.1%、「専門的な介護が受けられる」35.9%、「家族は仕事をしているなど、介護の時間が十分にとれない」(25.9%)が挙げられ<sup>21)</sup>、認知症介護では、徘徊や怒りなどの予測できない行動に対して継続した監視が必要であるため、介護負担感を増大させることが指摘されている<sup>22)</sup>。

認知症高齢者の介護者は、ショートステイなどの社会資源の活用に対するニーズがあることは報告されている<sup>9)</sup>が、本調査結果では、「同居の家族が少ない場合にはホームなどの応援が必要と思う」「軽度のときは自宅介護も可能と思われるが、重度になると介護施設など完備した施設が必要とされる」などの記述データがあり、デイサービス、特別養護老人ホーム、グループホーム、ショートステイなどの在宅・施設の両サービスの充実を求めていることが明らかになった。本調査対象者は、家族構成が夫婦やひとり親と子が約4割と多く、要介護3以上が約3割であったことなどから、介護者のみに介護を任せるのは困難な状況にある人が多い傾向であり、施設サービスの充実を求めていると考えられる。また、要介護高齢者の在宅生活継続要因としては、デイサービス、ショートステイなどのサービス利用が挙げられている<sup>23)</sup>。本調査対象者の要介護者が利用しているサービスにおいても、デイサービスが約8割と最も多く、次いでショートステイが約3割であった。認知症介護には身体的介護に加え、徘徊などのBPSDがみられることによる見守りなどのケアを要することが多くなるため、〈特別養護老人ホームやグループホームの整備〉〈デイサービスセンターやショートステイの整備〉のニーズが高い傾向であったと推察される。さらに、B市の施設は、特別養護老人ホーム6施設、グループホーム2施設、ショートステイ5施設であり、約1,100人の市内施設待機者(平成25年7月末現在)がいる現状から、〈施設の入所待ち期間の短縮化〉を求めていることが考えられる。

## 2) コレスポネンズ分析結果について

認知症対策に対する介護者ニーズをコレスポネンズ分析した結果では、要介護者の認知症の有無によって、介護者のニーズの傾向が異なることが明らかになった。

要介護者が認知症でない介護者は、家族研修会や家族交流会など、介護者の負担軽減に必要な支援に対してニーズが高かった。近年、認知症につ

いての啓発が、市民フォーラムやマスメディアなどを通して行われており、高齢者の認知症への関心は高まりつつある<sup>14)</sup>。関心が高くなるにつれ、家族の認知症発症に対する不安を抱えている介護者も増え、男性より女性のほうが多いと報告されている<sup>13)</sup>。また、介護者会に参加することにより、介護者の不安やストレスが軽減し、安心感につながることも明らかになっている<sup>15)</sup>。本調査対象者も女性が約8割であり、認知症発症に不安を抱えた介護者が多い傾向であり、不安やストレス軽減のために有効である介護者会に参加し、他の介護者との交流を図ることや認知症の対応・介護方法などを習得し、介護負担感を軽減することを望んでいる介護者が多かったと推察される。

一方、要介護者が認知症の介護者の場合は、介護者自身に対する支援ではなく、認知症に関する制度の充実に対してニーズが高かった。品川ら<sup>24)</sup>は、介護者が認知症を疑った場合の受診先としては、専門医よりかかりつけ医が多いと報告している。しかし、介護者がかかりつけ医に相談しても、適切な対応をしてもらえないことがあることも指摘されている<sup>25)</sup>。本調査対象者のなかにも、かかりつけ医を受診した際、適切な対応をしてもらえなかったと感じた介護者がいたかもしれない。また、判断能力の不十分な認知症高齢者は、財産管理や介護サービスや施設への入所に関する契約を自分で行うことはむずかしい状況であり、介護者はこのような状況を側でみてきたことにより、成年後見制度に対するニーズが高かったと考えられる。若年性認知症は認知症高齢者ほど理解が進んでいない<sup>26)</sup>と報告されているが、本調査対象者に若年性認知症の介護者が1人いたことや、B市が実施している若年性認知症高齢者の啓発活動が、介護者の若年性認知症に対する理解を深めていたことなどがニーズにつながった要因であると推察される。

以上から、要介護者が認知症に罹患した場合においても、要介護者および介護者が住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、介護者

ニーズに合わせた認知症支援体制の確立が急務であることが示唆された。

## V. 研究の限界と今後の課題

今回の調査における質問紙調査の自由記述データの分析では、対象者の約半数が60歳以上であり、加齢により自由記載欄に記入することが困難な高齢者がいた可能性が否めない。今後は本研究結果を踏まえ、地域を広げて調査を行うことや、インタビュー調査などを実施し、詳細な介護者ニーズを把握することにより、さらなる検討を加える必要がある。

