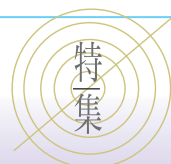


Vascular Street



2007年 早良区 Life Style Care フォーラム

◎パネルディスカッション

「デイケア、デイサービスについて」



あんのうらクリニック
院長

案浦 康高 先生



誠和会 牟田病院
副院長

間 英二 先生



福岡大学病院
循環器内科
准教授

松永 彰 先生



牧角内科クリニック
院長

牧角 和宏 先生



福岡大学
心臓・血管内科学
教授

朔 啓二郎 先生

はじめに

「デイケアとデイサービス」というテーマで、あんのうらクリニック 院長 案浦 康高 先生と誠和会 牟田病院 副院長 間 英二 先生にパネリストをお願いした。両先生に施設毎の取り組みをお話いただき、その中でディスカッションを行いたい。

案浦 私のクリニックで行っていることを交えながら、認知症やデイケアについてお話しします。日本人の平均寿命は、男性が78歳、女性が85歳と世界最高水準です。しかし、高齢化に伴う疾病として、寝たきりや認知症の増加が社会問題となっています。これまでは、いかに長く生きるかということを目的としていました。しかし、これからは、長くなった平均寿命が心身に支障がない自立した状態なのかということが、生活の質 (QOL) に大きく影響してくると思います。私は、高齢者のQOL改善のために様々な取り組みをやっておりませんが、主に認知症を中心にデイケアという方法を用いています。

松永 認知症と老化による物忘れの違いはなんでしょうか。

案浦 認知症による物忘れと老化による物忘れのもっとも大きな違いは脳の働きが低下するスピードです。老化では比較的緩やかに半年、一年では変化ありませんが、認知症では短期間に急速に進行します。半年でも進行します。老化では物忘れの自覚があるのに対して、認知症では自覚がなく、物忘れしたこと自体を忘れている場合が多いようです。

朔 認知症というのは中核症状と周辺症状に分かれるということですが、それらの特徴についてもう少しお話頂けますか。

案浦 認知症の特徴ですが、中核症状というのは、知

識や記憶、認知、見当識の障害です。周辺症状というのは不安、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、被害念慮、妄想です。周辺症状は認知症患者が周囲との関わりの中で反応性を示す喜怒哀楽を中心とした様々な精神症状や行動障害です。略語ではBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症の行動心理学的症候) といいます。

牧角 認知症にならないためには、早期発見しかないとはいえまい。加齢関連認知低下 (Aging-Associated Cognitive Decline; AACD)、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; MCI)、認知症の予備軍をこういいますが、この状態でいかに発見するかが大きなポイントになってきます。

案浦 認知症の早期発見をするために、アメリカのシスター・メアリーという人は修道女ですがこの人は101歳まで生きました。彼女は死ぬ間際まで認知症もなく頭ははっきりした状態でした。ところが死後、脳を病理解剖してみると脳の重量は軽く萎縮もあって海馬も小さくアミロイド斑もあるアルツハイマー型の脳でした。彼女がどうして101歳まで認知症の症状もなく発生せず過ごせたかといいますと、彼女の経歴にヒントがあります。彼女は19歳から85歳まで数学の教師をしており教職を退いてからも福祉活動に熱心に取り組んでいました。

松永 このような脳の機能を十分に高めていけばアル



ツハイマー症は発現しないということもあるという一例ですね。生活環境が影響する。では、軽度認知障害(MCI)とはどのような状態を指すのですか。

案浦 MCIはアルツハイマー型認知症(ATD)の前段階、記憶障害の愁訴、日常生活活動は正常、全般的認知機能は正常、年齢に比し記憶力が低下、認知症は認めない、臨床的認知症尺度(Clinical Dementia Rating; CDR)が、0.5という状態です。CDRというのは、日常の生活動作からみた認知症の分類です。私たちがこの段階でみつけることが大事になってきます。開業医の先生方の所にもこの段階で来ている方がたくさんおられると思います。言い換えれば内科医の外来での観察力によって早期発見ができ、早期治療につながると思います。先ほどでできましたCDR 0.5、これは認知症の疑いがあります。CDR分類は0、0.5、1、2、3と5段階に分かれて数字が上がるほど認知症も重度であるとなっています。軽い物忘れ程度で見当識は軽く時間感覚の障害がある。軽度の判断障害、金銭管理や仕事に軽度の障害があり、でも自分の世話は自分でできるというのが特徴です。

