

# 国際生活習慣病フォーラムレビュー

## 特集

**最新の在宅医療，新型コロナウイルス感染の状況と後遺症治療，認知症と地域ケア，糖尿病患者の寿命・余命は改善されている**

I	最新の在宅医療 .....	3
II	新型コロナウイルス感染の状況と後遺症治療.....	18
III	認知症と地域ケア .....	39
IV	糖尿病患者の寿命・余命は改善されている...	56
.....		
コラム	在宅医療と暴力事件 .....	61
コラム	メタボ健診の有用性 .....	63

特定非営利活動法人

国際生活習慣病フォーラム

ホームページ： <https://www.kokusai-seikatu.jp>

ISSN 2758-9587

# 国際生活習慣病フォーラムレビュー

## 特集

**最新の在宅医療，新型コロナウイルス感染の状況と後遺症治療，認知症と地域ケア，糖尿病患者の寿命・余命は改善されている**

執筆・編集 林 滋

I	最新の在宅医療 .....	3
II	新型コロナウイルス感染の状況と後遺症治療.....	18
III	認知症と地域ケア .....	39
IV	糖尿病患者の寿命・余命は改善されている...	56
.....		
コラム	在宅医療と暴力事件 .....	61
コラム	メタボ健診の有用性 .....	63

特定非営利活動法人

国際生活習慣病フォーラム

ホームページ : <https://www.kokusai-seikatu.jp>

ISSN 2758-958

# 最新の在宅医療

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

## 目次

1. 我が国の在宅医療システム
  - 1) 在宅医療とは
  - 2) 我が国の現状
  - 3) 在宅医療の歴史
  - 4) 在宅医療の現状と課題
  - 5) 在宅医療のシステム
2. 私の実践している在宅医療
  - 1) 林クリニックの実績
  - 2) 林クリニックの在宅診療・連携体制
  - 3) 在宅症例を考える

## はじめに

我が国は未曾有の少子高齢化社会が進行し、経済の低成長化、国の財政赤字の増大、保険医療財政のひっ迫が顕著となっている。しかも高齢化の波はそこまで達しており、団塊の世代が75歳の後期高齢者に達する2025年も来年となっている。国は医療体制が破綻しないよう工夫しているが、要介護状態の高齢者の急増に対して一つには在宅医療の強化で対応しようとしている。1980年に在宅医療における指導管理料が新設され、在宅医療の推進がスタートした。診療報酬上の数々の制度充実が行われ、緊急時の往診、訪問診療制度の導入、終末期医療の充実、24時間の在宅医療提供体制の評価、在宅療養支援病院・診療所の創設、さらに機能強化型支援診療所・病院の制度も出来上がった。

今回はこのような在宅医療の歴史を踏まえ、在宅医療を支えているシステムや問題点などにスポットを当てて解説をする。

1. 我が国の在宅医療システム
  - 1) 在宅医療とは

病気があり継続的な診療が必要であって通院が困難な患者に対して、定期的、計画的に医師が居宅（患者宅）や老人施設に訪問し、医療（診療）を提供すること。入院、外来に次ぐ第3の医療と言われている。通常社会生活を行いながら、自宅（患者宅、居宅）

で行う医療, 継続する医療はすべて在宅医療といえる。広義には, 病院外で行うすべての医療のことでもあり, 実際には, 病院, 医院, 訪問看護, 薬局, ケアマネジャー等が連携して医療と介護サービスを提供する。

在宅医療の内容 :

在宅医療には, 呼吸補助療法 (在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法, 在宅陽圧呼吸療法), 栄養補助療法 (在宅胃瘻療法, 在宅中心静脈栄養療法, 成分栄養経管栄養法), 排泄補助療法 (在宅自己導尿療法や持続導尿や人工肛門の処置など), 在宅注射療法 (インスリンや麻薬 (モルヒネなど) の注射), 補助腎臓療法 (在宅人工透析療法), ドレーンチューブ, 留置カテーテル管理などがある。

在宅医療の担い手 :

在宅医療は, 患者が住んでいる自宅 (居宅) という病室に対して一元的に提供されるように多職種が密に連携しつつ, 介護保険サービスをも有効かつ適切に提供し, 全体としてバランスのとれた, かつ医療状況の変化に適切に対応した医療が滞りなく提供されることが求められている。多職種の中には以下の職種が含まれている。

訪問看護, 訪問歯科診療, 訪問歯科衛生指導, 訪問薬剤指導, 訪問栄養指導, 訪問リハビリテーションである。

2) 我が国の現状:

(1) 社会状況

社会保障・人口問題研究所による, 日本の65歳以上人口および75歳以上人口の推計では, 2015年での65歳以上高齢者人口 (割合) は3,395万人 (26.8%) で, 75歳以上高齢者人口 (割合) は1,646万人 (13.0%) で, 2025年には3,657万人 (30.3%), 2,179万人 (18.1%), 2055年には3,626万人 (39.4%), 2,401万人 (26.1%) となると推計されている。WHOによれば2015年ですでに超高齢化社会の基準である65歳以上の人口が21%を超えており, すでに超高齢化社会となっている。最新の事態は, 我が国の総人口は, 2021年10月1日現在, 1億2,550万人となっている。65歳以上人口は, 3,621万人となり, 総人口に占める割合 (高齢化率) も28.9%となった。65歳以上人口のうち, 65~74歳人口は1,754万人 (男性839万人, 女性915万人) で総人口に占める割合は14.0%となっている。また, 75歳以上人口は1,867万人 (男性733万人, 女性1,134万人) で, 総人口に占める割合は14.9%であり, 65~74歳人口を上回っている

(2) 年金・医療・介護

2025年から2040年までの人口動態の変化予想は図1のようになっており, 75歳以上の高齢者は今後の5年間で2,180万人から2,239万人に2.7%緩やかに増加し, 一方65-75歳の高齢者は3,677万人から3,921万人に6.6%増加する。15-64歳の生産年齢人口は7,170万人から, 5,978万人へと16.6%減少すると予想されている。