## VI. 結 語

認知症高齢者の介護者と認知症と診断されていない要介護者の介護者では、情報・支援ニーズの違いがみられた。認知症と診断されていない要介護者の介護者は、認知症に関する知識から介護方法や予防方法、病院、施設、介護サービスといった具体的な内容のものまで、幅広い情報を必要としていた。認知症対策では、要介護者が認知症でない介護者は、介護負担の軽減に必要な対策に重点をおくべきだと考えている傾向であり、要介護者が認知症の介護者では、介護者自身に対する支援ではなく、認知症に関する制度の充実への支援を望む傾向が示された。今後、介護者への支援を推進するためには、認知症高齢者とその家族だけではなく、認知症と診断されていない要介護者の介護者に対する支援内容・体制を再検討することが望まれる。

### <謝辞>

本研究の実施にあたり、調査に快くご協力いただきました調査対象者のみなさま、ケアマネジャーのみなさまに深謝申し上げます。

## 【文 献】

- 1) World Health Organization (2012)「Dementia : a public health priority」([http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/), 2014.5.5).
- 2) Corbett A, Stevens J, Aarsland D, et al. : Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (6):628-636(2012).
- 3) 厚生労働省(2012)「認知症高齢者の現状」([http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou\\_kouhou/kaiken\\_shiryuu/2013/dl/130607-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryuu/2013/dl/130607-01.pdf), 2014.4.26).
- 4) 厚生労働省(2012)「介護保険制度の施策の動向について」([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/dl/02\\_99-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/dl/02_99-01.pdf), 2014.4.26).
- 5) 厚生労働省(2012)「『認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)』について」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, 2014.4.26).
- 6) 矢富直美: 早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方. 老年精神医学雑誌, 14(1):20-25(2003).
- 7) 上城憲司, 中村貴志, 納戸美佐子, ほか: デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果. 日本認知症ケア学会誌, 8(3):394-402(2009).
- 8) Parker D, Mills S, Abbey J : Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community : a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2):137-172(2008).
- 9) 木村裕美, 神崎匠世: 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 12(2):397-407(2013).
- 10) 小林裕人: 認知症高齢者を介護する家族自身の受診ニーズをとらえる; 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI\_8)を用いた検討. 老年精神医学雑誌, 19(6):681-686(2008).
- 11) Tesch R : Qualitative Research : Analysis Types and Software Tools. 11, The Falmer Press, New York (1990).
- 12) 本間 昭: 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状. 老年精神医学雑誌, 14(5):573-591(2003).
- 13) 青柳寿弥, 青木頼子, 新鞍真理子, ほか: 市民公開講座「認知症本人と家族介護者の語り」の概要と質問紙調査からの知見. 富山大学看護学会誌, 12(2):93-99(2012).
- 14) 加藤久恵, 兵藤好美: 「介護者の会」参加によってもたらされる介護への影響; 現役介護者の変化と介護終了者との相互作用. 岡山大学医学部保健学科紀要, 16(2):67-78(2006).
- 15) 湯原悦子, 尾之内直美, 伊藤美智子, ほか: 認知症の人を抱える家族を対象にした電話相談の役割: 認知症の人と家族の会愛知県支部が行う電話相談5,300件の分析から. 日本認知症ケア学会誌, 9(1):30-43(2010).
- 16) Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, et al. : Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? : Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3):421-428(2008).
- 17) 大澤ゆかり, 松岡広子, 百瀬由美子, ほか: 地域住民の認知症に対する関心と不安及びイメージの検討. 愛知県立看護大学紀要, 13:9-14(2007).
- 18) 中島民恵子, 鷹野和美: 自治体における認知症支援施策のあり方に関する研究: 「早期発見・対応」を焦点に. 介護福祉学, 13(2):105-118(2006).
- 19) 田嶋愛子: 痴呆性老人を抱える家族に対する援助のあり方; 電話相談からの考察. こころの健康, 13(1):43-47(1998).
- 20) 内閣府(2013)「平成25年度版高齢社会白書」([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/s1\\_1\\_1\\_01.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/s1_1_1_01.html), 2014.5.5).
- 21) 内閣府(2010)「介護保険制度に関する世論調査」(<http://www8.cao.go.jp/survey/h22/h22-kaigohoken/index.html>, 2014.5.5).
- 22) Haley WE : The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48(5 Suppl 6):S25-29(1997).
- 23) 綾部明江: 要介護高齢者の在宅生活継続に関する影響要因とケアの視点. 日本看護科学会誌, 27(2):43-52(2007).
- 24) 品川俊一郎, 中山和彦: 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討; 一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. 老年精神医学雑誌, 18(11):1224-1233(2007).
- 25) 鹿野由利子, 花上憲司, 木村哲郎, ほか: 痴呆の早期受診はなぜ難しいのか; 家族からみた障壁要因と情報提供の必要性. 日本認知症ケア学会誌, 2(2):158-181(2003).
- 26) 鈴木亮子, 森 明子, 小長谷陽子: 若年認知症の人の家族を支援するうえでの課題. 日本認知症ケア学会誌, 9(1):73-82(2010).