朔 認知症の予防、治療には現在どのようなものが使われているのですか？簡単にお教え頂けますか。

案浦 デイケア、デイサービスは、読み、書き、計算、自己紹介。各種プログラムとして、旅行・料理・園芸などです。他には社会活動への参加、バランスのとれた食事、家族との団欒や友人との会話です。薬剤療法ではアリセプトのみしかありません。今後期待されているのは、Aβワクチン、認知症のワクチンですね。

松永 デイケア、デイサービスの違いをお教え頂けますか。

牧角 デイケア、デイサービスの最も大きな違いは、デイケアでは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの有資格者の配置が義務づけられているのに対してデイサービスではそういう人員の義務づけはないことです。そういう意味で日常の治療では、私はデイケアの方が適しているのではないかと思います。デイケアでは常勤医の配置も義務付けられておりまして患者さん急変時に迅速に対応できるのもデイケアの方です。

案浦 また、目的の共有化という意味では、デイケアは1つのグループワークになっています。グループワークが有効に機能することが認知症の予防につながります。参加されている皆さんが、共通の目的をもつことが認知症予防に大事なことなんですね。目的意識をもつことで連帯感も生まれますし、治療効果も上がります。グループ

集団作業療法



図1

ワークにおいては、それを指導する指導者(ファシリテーター)の良し悪しが成果を左右してきます。

朔 ファシリテーターを辞書で引きますと人の仕事などを助けるという意味になっております。ファシリテーターはどのような役割をするのでしょうか。

案浦 ファシリテーターとは認知症予防活動においての援助者、利用者がその能力を自ら活用できるよう援助していく方です。ファシリテーターの資質としては、「相手の立場にどれだけ立てるか、他者と適度な距離を保ち、自分が常に他者にどのような印象を与えているかについて常に自覚をもち、他者の感情的・情緒的な部分に理解のある人間である」が必要だといわれています。

松永 「読み・書き・計算」、芸術療法、気功、園芸療法。記念日、患者さんのお誕生日会、それから季節ごとのイベント花見とかクリスマス会などもされるようですが、デイケアの具体的な様子をお教え頂けますか。

案浦 当院のデイケアでの取り組みについて紹介します。図1は、私のところの利用者がカレンダー作りをしているところです。カレンダー作りはできあがったという達成感も重要なのですが作っていく過程でのコミュニケーションなどが重要です。図2は風船バレーです。風船バレーの大会を年1回実施しています。その練習風景です。これが実際の大会です。勝ったり負けたりすることで脳に刺激を与えますし、何より練習過程での連帯感が生まれとても脳の活性化には役立っています。図3は気功療法です。私のところでは平成5年から気功士を雇って気功療法をしています。気功がどのように効くかという自律神経を刺激して自律神経のバランスを整えます。あと免疫力を高め、リラックスすることで心身のストレスをとり大脳皮質の興奮を和らげ内臓の働きを良くするといわれています。当院利用者の7割が認知症の患者さんです。デイケアとアリセプト、デイケアのみでデータを

風船バレー



図 2

気功療法



図 3

とってみました。デイケアとアリセプトで治療した際、85歳女性と77歳女性は長谷川式スケールの点数で6～7ポイントぐらい良くなっています。デイケアのみの場合は元々認知症がひどくない方で2ポイントくらいあがっています。

朔 施設、職員、家族も本人のQOL向上のためにがんばることですね。あとQOLは人それぞれのQOLがありますので、それぞれの価値観にあったQOLを向上させるというのが重要な事のように思えますね。

松永 案浦先生、非常にわかりやすいお話をありがとうございました。我々循環器内科の勤務医にはとっては、非常に新鮮でためになるお話でした。つづいて牟田病院の間先生よろしくお願い致します。