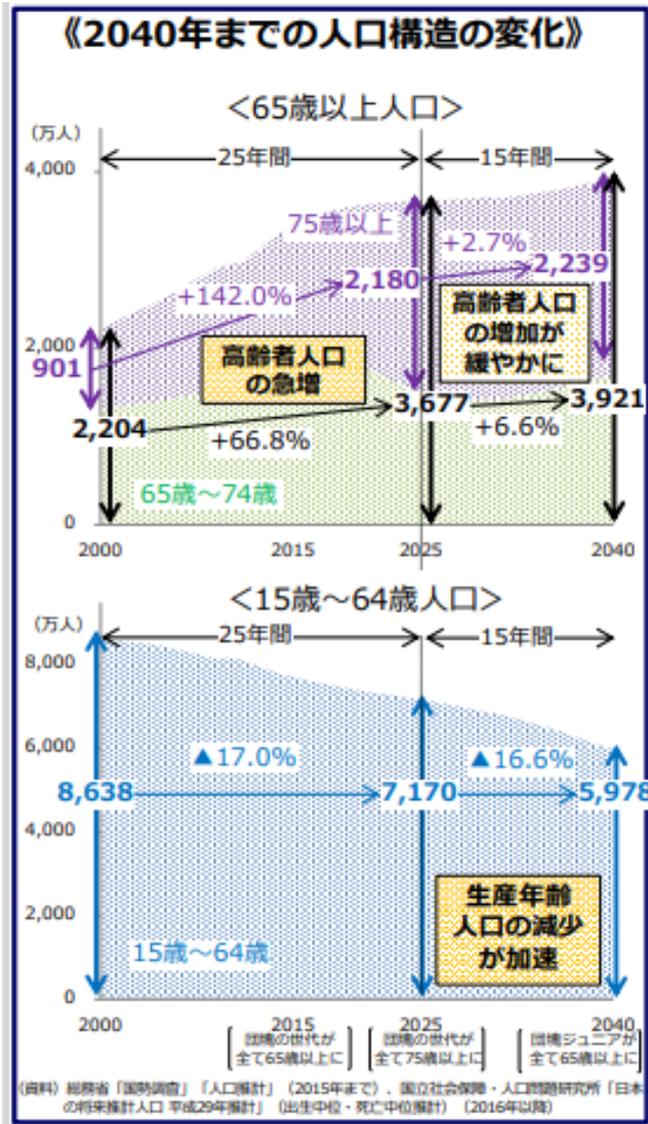


図1 人口動態の変化予想

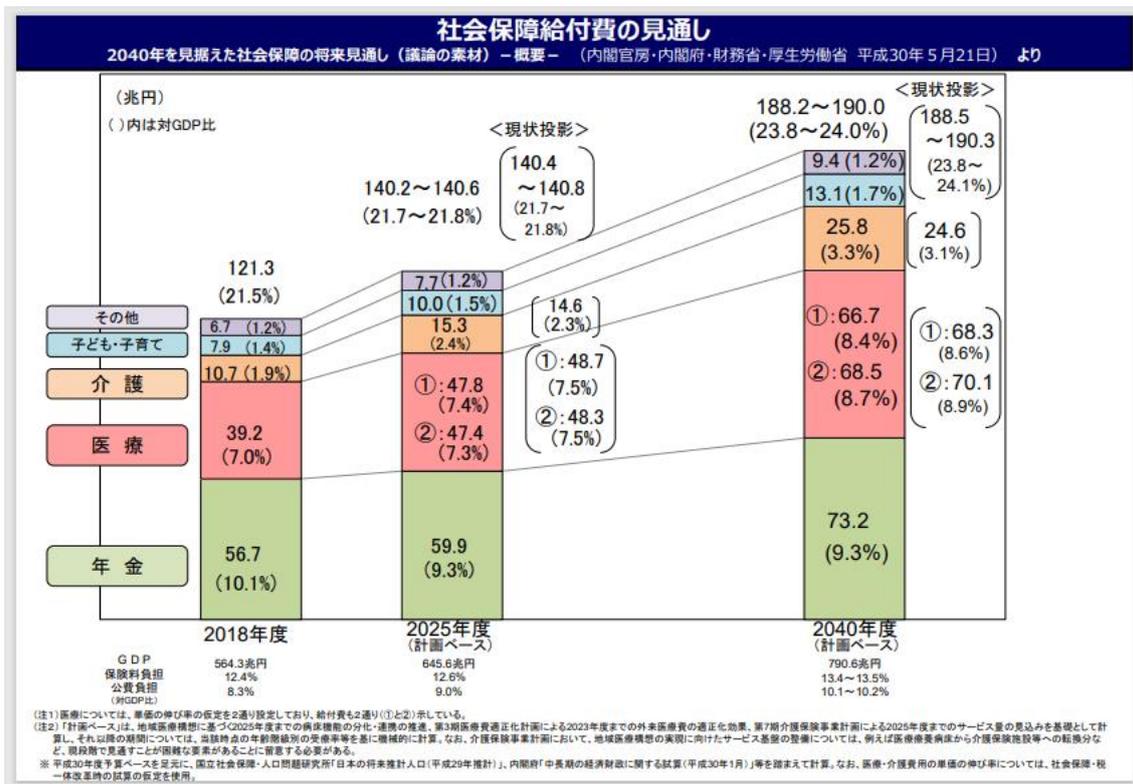


図2 社会保障給付費の見通し

介護、医療、年金の給付費を2018年、2025年、2040年で比較すると（図2）、介護給付費は10.7兆円、15.3兆円、25.8兆円に、医療給付費は39.2兆円、47.8(47.4)兆円、66.7(68.5)兆円に、年金給付費は56.7兆円、59.9兆円、73.2兆円に増大すると見込まれている。2025年から2040年までの15年間の増大はほぼこのように推移する様に思われる。医療費は医学や医療の進歩による増加を抑制するのが今後の大きな課題となるであろう。

### (3) 介護保険システムの課題と変革

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会を実現するために、国は、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上、④給付と負担の見直しによる社会保障の持続可能性を確保するよう考えている。そのためには、介護保険制度の見直しに関する意見として、①介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）、②保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）、③地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）、④認知症施策の総合的な推進、持続可能な制度の構築・介護現場の革新することを考えている。

即ち、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整

備や取組の強化を図るものである。

介護保険制度が安定していないと、在宅医療もうまく機能しないので、時代に合わせて改革をすることは必要である。

### 3) 在宅医療の歴史

在宅医療に関連する制度の変遷は、以下のとおりである。

1983年、老人保健法実施（高齢者医療費無料制度の廃止）

70歳以上の老人を既存の医療保険制度から別にし、その財源を各医療保険から拠出する仕組が創設された。

1984年、健保法改正され、

①健保本人に2割の医療費自己負担導入、②特定療養費制度創設の導入による差額徴収の公認と「自由診療」の拡大（療養費支給制度の一種）、③国保への国庫負担の大幅削減、④国庫負担ぬきの退職者医療制度の新設

「特定療養費制度」：「特に定められた高度な医療や特別なサービス（アメニティ部分）を含んだ療養を受けた場合、療養全体にかかる費用のうち一般治療と共通する部分に保険を適用（特定療養費）し、特別サービス部分を自己負担とする制度

「退職者医療制度」創設理由：サラリーマンなどの高齢退職者は、退職後国保の被保険者となるため、給付水準が下がる（1984年改正までは、勤めている間は10割給付だが、退職し国保にはいることで7割給付になる）ため改善を迫られていた

→退職者を「退職者医療制度」という別枠にし8割給付を保証する。ただし、この制度の財源は健保や共済などの保健からの拠出金でまかなうことにすることで、国庫負担の削減をはかる。

1986年、老人保健法改正：一部負担引上げられ、老人保健施設創設された。

1989年、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」の策定（今後10年間でヘルパー10万人の確保を掲げる）

1992年、「老人訪問看護ステーション」創設された。

1994年、「新ゴールドプラン策定」（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）

1997年、第3次医療法が改正され、療養型病床群の診療所設置・「地域医療支援病院」が制度化された。

2000年、介護保険スタート

「ゴールドプラン21」策定 政府は2000年度からのゴールドプラン21において、「新寝たきり老人ゼロ作戦」を打ち出した。高齢者それぞれの状態に応じ、リハビリテーション医学に基づき、急性期、回復期、維持期の適切なリハビリテーションが提供されることが必要であるとされた。