# 総合診療医が知っておくべき アルツハイマー型認知症 治療薬の薬物相互作用

石井伸弥 秋下雅弘

東京大学医学部附属病院老年病科

わからなければ本文を読んでみたほうがいいかも？



**問 16** 70歳、女性をADと診断し、ドネペジルを開始した。副作用なく9カ月経過したが、ドネペジルを10mgまで増量したにもかかわらず、急速な認知機能の低下がみられた。検査を繰り返したが新たな異常なく、ドネペジルの効果不十分と判断し、ほかの認知症治療薬に変更することにした。服薬介助を行っている家族が1日1回投与の薬剤を希望したため、リバスチグミンを処方することにした。どのように変更を行うべきか。以下から適切なものを選び。

- ① ドネペジルを継続したままリバスチグミンを初期用量の4.5mgから開始し、ドネペジルを減量しつつ、リバスチグミンを増量する。
- ② ドネペジルを中断し、翌日からリバスチグミン維持量の13.5mgを開始する。
- ③ ドネペジルを中断し、2週間後からリバスチグミン維持量の13.5mgを開始する。
- ④ ドネペジルを中断し、翌日からリバスチグミン初期用量の4.5mgを開始する。

→ 気になる答えは論文の最後で！

## I 認知症患者における薬剤数と有害事象

認知症はもともと加齢によって有病率が高まる慢性疾患であるため、認知症患者はしばしば高齢であり、認知症に加えて身体疾患を多く有している。高齢者の身体疾患のほとんどは慢性疾患で、臓器の老化が基盤にあるため、治癒は困難である。これに伴って、慢性的に処方されている薬剤数が増え、認知症の治療薬とあわせて、多剤併用になりやすい。国立長寿医療研究センターからの報告では、高齢入院患者では平均4.9剤の薬剤が処方されていたが、基礎疾患として認知症を有する患者における平均処方薬剤数は5.5剤であり、最も

多かった処方薬剤は循環器系であった<sup>1)</sup>。

服薬数の増加に伴う問題として最も重要なのは、有害事象の増加である。大学病院入院患者においては6剤以上で有害事象の発生頻度が大きく増加していた(図1)<sup>2,3)</sup>。

その原因として薬物相互作用や服薬過誤の発生率増加、服薬アドヒアランスの低下が考えられる。したがって、薬物有害事象を防ぐためには、服薬アドヒアランスを良好に保ち、多剤併用を可能な限り避けるとともに、薬物相互作用を考慮して処方する必要がある。

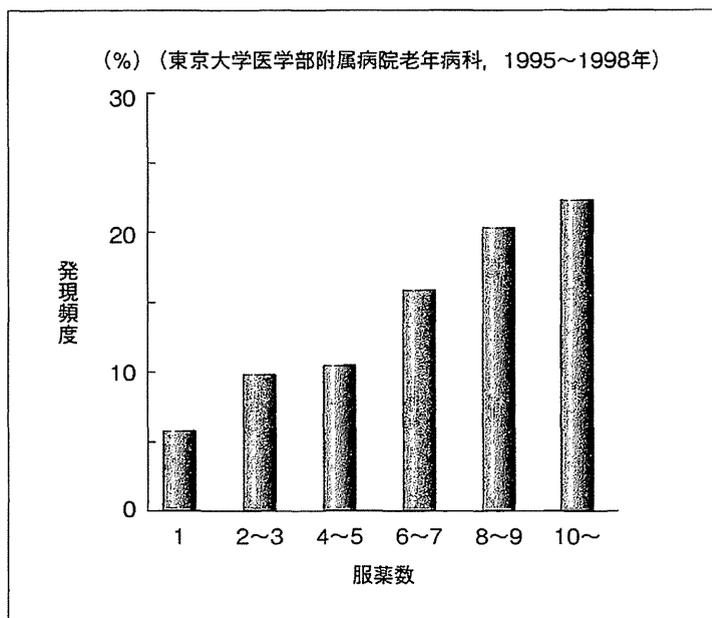


図1 服薬数と薬物有害事象発現頻度 (文献2)より)

## II 薬物相互作用はどの程度知られているか

注意しておかなければならないのは、薬物相互作用についての知見はきわめて限られており、すべての薬物相互作用が知られているわけではない、ということである。新しく開発された薬物では、開発段階で他薬物と相互作用がないか、スクリーニングを行うが、*in vitro*での結果がどの程度、臨床的な意味をもつのかの判断は難しい<sup>4)</sup>。また、現在ほど技術が進歩していない頃に開発された薬物や古くから用いられている薬物では、そうしたスクリーニングも行われていない。薬物の

開発段階での臨床試験や製造販売後調査で有害事象に関する調査はなされるが、薬物の相互作用を検出するのに十分なサンプルサイズがなかったり、あるいは適切なデザインではなかったりすることもある。さらに、実際の臨床においては3種類以上の薬剤が併用されることは珍しくないが、3種類以上の薬剤による相互作用はほとんど調べられていない。したがって、臨床現場においては、予期できない薬物相互作用の発生はほぼ不可避である。