間 当院ではデイケアのみですので当院のデイケアについてご紹介いたします。まずデイケアの言葉の定義についてご説明します。老人福祉法や介護保険法では老人デイサービスセンターで通所介護を行うことがデイサービスで、通所介護と同等の言葉と明記されていますが、デイケアという言葉は見当たりません。今のところデイケアというサービスは介護保険法でいう通所リハ

ビリテーションと同等と理解して良いようです。

松永 通所リハビリテーションをデイケアと呼んでいるのですね。デイケアはどのような施設に併設されているのですか。

間 通所リハビリテーションは介護保健施設、病院、診療所のいずれかに本人を通わせ、その施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションをいうとされています。対象者は症状が安定期にあり、上記3種類の診療施設において計画的な医学管理下のリハビリテーションを要すると主治医が認めたものとされています。昨年の改定以後、居宅要介護者は通所リハビリテーションに通い、要支援の方は介護予防通所リハビリテーションに通います。言葉は違いますがだいたい実施していることは一緒です。介護予防通所リハの方に加算がつく程度です。

朔 計画的な医学管理下のリハビリテーションとはどのようなことを指すのですか。

間 リハビリテーションですから案浦先生が言われたとおり理学療法士、作業療法士、看護師、言語聴覚士これらのスタッフが個別療法、集団療法それぞれのリハビリテーションを施行します。その際医師を含めて開始時にスタッフ共同でリハビリ実施計画書を作成することが義務付けられています。3ヶ月後に説明する義務もあり医師を含めた計画が必要になっております。もちろんデイサービス、通所介護と同じように送迎サービスとか自費にはなりませんが食事の提供もあります。日常介護もするわけですからかなりデイサービスと重複するところもありますが原則は通所リハビリテーションであるということです。

牧角 牟田病院でのデイケアの実際をお聞かせいただけますか。

間 当院のデイケアをご紹介します。病院が母体となったデイケアセンター「花みずき」と老健施設が母体となったデイケアセンター「ひいらぎ」の2つがあります。各施設をご紹介します。「花みずき」は定員40名でだいたい毎日34～5名の方が通われています。「ひいらぎ」ですが定員39名ですが今のところ14～5名しか通われていません。実施していることは花みずきと一緒にです。「花みずき」も「ひいらぎ」も通所時は必ず牟田病院のリハビリ室で理学療法か作業療法を受けるようになっています。一部の方はST、言語療法室の方で言語療法を受けている方もいます。リハ室で個別のリハを実施後、



当施設利用者の概要

病名		介護度	
脳卒中（14%に失語あり）	57%	要支援1	5%
認知症、中枢神経系変性疾患	3%	要支援2	9%
整形外科疾患	6%	要介護1	35%
その他	34%	要介護2	32%
		要介護3	17%
		要介護4	4%
		要介護5	1%



図4

全員集合したときは体操などの集団リハビリを行っています。食事の提供や入浴サービスなども行っています。

松永 どのような方が通われているかを簡単にご説明いただけますか。

間 当院の2つのデイケアを合わせて今年10月までで125名の方が通所されています。男性42%、女性58%、平均年齢は女性のほうが若干高いです。一番若い方で50歳男性。70歳～80歳の方が多いようで平均年齢78.4歳とかなりの高齢の方が中心になります。図4に示すように、主病名は重複している方もおられますが脳卒中が主で57%。後遺症をもっている方がほとんどで1割以上の方が失語症もあって言語療法も受けておられます。認知症や整形外科疾患の方もおられますが若干少ない傾向です。介護度をみてみますと要介護1～2の方ですね。思ったより重症の方が少ないです。通所でするので寝たきりの方は難しいと思います。図5に示すように、改定長谷川式スケール(HDS)では20点以上で比較の会話ができる方が半分近くおられます。まあまあ会話できる方を含めると80%を超えと思います。HDS