2007年、がん対策基本法施行、患者側の意思決定への参加を規定した初めての医療制度改革である。

2007年、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」により、

いわゆる「終末期医療のガイドライン」制定された。

2008年, 長寿（後期高齢者）医療制度施行された。



図3 在宅医療に関する制度の変遷

#### 4) 在宅医療の現状と課題

##### (1) 在宅医療体制の要素

在宅医療体制は大きく分けて4つの要素よりなっている。

- ①日常の療養支援: 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供, 緩和ケアの提供, 家族への支援を行う。
- ②退院支援: 入院医療機関から退院し, 診療所等へ医療が変更されることによる必要な支援を行う。
- ③急変時の対応: 在宅患者が肺炎等の急性増悪した際に, 緊急往診し, 医療機関に連絡し, 入院病床を確保し, 病状の情報提供を行う。
- ④看取り: 住み慣れた自宅や, 介護施設等で, がん, 呼吸器疾患, 心臓疾患等の末期で苦痛を和らげる治療・ケアを, 訪問看護師や訪問薬剤師と連携を取りながら行い, 最期には看取りも行う。

##### (2) 在宅医療の体制

在宅医療を支援, 維持するために必要な要素として以下の4点が挙げられている。即ち, 退院支援, 日常の療養支援, 急変時の対応, 看取りである。

- ①退院支援とは, 患者が退院するにあたって, 入院医療機関と, 在宅受け入れ医療機関が,

患者情報を共有し、円滑な在宅医療の導入のために協働すること。

②日常の療養支援とは、医師、看護師、薬剤師等の多職種が協働して患者の療養生活や家族を支える視点で医療を提供すること。

③急変時の対応とは、在宅患者の急変時に速やかに対応するために緊急で往診したり、入院病床を確保し適切に（遅滞なく、病状に適した）入院をさせること。

④看取りとは、住み慣れた自宅や介護施設等で、患者が望む場所での看取りを行うこと。訪問診療を実施する医療機関の中で、24時間体制で在宅医療を実施する医療機関を在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院というが、診療所は平成18年から、病院は20年から診療報酬の面で優遇措置がとられた。さらに、平成24年からは、年間の看取り数や、常勤医師の数、医療機関同士の連携体制の有無、情報共有の有無により、機能強化型在宅療養支援診療所・病院に細分化され、診療報酬上の優遇措置が加えられた。24時間で頑張る医療機関で医療レベルを上げられるところが優遇されてきた。

### （3）在宅医療の課題

#### ①在宅医療の阻害要因

在宅医療を阻害している因子として挙げられるのは、①介護してくれる家族に負担がかかる（80%）、②症状が急変した時の対応に不安がある（60%）③急変時に入院できるか不安（30%）、④24時間相談に乗ってくれるところがない（30%）⑤往診してくれる医師がない（25%）等となっている。

#### ②在宅医療を提供している医師の負担感

日本医師会の調査では、①70%以上の在宅療養支援診療所の医師が24時間体制への負担を感じている。②特に小規模の診療所では特に負担感が強く、3人以上で24時間体制をとっている在宅療養支援診療所の医師は負担感がやや少ないとなっている。

在宅医療を受ける側と提供する側の思惑がずれていると考えられる。国は、この隙間を埋めるべく、診療報酬などのインセンティブを与えて、政策的に誘導しているが、まだ十分にシステムが完成しているとは言い難い。

#### ③在宅医療に対する国民の不満、要望

①患者本人や家族の気持ちを尊重してほしい、②患者と医師のコミュニケーションが不足している、③在宅医を探すのが困難、在宅医療を熟知した医師がほしい、④在宅看取りをした家族には精神的、身体的な負担が相当強くあった、⑤在宅医療の推進には各自が看取りへの覚悟も必要、⑥病気によっては、病院で治療を尽くしてほしい場合もある⑦逆に、最期の段階で救急車で病院に搬送されたこともある。

### 5）在宅医療のシステム

在宅医療を担うには様々なシステムの構築が必要である。即ち、地域包括ケアシステム、医療連携、訪問看護、訪問薬剤、訪問歯科診療、訪問リハビリ、訪問栄養管理指導、居宅療養管理指導である。以下にそれぞれの簡単な説明をする。

#### （1）地域包括ケアシステム

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、住まい、医療、介護、予防、生活支援の 5 つのサービスを一体的に提供できるケア体制を構築しようというのが、地域包括ケアシステムである。

すなわち、地域包括ケアシステムとは地域の実情や特性に合った体制を整えるものであり、地域とは日常生活圏域を指し、中学校区域単位で、おおむね 30 分以内に駆けつけられる場所を想定している。高齢者の住居が自宅であるか施設であるかを問わず、健康に関わる安心・安全なサービスを 24 時間毎日利用できることが目的である。

## (2) 医療連携

在宅医療は地域包括ケアシステムの構成要素であり、在宅医療は医療連携から成り立っている。在宅医療における医療連携とは、患者を医療の面から支えるために、入院、退院時や病状の安定した時期に、中核病院、中小病院、開業医を中心とした診療所や福祉系の施設等が、チームを組んでより効果的に連続した医療を提供することである。病診連携では、入院や退院の際に診療情報提供書を通して患者の情報を伝達する。病院には医療連携室ができていて、入院をスムーズに行い、また、退院時には、在宅、介護施設、療養型医療施設、リハビリ病院等を紹介する。診療所から病院へ送ることを紹介といい、その逆は逆紹介という。

## (3) 訪問看護

訪問看護も、地域包括ケアシステムの重要要素であり、医師の指示のもとに実施されるために、医療と看護の連携は病院内での指示・伝達システムと同様に動く必要がある。また、在宅患者には多種類の医療ニーズがあり、それに応えていくためには様々な職種との連携がなくてはうまくいかない。訪問看護ステーションの現状は（平成 23 年中医協資料）、① 小規模な事業所が多く、小規模収支の状況が悪い。また、② 小規模なステーションのほうが、24 時間対応体制が不十分である。③ 訪問看護を必要とする患者は増加しており、難病、がん、小児の利用者など医療依存度の高い患者が増加している。④ 訪問看護利用者数が多い地域では在宅で死亡する者の割合が高い傾向があり、訪問看護の担う役割は大きい。

## (4) 訪問薬剤

在宅医療の質を高めるためにも訪問薬剤が必要である。主な役割としては、調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）、患者宅への医薬品・衛生材料の供給、薬歴管理、服薬の説明、服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）、副作用等のモニタリング、在宅担当医への処方支援、残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄 ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有 が挙げられる。

## (5) 訪問歯科診療

訪問歯科診療は、在宅患者の口腔衛生、咀嚼・嚥下機能向上、口腔ケア、口腔リハビリ等のサービスを提供し、それによって歯科医療は高齢者の「食」を支え、誤嚥性肺炎の予防し、健康寿命を延ばすという重要な役割を担っている。