## III 薬物相互作用を予防する

### 1 高齢者に対する薬物療法の原則

では、薬物相互作用を少しでも予防するためにはどのようにすべきか。すでに知られているアルツハイマー型認知症(AD)治療薬の薬物相互作用(後述)に注意を払うのはもちろんだが、高齢者に対する薬物療法の原則を守ることも有用である(表1)。薬剤数を可能な限り少なくし、薬剤を開

表1 高齢者に対する薬物療法の原則

1. 可能な限り非薬物療法を用いる
2. 薬剤数を最小限にする
3. 服用法を簡便にする
4. 明確なエンドポイントを設定して処方する
5. 生理機能に留意して用量を調節する
6. 必要に応じて臨床検査を行う
7. 定期的に処方内容を見直す
8. 新規症状出現の際はまず有害事象を疑う

始する際には少量から始め、効果と有害事象をモニタリングしつつ漸増することで、薬物による有害事象・相互作用の早期発見に繋がる。そして、新規の症状を認めたら薬物による有害事象を疑うことも重要である。ここで、元々の身体疾患による症状との予断を抱いてしまうと、新規症状を別の薬剤によって治療することになり、さらなる多剤併用に繋がってしまう。この現象は処方カスケードと呼ばれており、高齢者における医療の大きな問題の1つである。

## 2 AD治療薬の薬物相互作用

ADの治療に用いられる薬剤としては、コリンエステラーゼ阻害薬(ChEI)であるドネペジル(アリセプト<sup>®</sup>)、リバスチグミン(リバスタッチ<sup>®</sup>パッチ、イクセロン<sup>®</sup>パッチ)、ガランタミン(レミニール<sup>®</sup>)に加え、NMDA受容体拮抗薬のメマンチン(メマリー<sup>®</sup>)がある。これらの薬ではいずれも、併用が禁忌となる薬剤はないが、併用時に注意が必要な薬剤がある。

### A. ChEI

ChEIはコリン作動性の末梢または中枢神経刺激を通して有害事象(嘔気、腹痛、下痢などの消化器症状や徐脈)を引き起こす。したがって、ChEI同士の併用は有害事象のリスクを高めるため、避けるべきである。効果不十分で薬剤を変更する場合は、まず使用中の薬剤を中断し、すぐに新しい薬剤を初期用量から漸増する。有害事象によって切り替えを行う際は有害事象が消失するまで休薬期間をおく<sup>5)</sup>。

さらに、ほかのChEI(ネオスチグミン：ワグス

チグミン<sup>®</sup>など)やコリン作動性の作用をもつ薬剤(ベタネコール：ベサコリン<sup>®</sup>など)との併用も同様の注意が必要である。逆に、抗コリン作用を期待して用いる薬剤(アトロピン、ブチルスコポラミン：ブスコパン<sup>®</sup>など)は相互に効果が減弱する可能性がある。また、ジゴキシシン(ジゴシン<sup>®</sup>)やβブロッカーなど、徐脈を生じ得る薬剤は、ChEIとの併用で著しい徐脈を起こす可能性があり、脈拍数やふらつきなどの臨床症状のモニタリングが必要である。

ChEIのなかでは、ドネペジル、ガランタミンは肝臓での薬物代謝酵素であるCYP3A4やCYP2D6により代謝されるため、CYP3A4やCYP2D6の阻害作用を有する薬物(フルボキサミン：デプロメール<sup>®</sup>、パロキセチン：パキシル<sup>®</sup>、エリスロマイシン：エリスロマイシン<sup>®</sup>など)を併用することにより、ChEIの血中濃度が上昇し、嘔気、腹痛、下痢などの消化器症状を引き起こす可能性がある。リバスチグミンは代謝においてCYPの関与を受けないため、これらの薬剤との併用に問題はない。

### B. メマンチン

NMDA受容体拮抗薬であるメマンチンでは、腎尿細管分泌により排泄される薬剤(シメチジン：タガメット<sup>®</sup>など)、尿アルカリ化を起こす薬剤(アセタゾラミド：ダイアモックス<sup>®</sup>など)との併用により、血中濃度の上昇が起こる可能性がある。また、NMDA受容体拮抗作用を有する薬剤(アママンタジン：シンメトレル<sup>®</sup>など)を併用する場合は、相互に作用が増強されるため注意が必要である。

## おわりに

繰り返しになるが、本稿で紹介した薬物相互作用はあくまで既知のものであり、すべての薬物相互作用が知られているわけではない。したがっ

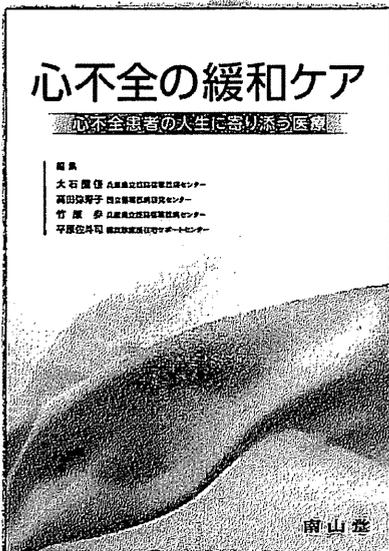
て、これらの薬物相互作用に注意を払うだけではなく、前述の薬物療法の原則(表1)を守ることが、薬物相互作用による有害事象の予防に重要である。