当施設利用者の概要

HDS		HDS0～10点の方のうち
21～30点	44%	約30%に失語あり
11～20点	37%	言語療法施行している
0～10点	19%	

歩行状態	
独歩	34%
杖歩行	29%
歩行器歩行	15%
車椅子	22%



嚥下障害で嚥下訓練施行しているかたはいない

図5

当施設利用者の概要

通所利用回数	（介護度3以上の方）	（要支援の方）
1回/週	13%（29%）	（29%）
2回/週	28%（13%）	（20%）
3回/週	40%（16%）	
4回/週	8%（11%）	
5回/週	7%（43%）	
6回/週	4%（75%）	



図6

0～10点のうち30%は失語があり認知症は目立たないけれども点数が低くなっています。歩行状態は杖なしで歩かれる方は30%以上、杖をつけば歩けるが30%、手引きの方を含めての歩行器歩行まで全て合わせるとだいたい80%くらいです。残り20%が車椅子です。

松永 デイケアには週にどのくらい通われるのでしょうか。

間 通所回数は図6に示すように2～3回くらいの方がほとんどです。給付額にもよりますが要支援の方は1回か多くても2回だと思います。週5日、6日とたくさん通われる方はかなり介護度が高い方でご家族の方を考えると仕方がないと思います。

朔 具体的な1日のスケジュールを説明頂けますか。

間 図7に示すように、まずは送迎です。送迎点数込みとなっており全員送迎付です。センター到着した後、医学的管理として血圧測定、看護師による健康チェックし、その後早速リハビリにいていただき入浴を希望される方は入浴もされます。昼食後、午後はリハビリ体操や集団的な訓練や掛け持ちで理学療法をされた後、言語療法もされる方もおられます。リハビリやゲームでリフ

通所リハビリテーションの1日

8:30頃～	送迎
9:30頃	センター到着
到着後	健康チェック、血圧測定 リハビリ、入浴、趣味講座、娯楽
12:15	昼食
	リハビリ、体操、歌、ゲーム
	おやつ
15:50～	送迎



図7

レッシュしていただき最後に何事もなければお家に送迎します。この間何かありましたら病院で診察や投薬を実施します。こうしてみると思ったより動ける方が多いと思います。通所介護の通所リハビリテーションが主体で身体機能に関してはデイケアとして機能維持、回復に役立っていると思います。最近デイサービスでも理学療法士等がリハビリする所ができていますが、デイサービスでは介護が主体で、デイケアはリハビリが主体だと考えて良いと思います。

最近、医療でのリハビリが期限付きになり、なかなか長期実施するのが難しくなっていますが医療で期限切れになった患者さんがデイケアでリハビリを続けるという方がいますが、そのような方が自宅で生活をする能力を維持していただけるように力を尽くしていきたいと思っています。

松永 間先生、貴重なお話をありがとうございました。お二人の先生の施設で特徴が違いますね。案浦先生の所は認知症の方が多く、間先生の所は脳卒中のリハビリが多いようです。まず認知症の方で軽い方をみつけて始めたほうが良いと言われましたが、患者さんで物忘れが多いといわれる方を全員に長谷川式スケールをする方が良いのでしょうか？

案浦 長谷川式スケールは抵抗があると思いますので先ほどお話したCDR日常生活での自立度の分類をお使いになると良いと思います。それで0.5以上点数があれば認知症の外来を受診していただければよろしいのではないのでしょうか。

朔 脳卒中については車椅子や半身不随の方が多いですね。間先生、改善や維持の指標、評価の仕方はどのようなものがあるのでしょうか？

間 さすがに明らかに改善する方はあまりいませんが、維持に関しては短期で退院されて今後維持していけないといけない方は維持できていると思います。長期の方も維持はできていると思います。

加来 間先生にご質問ですが牟田病院には2つのデイ

ケアがありますが使い分けしているのでしょうか。また、実際デイケアをしてどのような方の困難が多いのでしょうか。うまく続けられない理由やトラブルがあればお教え下さい。

間 今のところ使い分けしていません。元々1つがデイケアでもう1つがデイサービスでしたが、要望にかなえる感じで現在にいたっています。トラブルですが、途中で転んで骨を折ったり、病気をされたりすると続けられない印象があります。