しかし、いろいろと問題点も指摘されている。①要介護高齢者の約 74%で何らかの歯科治療が必要であるにもかかわらず、実際に歯科治療を受診した者は約 27%に過ぎない。②在宅歯科医療に対する満足度は高いものの、在宅歯科医療を実施する医療機関に関する十分な情報が入手できず、訪問歯科診療に対する認知度が低いままである。

#### (6) 訪問リハビリ

地域包括ケアシステムでは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることで、当然訪問リハビリもこの中に組み込まれることになる。

介護保険を利用した訪問リハビリでは、主治医(多くはかかりつけ医)の指示のもとで、ケアマネジャーがケアカンファレンスを開いて利用者、家族、主治医等の意見や希望を聞いて、ケアプランを作成し、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)が訪問リハビリを実施する。

リハビリ指示書、リハビリ師が作成するリハビリ計画書、リハビリ報告書を通して実施され、3か月毎にリハビリ会議を開きリハビリの効果を評価する。リハビリが必要なら次にサイクルに入っていく。

#### (7) 訪問栄養管理指導

訪問栄養管理指導とは、病気や怪我、加齢などにより通院が困難となった人に対し、臨床経験を積んだ管理栄養士が居宅に訪問し、必要な栄養食事指導を行うこと。1回あたりのサービス提供時間は、30分～1時間程度となる。介護保険での提供は、「居宅療養管理指導」というサービスの中で提供される。医療保険の場合は、「在宅患者訪問栄養食事指導」という名称で提供される。

#### (8) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導とは、要支援や要介護と認定され、通院が困難な人(利用者)を対象としたサービスである。利用者の自宅に医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士などの専門職が利用者の自宅を訪問し、療養上の指導や健康管理、アドバイス等を行ない、自宅でも安心して療養生活を送ることを目的としている。医師や歯科医師などの専門職が自宅に訪問するサービスですが、その専門職から、利用者の担当ケアマネジャーに対して、ケアプラン作成に必要な情報提供なども併せて行う。特徴としては、要介護1以上の高齢者をサービス対象者とし、40～64歳の方は、特定疾病(介護保険で定められた16種類の病気で、がんやリウマチ等がある)が認められ要介護1以上の認定を受けた人が対象となる。要支援1・2の方は「介護予防居宅療養管理指導」というほぼ同様のサービスを受けることができる。

## 2. 私の実践している在宅医療

### 1) 林クリニックの実績

訪問診療:40 件/月 (在宅 31 名, 施設 9 名)

訪問リハビリのための往診:62 件/月 (PT18 名)

訪問回数: 訪問・往診 48 回/月 + 訪問リハビリ 21 回/月

合計: 月 69 回 (2.8 回/日)

機能強化型在宅支援診療所

緊急往診実績・在宅看取り実績(年間)

診療時間内緊急往診	件数
2019	5
2020	5
2021	9
2022	9
2023	10
看取り	
2019	2
2020	4
2021	5
2022	4
2023	6

表1 緊急往診と看取りの実績

### 2) 林クリニックの在宅診療・連携体制

#### ①連携施設数

連携病院:2 大学病院, 6-7 病院

連携訪問看護ステーション: 3-4, 訪問薬局: 3

連携居宅介護支援事業所, 地域包括支援センター

施設: 特養 1, 有料老人ホーム 1, サ高住 4, 小規模多機能 3

②訪問診療内容: 24 時間心電図, ハートメート, 24 時間血糖測定, 在宅酸素療法 (HOT), 緩和ケア (麻薬治療), ポート交換 (IVH), 尿道留置カテーテル管理, 点滴, 採血, 検尿, 検便, ワクチン注射,

③自院での検査: エコー検査, 胸部 XP, 胃内視鏡検査, 心電図, 負荷心電図, 24 時間心電図, 動脈硬化測定 (CAVI) 他

④提携病院での検査: CT, MRI, 精密骨密度検査他

### 3) 在宅症例を考える

(1) 症例1：心不全がよくなった高齢女性

①症例:95歳女性,

病名：COPD（慢性閉塞性肺疾患）、慢性心不全、骨粗しょう症、脂質異常症、高K（カリウム）血症による洞不全症候群、

既往歴：陳旧性肺結核（空洞多数あり）

経過：2020年、7月呼吸困難、胸部圧迫感で救急搬送、東京〇〇病院入院。高K（カリウム）血症による心不全、治療により軽快した。原因は食事等によるカリウム過剰摂取。

COPDは陳旧性肺結核による拘束性肺機能障

2022年、8月から在宅訪問診療開始。

現状：要介護度3、自立度（寝たきり度；表2）B1、認知度I（表3）、HOT（在宅酸素療法：1liter/min）開始。

介護サービス：通所リハ：週2回、訪問看護週1回、訪問介護：週2回、配食サービス：週9食、福祉用具貸与、

居住環境：居宅1F、一人住まい、近所に娘さん（仕事あり）

医療サービス：訪問診療月2回

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

表2 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：全国共通で使用されている表である。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。	
	IIa 家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	IIb 家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。	
	IIIa 日中を中心として上記IIIの状態がみられる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	IIIb 夜間を中心として上記IIIの状態がみられる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

表3 認知症高齢者の日常生活自立度：全国共通で使用されている表である。  
在宅診療開始時の簡易 ADL 評価表

食事：自立	部分介助	要介助			
更衣：自立	部分介助	要介助			
入浴：自立	シャワー浴	部分介助	要介助	デイサービス	
トイレ：自立、部分介助	要介助				
室内移動：自立	伝い歩き	杖歩行	手押し車		
	車椅子	介助歩行	不可		
外移動：自立	杖歩行	手押し車	車いす	要介助	不可
階段：可	手すり	可	不可		
座位：可	不可				
立位：可	要介助	不可			
上肢拳上：可	不可				
下肢拳上：可	不可				
血圧：脈拍	不整：有	無			
浮腫：有	無、	嚔下：良	不良	むせ	

表4 簡易 ADL 評価表

これは著者が往診時に使用している自家製の ADL 評価表である。これだけである程度の ADL が簡単に把握でき、介護意見書作成にも利用できる。

## ②検査データの変化

2022年7月入院時は貧血（Hb10.9）、腎障害（BUN31.0）、高カリウム血症、心不全（BNP552.79が見られ、入院治療により腎障害（BUN16.0）や高カリウム血症は改善し、心不全も著明に改善し（BNP58.8）、退院となった。訪問診療を継続し1年6か月経過したがいい状態を保っている。

	2022, 7/20	2022, 8/22	2024, 2/8
Hb (11.3-15.2)	10.9	10.9	11.1
Alb (3.8-5.2)	3.6	3.8	3.7
BS (70-109)	153	129	130
HbA1C (4.6-6.2)	6.0	5.6	5.9
TC (150-219)	182	240	276
HDL-C (40-96)		84	94
LDL-C (70-139)	84	133	155
BUN (8.0-22)	31.0	16.0	22.9
Cr (0.47-0.79)	1.04	0.68	0.9
eGFR	37.4		43.7
Na (136-147)	127	138	137
K (3.6-5.0)	6.3	4.8	5.3
Cl (98-109)	99	104	102
AST (10-40)	68	25	22
ALT (5-40)	87	11	11
gGT (~30)	43	18	15
CRP (~0.14)	0.2	1.62	0.04
BNP (~18.4)	552.7	58.8	53.6