問 16の答え ④

ドネペジル、リバスチグミン、ガランタミンはすべてコリンエステラーゼ阻害作用を有しており、有害事象(嘔気、腹痛、下痢などの消化器症状や徐脈)もコリン作動性の末梢または中枢神経刺激によると考えられる。そのため、ChEi同士の併用は有害事象のリスクを高めるので避けるべきである。効果不十分を理由に薬剤の切り替えを行う場合、まず使用中の薬剤を中断し、すぐに新しい薬剤を初期用量から漸増する。有害事象によって切り替えを行う際には有害事象が消失するまで休薬期間をおく<sup>5)</sup>。

参考文献

- 1) 古田勝経: 高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究. 長寿医療健康委託事業総括研究報告書, 2010.
- 2) 鳥羽研二, 秋下雅弘, 水野有三, 他: 薬剤起因性疾患. 日本老年医学会雑誌, 36 (3) : 181-185, 1999.
- 3) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int, 12 (4) : 761-762, 2012.
- 4) Hennessy S, Flockhart DA: The need for translational research on drug-drug interactions. Clin Pharmacol Ther, 91 (5) : 771-773, 2012.
- 5) Massoud F, Desmarais JE, Gauthier S: Switching cholinesterase inhibitors in older adults with dementia. Int Psychogeriatr, 23 (3) : 372-378, 2011.



わが国初! 入院から在宅まで、  
緩和ケア実践への道しるべ

# 心不全の 緩和ケア

心不全患者の人生に寄り添う医療

● B5判 232頁  
● 定価(本体3,800円+税)

大石醒悟・高田弥寿子・竹原 歩・平原佐斗司 編

突然死の可能性も回復の可能性も最期まで残る心不全は、がんと比べ予後予測も終末期の見極めも困難である。しかしその患者の苦痛は大きく、緩和的なケアのニーズは非常に高い。本書では、今後その重要性が一層増していく在宅医療までを視野に、症状緩和、支持療法、家族・医療者へのケアなどを解説、緩和ケア実践への道しるべとなる一冊。



〒113-0034 東京都文京区湯島4-1-11 URL <http://www.nanzando.com>  
TEL 03-5689-7855 FAX 03-5689-7857(営業) E-mail [eigybu@nanzando.com](mailto:eigybu@nanzando.com)

# 高齢者薬物治療における 処方最適化のためのツール

## Key Points

石井 伸弥

東京大学大学院医学系研究科 加齢医学講座 助教

- ⊕ 高齢者では若年者と比べ薬物有害事象が頻繁に起こるが、予防可能な薬物有害事象も多い。
- ⊕ 薬物有害事象の危険性が高い薬物リストとして「Beers criteria」「STOPP and START」「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が代表的である。
- ⊕ これらのリストは薬物有害事象の危険性が高い薬物を見つけ出すためのスクリーニングツールとして有用であるが、実際の個々への適応にあたっては個別に判断することが重要である。

## はじめに

高齢者では、若年者と比べ薬物有害事象が頻繁に起こることが知られている。急性期病院では、高齢者の6～15%に薬物有害事象を認めるとの報告がある<sup>1,2)</sup>。また、68の研究（被験者合計123,794人）を対象としたメタ分析の報告によると、若年者と比べて65歳以上の高齢者では、薬物有害事象による入院の割合が4倍高かった(16.6% vs 4.1%)。しかも、若年者では予防可能であると考えられた薬物有害事象による入院の割合は24%であった一方、高齢者では薬物有害事象による入院のうち、88%が予防可能であると考えられた<sup>3)</sup>。もともと高齢者の方が入院する危険性が高いことを考えると、高齢者における予防可能な薬物有害事象による入院の件数は若年者の7倍にも及ぶと推定されている。慢性期療養病床においても、薬物有害事象は頻繁であると

報告されている。米国のナースিংホームにおいては、100患者日当たり9.8件の薬物有害事象が起こっており、そのうち42%が予防可能と考えられている<sup>4)</sup>。この予防可能と考えられた薬物有害事象の大半は薬物処方やモニタリングの段階で問題が起こっていた。一方、外来診療では、27%の薬物有害事象が予防可能であると推定されている<sup>5)</sup>。このように、幅広い場面において薬物有害事象が観察されており、しかもその大部分が予防可能なものであることが高齢者の薬物有害事象の特徴である。

こうして高齢者における薬物有害事象の危険性が理解されるとともに、薬物有害事象を予防する取り組みもなされるようになってきた。まずは高齢者において薬物有害事象を起こしやすい薬物を使用しないことである。また、多くの種類の薬物を併用すると予期せぬ薬物-薬物間の相互作用や薬物-疾病間の相