案浦 最近経験した症例ですが、家族の認知症に対する理解が低く自分の親が認知症だと受け入れてくれず説得をし始めたのが3年前で、何度も家族を呼んでお話し多のですが約2年間かかり、そのころにはMCIの状態が重度の認知症になり、その間に大腿骨骨折で入院し、さらに認知症が悪化して最後の1年は寝たきりになっていました。家族の認知症の認識不足で寝たきりになっているケースもあるのではないかと思います。さらに地域でこのような認知症患者を隠す傾向がある所もあり、そのようなことが無くなればと思います。

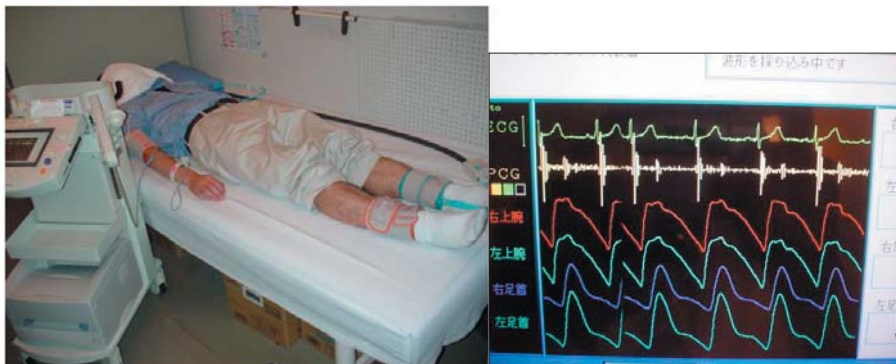
松永 認知症に関しては物忘れ以外の周辺症状、妄想であったり不眠であったりそのような方がデイケアに來られて困れることはありますか。

案浦 周辺症状がひどい場合は必ず同じ職員を2人以上で顔なじみになってもらいます。顔なじみになると重度の方でも覚えているんですね。不思議なことに。そうすると顔なじみのスタッフの指示にも受け入れてもらいやすいですね。そういった心遣いを実施しています。

朔 ヒトとしての関わりが大切なのですね。案浦先生、間先生、今日は、高齢の患者さんが増加している循環器分野に大変役に立つお話をありがとうございました。



One-point lesson for medical students



Q. ABI測定でアルツハイマーが予測できるって本当ですか？ (ABI: ankle-brachial pressure index)

【解説】

A 案外、できそうです。Peripheral artery disease (PAD: 末梢動脈疾患)とは、動脈硬化によって動脈内腔が狭小化して循環障害を起こす疾患で、ヘビースモーク、高血圧、糖尿病などが一般的なリスクです。Ankle-to-brachial index (ABI)は、正確かつ安価にPADを診断でき、低ABIは心・血管疾患や死亡率と関連します。それでは低ABIが痴呆や認知機能障害と関連するかどうかですが、最近、Honolulu-Asia Aging Studyという日系米人の研究で、2,588人の男性の前向きデータ解析から、ABIの低値は痴呆や血管性痴呆のリスクと関連し、特にABI低値でアポ蛋白Eのe4遺伝子を持つ人はアルツハイマー病になりやすいと発表されました¹⁾。

動脈硬化は炎症が原因と言われてますが、アルツハイマーも炎症と関係がありますね。例えば、アルツハイマー病の脳内には β アミロイド蛋白が蓄積し老人斑ができ、アポ蛋白Jという炎症性蛋白も同じ位置に染色されます。私たちの報告ですが、LDLを荷電で分離すると、陽性と陰性にチャージするLDLに分画できますが、陽性荷電のメジャーなLDL分画がアルツハイマー病や軽度認知症(MCI:mild cognitive impairment)で高値を示し、また、この増加はe4遺伝子とは独立して認知症と関係していました。従って、認知症がPADと関連するのは理論的なんです。

ABIが低いならば前もって痴呆を予防する様々なストラテジーを実施すれば予防対策となりえますが、それを証明する臨床研究が必要ですね。

【文献】 1. Laurin, D., Masaki, K. H., White, L. R. & Launer, L. J. Ankle-to-brachial index and dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Circulation* 116, 2269-74 (2007).