表5 血液検査データの変化

## ③ADL（日常生活動作）評価表の比較

退院時と現在の日常生活動作を簡易ADL評価表で比較する。

退院時：入浴：シャワー浴、室内移動：伝い歩き、外移動：不可、階段：手すりでも可、呼吸苦あり、浮腫：あり

現在：入浴：自立、室内移動：自立、外移動：ほぼ自立、階段：ほぼ自立、呼吸苦なし、浮腫：なし

全般的に改善していることが明らかとなった。

運動前後のSAT（酸素飽和度：96%以上は正常）の改善：現在外歩行時もSAT96-97%、酸素吸入なしでも階段昇降可能、外歩行時SAT96-97%を維持している。

#### ④症例1の考察

心不全で在宅療養を行った。在宅訪問診療,在宅酸素療法,訪問看護,通所リハビリ,居宅介護支援(ケアマネ),福祉用具,配食サービスを利用して,体の動きはほぼ自立を実現し,自宅で通常の生活を維持することができた。

(2) 症例2 両下肢のうっ滞性静脈炎,白癬症が改善した往診例 女性,84歳  
病名: 高血圧症,うっ滞性静脈炎,足趾白癬症,不眠症

既往歴: 右大腿骨頸部骨折術後

要介護1,ADL:階段昇降不可,屋外歩行不可,屋内は伝い歩きのみ,トイレは可

経過:2023年1月右下腿部のかゆみと湿疹様の皮疹があり,市販の薬で様子を見ていた。その後皮膚科受診するもコロナと歩行困難の為通院できなくなり,放置したら皮膚病変が悪化した(図4)。

R5年5月からケアマネの依頼により在宅皮膚科往診を開始した。



図4 初回訪問時の下肢の皮膚所見

## 治療経過

2023年5月初回往診, 右下肢うっ滞性皮膚炎, 右下肢蜂窩織炎, 足趾白癬症がみられ, もとものの内科主治医の定期往診に加えて, 皮膚科往診, 訪問看護が導入された。軟膏の治療と処置により3か月後には改善傾向を示し, その後は月1回の皮膚科往診と軟膏処置の為の訪問看護が週3回入っている。現在は反対下肢とほぼ同様の皮膚所見が見られるまでに改善している。ADL(日常生活動作)も皮膚の状態と同じように改善し, 一人で外出することはできないが, 室内では娘さんの見守りの下で何とか自立の生活が維持できている。



図5 現在の下肢の皮膚所見

## 参考文献

1. 林 滋 元気高齢者のための最新医療 祥伝社新書 2019

# 新型コロナウイルス感染の状況と後遺症治療

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

## 目次

1. 新型コロナウイルス感染状況
2. 新型コロナ後遺症とは
3. 新型コロナ後遺症
4. 新型コロナ後遺症鑑別に必要な検査
5. 症状別の鑑別アプローチ

## はじめに

2019年末に新型コロナウイルスが発生し、その後瞬く間に世界中に蔓延し多くの死者が発生し、今でも後遺症に苦しんでいる人は多く存在する。2023年末でも新型コロナウイルスは重症者は以前ほど多くないが終息しておらず、後遺症で苦しんでいる人たちが増えている。第5波は2021年夏にピークとなり、8月には患者数が26,000人に達していた(図1)。今度は感染後の後遺症の波が襲ってきているのである。50代以下の仕事を持った現役世代では、仕事を失い、生活困窮に陥る人も相次ぎ、若年者では倦怠感、めまい、自立神経失調症といった不定愁訴のような症状が長期間続き苦しめられている。感染から半年後でも4人に1人が色々な後遺症と闘っている。原因や根本的な治療法も解明されなく、いかにこれを克服するかが医療人に求められている。

## 1. 新型コロナウイルス感染状況

### 1) 新型コロナ感染者数の変化(2020-2021年, 2023年)(図1, 2)

2019年12月に中国・武漢市で報告された原因不明の肺炎は、COVID-19(新型コロナウイルス感染症)と名付けられ、その後瞬く間に世界中に拡散し現在に至っている。国内で初めての感染者が確認されたと発表があったのが2020年1月16日(15日確定)で、その後第1波が3月から始まり、続いて第2波が7月から始まっている。第2波は完全に収束することなく11月から増加し始め第3波が12月にピークとなってやって来た。第3波は完全になくなる訳ではなく、中途半端に減少して2021年3月から再び増加に転じ4月には第4波となった。第3波、第4波では1日当たりの感染者数は6,000人ぐらいとなっている。7月から再度上昇がみられ8月には第5波を形成し、1日当たりの感染者数は25,000人を突破した。2022年になると感染者数は爆発的に増加し第6波は(オミクロン株)10万人に達し、その後は7月から第7波で25万人、2022年12月から2023年2月にかけて第8波となり25万人程度となっている。2023年5月からは新型コ

コロナウイルスは5類に変更され現在に至っている。現在は収束はせずにだらだらと感染が続いている。このウイルスはもはや完全に終息することはなく、現在のインフルエンザのように変異株が繰り返し蔓延すると考えられている。