相互作用が起こる危険性が高まる上、服薬過誤の危険性の上昇、アドヒアランスの低下が起こりやすくなり、薬物有害事象の危険性が高まる。大学病院入院患者においては6剤以上で有害事象の発生頻度が大きく増加していた(図)<sup>1,6)</sup>。そのため、不必要な薬物を中止し、減薬することは薬物有害事象の予防に重要であると考えられる。これらの取り組みを助けるため、高齢者において期待される治療効果よりも有害事象の危険性が高い薬物[英語ではpotentially inappropriate medication (PIM)、日本ではしばしば慎重投与薬や不適切薬と呼ばれる]のリストを作成する試みがなされてきた。こうしたリストの中でも特に日常診療や研究において頻用される『Beers criteria』<sup>7)</sup>、『STOPP and START』<sup>8)</sup>、および『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン』<sup>9)</sup>の3つを本稿では紹介し、使用上の留意点について述べる。

## Beers criteria

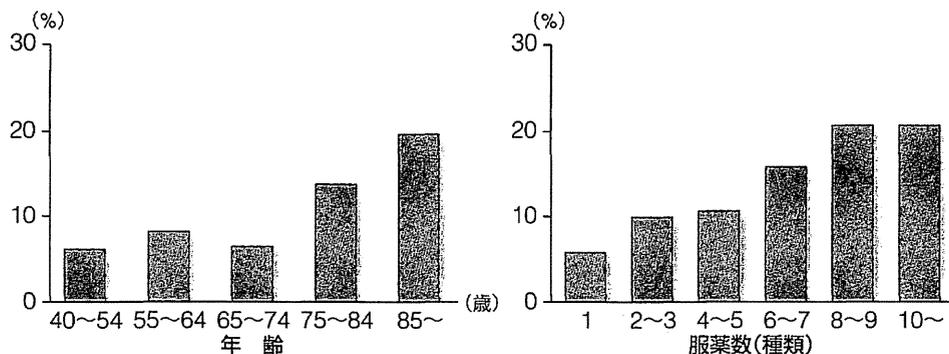
Beers criteriaはもともと米国においてDr. Beersが1991年に作成したものであるが、それ以降定期的に改訂されてきた<sup>10)</sup>。当初は

Dr. Beersを含めた一部の研究者が文献をレビューし、その結果に基づいてコンセンサスを形成するという形で作成されていたが、最新の2012年版では、米国老年医学会の専門家委員会がシステマティックレビューを行い、その結果に基づいてコンセンサスを形成するというプロセスを踏んで作成されている<sup>7)</sup>。米国老年医学会のホームページ<sup>11)</sup>から入手可能である。

この2012年版Beers criteriaでは、全部で53の薬物あるいは薬物クラスがPIMとして同定され、

- ①高齢者では一般的に避けるべきもの
- ②ある特定の疾患や症候群を持つ高齢者では避けるべきもの
- ③高齢者に対して用いる際に慎重であるべきもの

の3つに分類されている。それぞれの薬物には“Quality of Evidence (エビデンスの質)”と“Strength of Recommendation (推奨の強さ)”が付けられており、Beers criteriaによる推奨を個々の患者に当てはめる際の判断する補助として用いることができる。また、リストを作成するにあたってどのような文献をどのように解釈して推奨を行ったかが公表されており(これは資料として上記ホームペー



【図4】 高齢者の服薬数と薬物有害作用出現頻度

東大病院老年病科の入院患者調査(1995～1999年)による。入院時に存在もしくは入院中に発生した薬物有害作用の有無を診療録から判定した高齢者ほど多いことを示すデータであるが、75歳以上の後期高齢者では15%以上に達する点に注意が必要である。(文献1より引用)

ジ<sup>11</sup>から入手可能である), 透明性を高める取り組みがなされている。しかし, Beers criteriaは, 例外的な使用(例えば緩和ケアに用いる場合)を許容しておらず, また薬物の相互作用や重複, さらに過少治療の問題も扱っていないという短所がある。

## STOPP and START

STOPP and STARTは, 2008年にアイルランドの研究者によってEUで用いることを念頭に置いて作成, 発表された<sup>8)</sup>。上記のBeers criteriaの短所を補うよう改善が加えられている。最も大きな特徴としては, 高齢者において避けるべき薬物だけでなく, 期待される治療効果が高く, 禁忌がなければ使用すべき薬物についてもリストを作成している点である。この使用するべき薬物が用いられていなければ過少治療と判断される。使用するべき薬物はSTART (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)と呼ばれ, 22の薬物あるいは薬物クラスがSTARTに分類されている。避けるべき薬物はSTOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions)と呼ばれ, 65の薬物あるいは薬物クラスがSTOPPに分類されている。それらの多くが疾患との組み合わせという形で記載されており, 生理学的に分類されている(例:循環器など)。