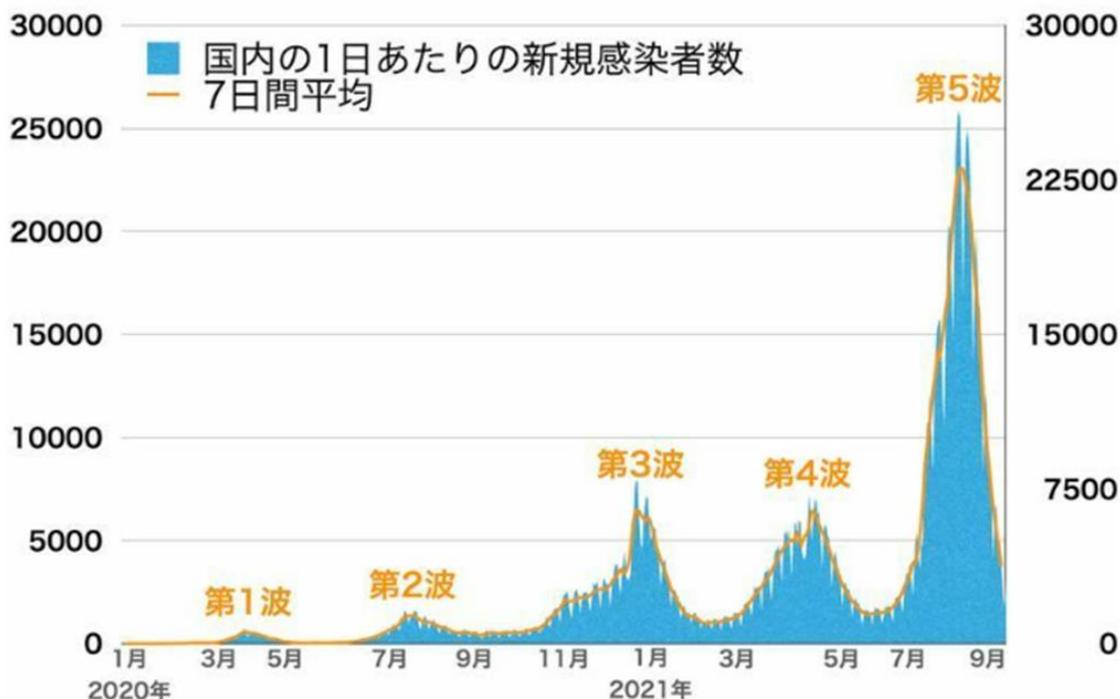


図1 新型コロナ感染者数の変化（厚生労働省オープンデータより大阪大学忽那賢志教授作成）



図2 新型コロナ感染者数の変化（2022-2023年、厚労省/NHK）

2) 新型コロナウイルス変異株の変化（図3）

この間の新型コロナウイルス株の変化は図3に示すとおりである。2020年1月16日新型コロナウイルス発生の報告が国から行われた。2020年春、ウイルスに変異が加わ

り, 2021 年春, アルファ株, 2021 年夏, デルタ株, 2022 年はじめオミクロン株 BA. 1, 春は, オミクロン株 BA. 2, 夏にはオミクロン株 BA. 5, その後はオミクロン株 BQ. 1 等となっている。



図3 新型コロナウイルス変異株の変化 (厚労省/NHK)

### 3) 新型コロナ感染者の致死率とワクチン接種時期 (図4)

新型コロナウイルスの感染者数の変化は図1, 2に示したとおりであるが, 致死率 (感染者数に占める亡くなった人の割合) は変異株によって大きく変化している (図4) 第1波では5%近く死亡しており, 第2波では急激に減少し0.9%になり, 第3, 4波 (アルファ株) ではともに1.8%程度になっていた。第5波 (デルタ株) 以降は減少したままとなっている。ワクチン接種は2021年2月から1, 2回目が行われ, 2021年12月から3回目, 2022年7月から4回目, 2022年10月から5回目, 2023年5月から6回目, 2023年9月から7回目が行われた。

ワクチンの接種と致死率の減少について見てみると, 第4波が起こり始めた頃 (2021年3月) に1, 2回目のワクチンが開始されている。3回目のワクチンは6波の直前に開始され, 第4回目のワクチンは第7波の時に, 5回目のワクチンは第8波の頃に打っている。2022年初め頃よりオミクロン株に変わってきたこともあるが, ワクチンが1, 2回終了頃より, 新型コロナによる致死率が急激に減少しており, ワクチンの効果が見られたことは明らかである。

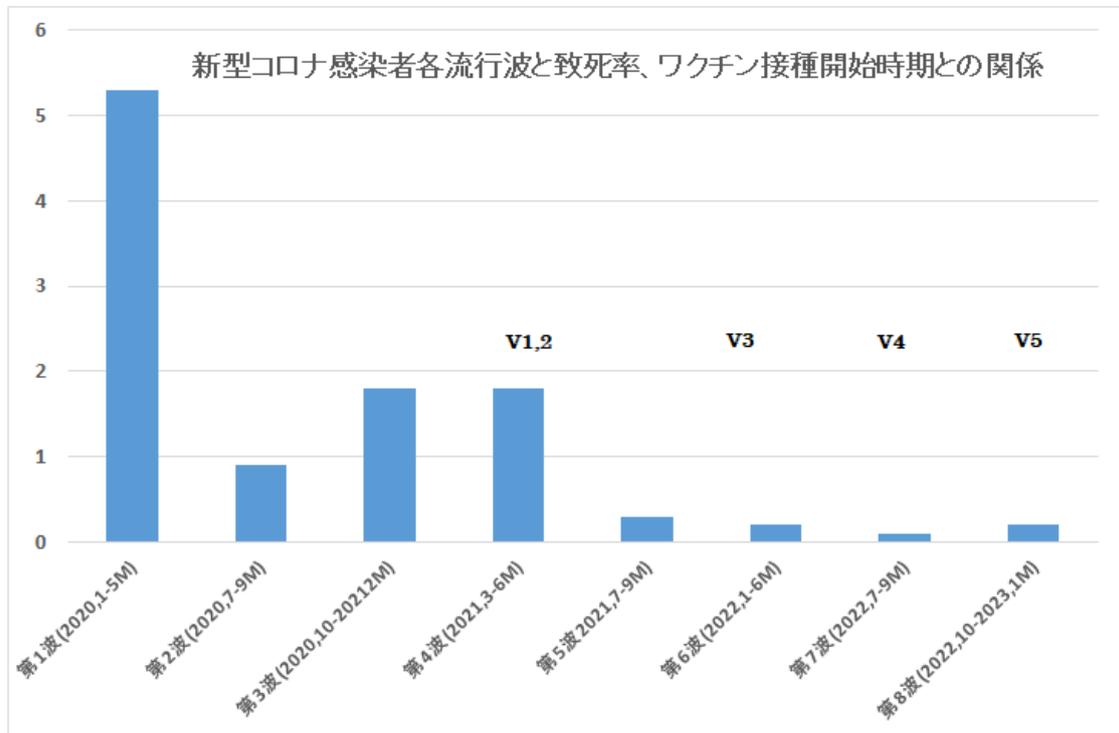


図4 新型コロナウイルス感染者各流行波と致死率(縦軸：%),ワクチン接種開始時期との関係 (V1, 2: 1, 2回接種開始, V3: 3回目接種開始 V4: 4回目接種開始, V5: 5回目接種開始) (厚労省/NHKより著者作成)

#### 4) 新型コロナ年代別患者数 (図5)

2020年4月19日現在の年代別感染者数は図5に示すとおりである。20-50代までが圧倒的に多く、1,600-1,800人となっており、次いで60代1,224人、70代が957人、80代が782人になっている。10代以下は158-244人で低値である。働き盛りの年代は感染の機会が大きいため感染者数が多いと考えられ、小児や若年者は免疫学的に感染しにくいのもかもしれない。しかし小児でも、あとで述べるが感染はあり後遺症も認められている。高齢者は中高年者より感染者は少ないが、重症化率は次で述べるように高くなっている。



図5 新型コロナ年代別感染者数 (厚労省/NHK)

5) 新型コロナ年代別死亡者数 (図6)

新型コロナウイルス年代別死亡者数は図6に示すとおりである。2020年4月19日の厚労省のデータであるが、30代で2人、40代で2人、50代で7人、60代で21人、70代で50人、80代で87人となっている。高齢者ほど致死率が高いのは明らかである。リスクとしては高齢者以外にも、慢性閉塞性肺疾患、喫煙、悪性腫瘍、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症といった疾患がある。病気ではないが、妊娠の後期でも重症化リスクが高い。

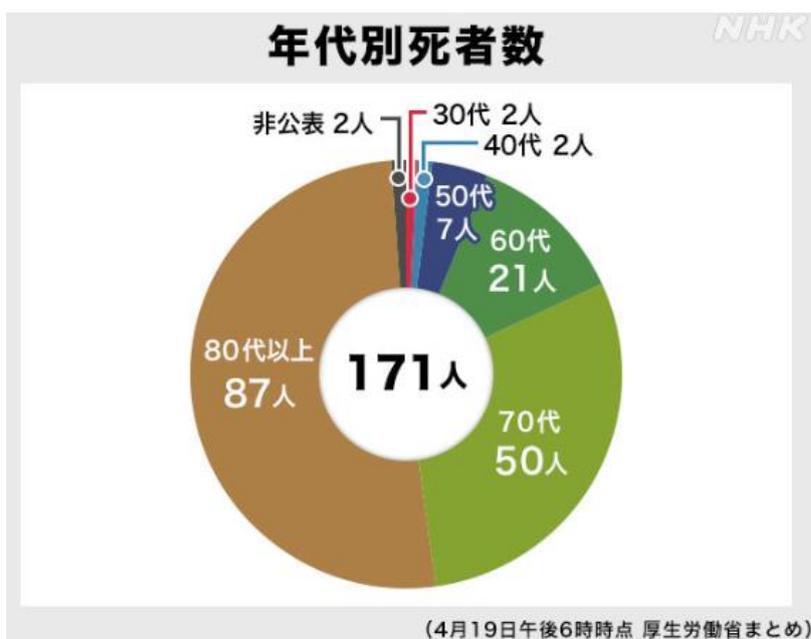


図6 新型コロナ年代別死亡数 (厚労省/NHK)

## 6) 新型コロナウイルスワクチン接種状況 (図7)

新型コロナワクチン接種は2021年2月17日から始まり1回目10,473万人(80.7%),2回目10,345万人(79.7%),3回目(2021年12月から)8,666万人(67.3%),4回目(2022年7月から)5,938万人,5回目(2022年10月から)3,811万人,6回目(2023年,5月から)2,496万人,7回目(2023年9月から)1,648万人となっている(図7)。尚,3回目以降の接種人数には「オミクロン株対応ワクチン」を接種した人も含まれている。また国は,1回目から3回目までの接種について,全人口に占める割合を発表している。ワクチン接種時期と患者発症の関係は図4に示したが,1,2回接種後第4波が来ているがその後ワクチンを3回目,4回目と接種してから発症は抑えられているといえる。

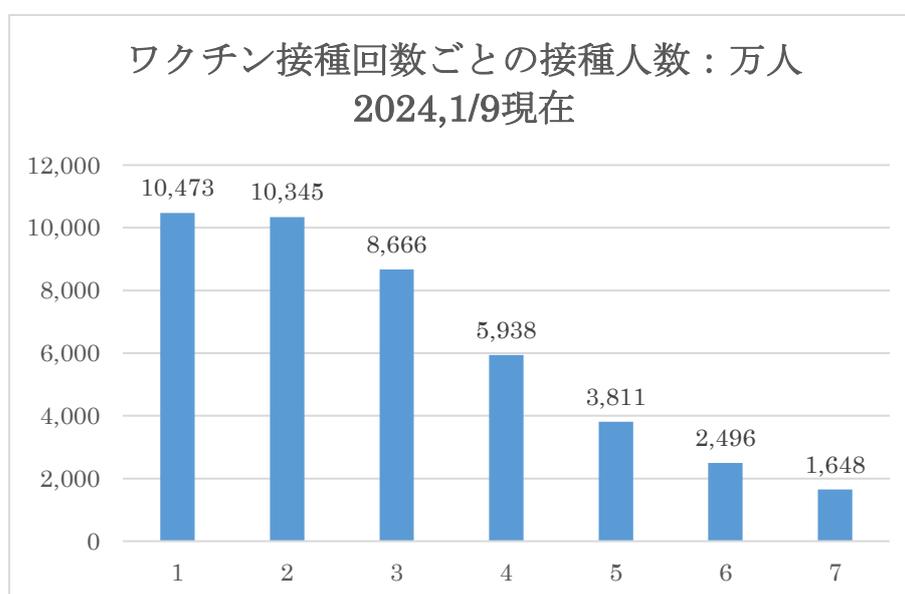


図7 新型コロナウイルスワクチン接種状況

## 7) 新型コロナウイルス感染のまとめ (表1)

1. 新型コロナウイルスは2020年初めから発症した。いまだに収束していき今後インフルエンザのように変化を繰り返すと予想される。
2. 2021年夏,デルタ株になってから感染者数は爆発的に増加した。
3. オミクロン株になって感染しやすいが重症化は減っている。
4. 第1波は致死率が高く,第5波(デルタ株)では致死率が減っている。
5. 高齢者は致死率が高く,慢性閉塞性肺疾患,喫煙,悪性腫瘍,慢性腎臓病,糖尿病,高血圧,肥満,脂質異常症や妊娠の後期では重症化のリスクが高い。

表1 新型コロナウイルス感染のまとめ

## 2. 新型コロナ後遺症とは

COVID-19 の罹患後症状（いわゆる後遺症）は、COVID-19 に罹患した後に、感染性は消失したにもかかわらず、他に原因が明らかでなく、罹患してすぐの時期から持続する症状、回復した後に新たに出現する症状、症状が消失した後に再び生じる症状の全般のこと。また、国連の機関である WHO は、「post COVID-19 condition (long COVID)」として、「新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）に罹患した人にみられ、少なくとも 2 ヶ月以上持続し、また、他の疾患による症状として説明がつかないものであるとしている。

## 3. 新型コロナ後遺症

### 1) 新型コロナ罹患後遺症の代表的な症状

代表的な罹患後症状は、疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、喀痰、息切れ、胸痛、脱毛、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡眠障害、筋力低下などがある。

### 2) 新型コロナ感染 1 年後の後遺症の割合（図 8）

新型コロナウイルス感染 1 年後の後遺症の割合は図 8 のとおりである。記憶障害（11.7%）、集中力の低下（11.4%）、嗅覚の異常（10.3%）、ブレインフォグ（9.1%）、抑うつ状態（7.5%）、味覚の異常（5.9%）、息切れ（5.6%）、けん怠感（3.8%）、脱毛（3.5%）となっている。

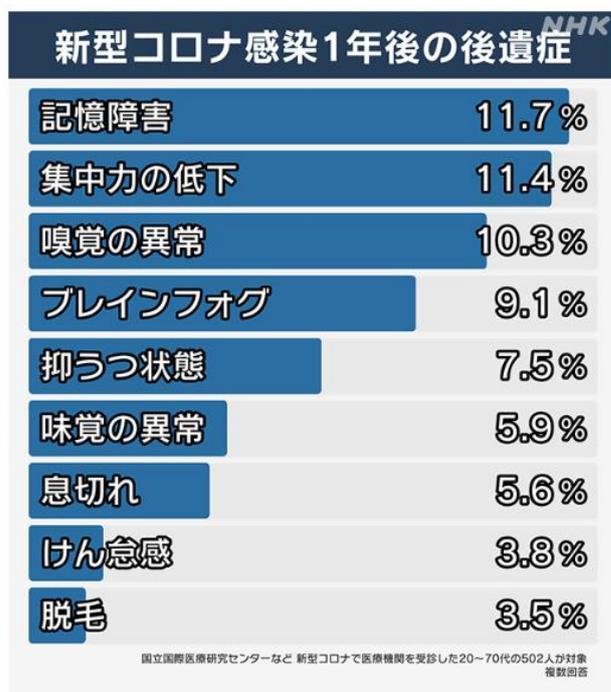


図 8 新型コロナ感染 1 年後の後遺症の割合（厚労省/NHK）

### 3) 新型コロナ後遺症の経時的変化（図 9）

新型コロナ後遺症（感染後症状）の 3 か月後、6 か月後、12 か月後の経時的変化は図 9 に示すとおりである。この調査では倦怠感、呼吸困難感、筋力低下、集中力低下、脱毛、睡