## 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン』<sup>9)</sup>は日本老年医学会の老人医療委員会のワーキンググループと厚生労働省の長寿医療委託研究班メンバーとで2002年に作成された。作成にあたっては各執筆者の調査研究した結果に

基づいており, エビデンスに欠けているきらいがある。45の薬物あるいは薬物クラスが高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物として分類されている(表)。また, それとは別に高齢者に多い疾患については, 疾患ごとに慎重な投与を要する薬物が記載されている。このガイドラインは, 170ページを超える書籍として出版されており, それぞれの薬物について処方上の注意点が細かく記載されているのも特徴である。2015年現在, システムティックレビューをもとにしたガイドラインの改訂作業が行われている。

## リストを用いる際の注意点

本稿では, 高齢者において有害事象の危険性が高い薬物リストのうち, 広く用いられている3種類を紹介した。ただ, こうしたリストを用いる際にはいくつか注意が必要である<sup>12)</sup>。

まず, 薬物の効果に対して有害事象を調べる研究は(特に高齢者において)不十分である。まれな有害事象はそもそも認識されることが少ない上, それをきちんと評価するための研究も症例数が膨大となる場合があり, 行うことが困難である。

次に, こうしたリストを開発する手法はまだ確立されていない。例えば, 2012年版のBeers criteriaではエビデンスを作成するのにmodified GRADEと呼ばれるガイドライン作成にあたって近年広く用いられる手法を用い, また専門家間のコンセンサス形成のためにmodified Delphi法を用いている。これらの手法は手順も明示的に定められており, 再現性のあるものではあるが, 薬物の治療効果と有害事象のリスクをどのように比較するかなど, 主観によって左右される部分は避けられない。また, 医療の複雑性, 患者の多様

表1 高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物のリスト(日本老年医学会, 2005)

系統	薬物(一般名)	商品名	理由, 主な副作用	代替薬
降圧薬 (中枢性交感神経抑制薬)	メチルドパ	アルドメット®	徐脈, うつ	長時間作用型カルシウム拮抗薬, アンジオテンシン変換酵素阻害薬, アンジオテンシンII受容体拮抗薬, 少量の利尿薬
	クロニジン	カタプレス®	起立性低血圧, 鎮静, めまい	
降圧薬 (ラウオルフシア)	レセルピン	アポプロン®	うつ, インポテンツ, 鎮静, 起立性低血圧	
降圧薬 (カルシウム拮抗薬)	短時間作用型ニフェジピン	アダラート®, セバミット®, ヘルラート®など	過降圧, 長期予後悪化	
血管拡張薬	イソクスプリン	ズファジラン®	より効果の明らかな代替薬あり	リマプロスト, ベラプロスト, シロスタゾール, サルボグレラート
強心配糖体	ジゴキシン (≥0.15mg/日)	ジゴキシン, ジゴシン®	ジギタリス中毒のリスク増大	低用量
抗不整脈薬	ジソピラミド	リズモダン®, ノルペース®, カフィール®	陰性変力作用による心不全, 抗コリン作用	上室性不整脈に対してジギタリス, カルシウム拮抗薬(ベラパミル, ジルチアゼム), β遮断薬, 心室性不整脈に対して, ジソピラミドはメキシレチン, アミオダロンは代替薬なし
	アミオダロン	アンカロン®	致死的な不整脈の誘発, 高齢者での有用性不明	
抗血小板薬	チクロピジン	パナルジン®など	顆粒球減少, 血小板減少, 出血傾向, 下痢, 皮疹, 無顆粒球症	クロピドグレル, アスピリン
睡眠薬 (バルビツレート系)	ベントバルビタール	ラボナ®	中枢性副作用, 依存性	非ベンゾジアゼピン系薬剤(ゾルピデム, ソピクロン), 短時間作用ベンゾジアゼピン系薬剤(ロルメタゼパム), 抗ヒスタミン剤(ヒドロキシジン), 抗うつ薬(トラゾドン)など
	アモバルビタール	イソミタール®	同上	
	バルビタール	バルビタール	同上	
	合剤	ベゲタミン®-A, ベゲタミン®-B	中枢性副作用, 抗コリン作用	
睡眠薬 (ベンゾジアゼピン系)	フルラゼパム	インスミン®, ダルメート®, ベンジール®	過鎮静, 転倒, 抗コリン作用, 筋弛緩作用, 長時間作用	
	ハロキサゾラム	ソメリン®	同上	
	クアゼパム	ドラー®	長時間作用型	
	トリアゾラム	ハルシオン®	健忘症状	
抗不安薬 (ベンゾジアゼピン系)	クオルジアゼボキシド, ジアゼパムをはじめとするベンゾジアゼピン系抗不安薬	コントロール®, バランス®, セルシン®, セレナミン®, セレンジン®, ホリゾン®など	過鎮静, 転倒, 抗コリン作用, 筋弛緩作用, 長時間作用	タンドスピロン, SSRI
抗うつ薬	アミトリプチリン, イミプラミン, クロミプラミンなどの三環系抗うつ薬	トリプタノール®, トフラニール®, アナフラニール®など	抗コリン作用, 起立性低血圧, QT延長	SSRI(フルボキサミン, パロキセチン), SNRI(ミルナシプラン), トラゾドン, ミアンセリン
	マプロチリン	ルジオミール®など	抗コリン作用, より安全な代替薬あり	
抗精神病薬 (フェノチアジン系)	チオリダジン, レボメプロマジン, クロルプロマジンなど	メレルール®, ヒルナミン®, レボトミン®, コントミン®, ウインタミン®など	錐体外路症状, 抗コリン作用, 起立性低血圧, 過鎮静, チオリダジンはさらに併用禁忌多剤	非定型抗精神病薬(リスペリドン, ペロスピロン, オランザピン, クエチアピン, チアプリド)

表 高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物のリスト(日本老年医学会, 2005) (つづき)

系 統	薬物(一般名)	商品名	理由, 主な副作用	代替薬
抗精神病薬 (ブチロフェノン系)	ハロペリドール, チミペロン, プロムペリドール	セレネース®, リントン®, トロペロン®, インプロメン®など	錐体外路症状, 遅発性ジスキネジア	非定型抗精神病薬(リスペリドン, ペロスピロン, オランザピン, クエチアピン, チアプリド)
抗精神病薬 (ベンズアミド系)	スルピリド, スルトプリド	ドグマチール®, アピリット®, ミラドール®, バルネチール®など	同上	
抗パーキンソン病薬	トリヘキシフェニジル	アーテン®, トレミン®, セドリーナ®, ピラミスチン®など	抗コリン作用	L-dopa剤が最も標準的薬剤
抗てんかん薬	フェノバルビタール	フェノバル®, ルミナール®	中枢性副作用, 転倒	バルプロ酸など
	フェニトイン	アレピアチン®, ヒダントール®, フェニトインN	同上	特になし
麻薬性鎮痛薬(経口)	ペンタゾシン	ソセゴン®, ペンタジン®, ペルタゾン®	中枢性副作用(錯乱, 幻覚)	特になし
非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)	インドメタシン	インダシン®, インテバン®	中枢性神経症状, 消化性潰瘍, 腎障害	必要最少量・最少期間で使用 COX-2特異的阻害薬への変更
	COX阻害薬以外の長時間作用型NSAID(常用量)	ボルタレン®, ナイキサン®, フェルデン®など	消化性潰瘍, 腎障害	
小腸刺激性下剤	ヒマシ油	ヒマシ油	嘔吐, 腹痛	酸化マグネシウム, セナナ, アロエ
骨格筋弛緩薬	メトカルバモール	ロバキシン®	抗コリン作用(口渇, 便秘, 排尿困難), 鎮静, 虚弱	特になし
平滑筋弛緩薬	オキシブチニン	ボラキス®	抗コリン作用(口渇, 便秘, 排尿困難), 鎮静, 虚弱	膀胱選択性の高い同系統薬
腸管鎮痙薬	ブチルスコポラミン	ブスコパン®, ブチスコ®	抗コリン作用(口渇, 便秘, 排尿困難), 眼圧上昇, 頻脈	グルカゴン
	プロバンテリン	プロ・バンサイン®	同上	
制吐薬	メトクロピラミド	プリンペラン®, テルペラン®など	遅発性ジスキネジア, 錐体外路症状	モサプリド, パンテチン, パンテノール
	ドンペリドン	ナウゼリン®など	錐体外路症状, 高プロラクチン血症	
男性ホルモン	メチルテストステロン	エナルモン®, エネルファ®	前立腺癌, 前立腺肥大	特になし
女性ホルモン	エストロゲン製剤単独	プレマリン®など	子宮癌, 乳癌発症率上昇, 明らかな心保護作用は確認されていない	プロゲステロンと併用
甲状腺ホルモン	乾燥甲状腺	チラーチン®, チレオイド®	心刺激作用, T <sub>3</sub> , T <sub>4</sub> いずれも含む	チラーチン®S
血糖降下薬(第1世代スルホニル尿薬)	クロルプロバミド	アベマイド®	低血糖の遷延	グリクラジド, グリメピリド
	アセトヘキサミド	ジメリン®	同上	
血糖降下薬(ビッグアナイド薬)	メトホルミン	グリコラン®, メルビン®など	低血糖, 乳酸アシドーシスなど, 高齢者では禁忌	α-グルコシダーゼ阻害薬, インスリン抵抗性改善薬
	ブホルミン	ジベトス®, ジベトン®S	同上	
鉄剤	鉄(≥ 300mg/日)	各種	消化器系副作用増加, 吸収量の上限	低用量
ビタミンD	アルファカルシドール(≥ 1.0μg/日)	アルファロール®, ワンアルファ®など	ビタミンD中毒症	低用量

\* : ジゴキシン, 鉄剤, ビタミンDは括弧内の用量の場合

SSRI : 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, SNRI : セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

(出典 : 日本老年医学会 編 : 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005, メジカルビュー社, 2005より改変)