眠障害, 咳嗽, 味覚異常, 記憶障害, 関節痛, 筋肉痛, 喀痰, 手足のしびれ, 眼科症状, 皮疹, 耳鳴り, 咽頭痛, 発熱, 下痢, 感覚過敏, 腹痛, 意識障害となっている。

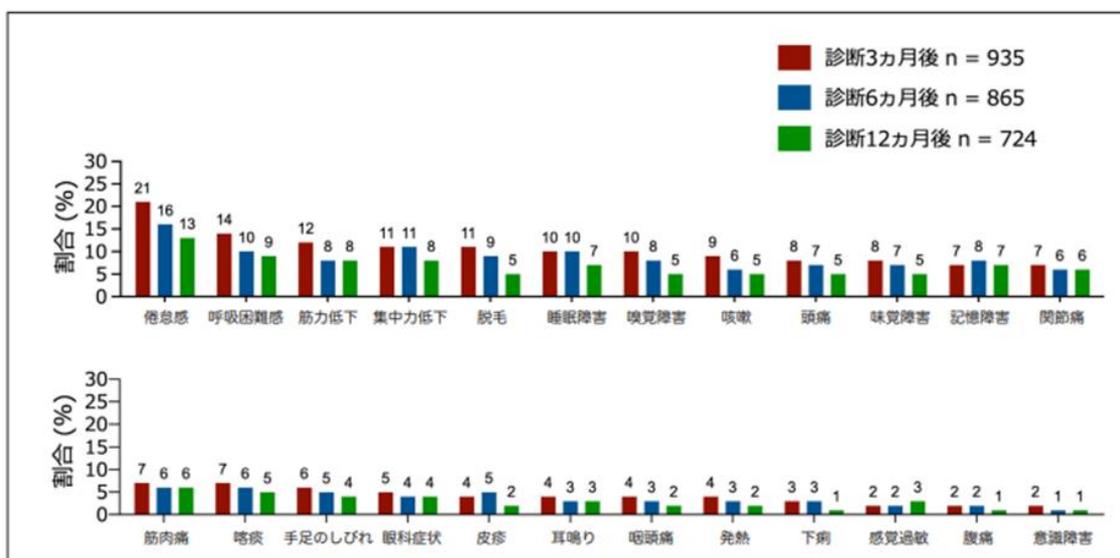


図9 新型コロナ後遺症の種類, 割合, 時間経過後の変化

#### 4. 新型コロナ後遺症鑑別に必要な検査 (表2)

発熱や呼吸器症状があつて新型コロナ (COVID19) 抗原や PCR 検査を陽性となつたら, これらの症状が新型コロナによるものかその他の原因で併発したもののかの鑑別が必要となる。先ず, ①現在の状態 (体調) を鑑別するために基本的な検査を行う。これによって重症か軽症かの区別を行う (表2)。全血球数 (赤血球, 白血球, 血小板, 白血球分画), 腎機能 (BUN, Cr) と電解質 (Na, K, Cl) 肝機能 (AST, ALT,  $\gamma$ GT), 血糖, HbA1C (ヘモグロビン A1C) 炎症マーカー (CRP) を検査する。②息切れを訴える場合は, BNP (または NP-proBNP: これらは心不全の有無をみる) 胸部単純 X 線写真, 呼吸器機能検査 (スパイログラムで肺の機能; 肺活量, 1 秒量, 1 秒率等), 心エコー図 (心臓の弁, 心室や心房の動き, 心臓の駆出力等をみる) 検査を行う。③動悸を訴える場合は D ダイマー (血栓の有無をみる, この場合は肺の動脈が血栓でふさがれていないかをみる), 甲状腺機能検査 (TSH, FreeT4: 甲状腺機能が亢進すると動悸が激しくなり心不全にもなったりする), 安静時心不全, ホルター心電図 (24 時間の心電図, これで不整脈の有無が分かる), 造影 CT (これで肺動脈の血栓の状態もわかる)。④胸痛を訴える場合はトロポニン (心筋梗塞の有無をみる), D ダイマー (血管内の血栓の存在をみる), 安静時心電図, 心エコー図, 胸部単純 X 線写真, 胸部単純 CT 検査を行う。⑤疲労感・倦怠感・睡眠障害を訴える場合は, 甲状腺機能 (TSH, FreeT4), Fatigue Severity Scale (FSS) (疲労感を測定するための質問用紙で 9 個の項目からなり疲労の重症度が評価できる), STOP-Bang 質問票 (閉塞性睡眠時無呼吸症候群のリスク評価に用いられる質問票で 8 項目からなり 3 項目以上陽性で, 閉塞性睡眠時無呼吸症候群のハイリスクと診断できる), GAD-7 質問票 (全般的な不安障害の評価尺度: GAD-7 は, 7 つの質問から成り立っており, 簡単に自己評価ができ

る特徴がある)で評価し、被験者は0から3のスコアを選択し10以上のスコアがある場合は、全般性不安障害の可能性が高いとされる。日常生活で持続的な不安や心配が存在する状態といえる)、PHQ-9 質問票(Patient Health Questionnaire といい、うつ状態を判定する検査で、質問票は9項目よりなり各項目ごとに4段階評価し、15~19点は中等度~重度、20~27点は重度の症状レベルであると評価する)で評価する。⑥筋肉痛や関節痛を訴える場合は、炎症マーカー(血沈、フェリチンなど：炎症の程度が分かる)、CPK(筋肉の崩壊の程度が分かる)、自己抗体検査(リウマチ因子、抗核抗体など：リウマチや膠原病を除外するために行う)検査を行う。⑦認知障害を訴える場合はモントリオール認知評価(MoCA, MoCA-J：軽度認知機能低下のスクリーニングツールで、多領域の認知機能(注意機能, 集中力, 実行機能, 記憶, 言語, 視空間認知, 概念的思考, 計算, 見当識)について、約10分という短い時間で評価することができ、30点満点で、15点以下では中等度の認知症と判定される)。ミニメンタルステート検査(MMSE：時間の見当識, 場所の見当識, 即時想起, 注意と計算能力, 遅延再生(短期記憶), 言語的能力, 図形的能力(空間認知), 以上の7つの認知機能の評価し、認知症か否かを評価する。21点以下では認知症の疑いが出てくる)などを行う。

対象患者	検査内容
基本的な内容	全血球数(分画を含む白血球数, 赤血球数, 血小板数), 腎機能と電解質, 肝機能, 血糖とHbA1c, 炎症マーカー(CRPなど)
息切れを訴える場合	BNP(NT-proBNP), 胸部単純X線写真, 胸部単純CT, 呼吸機能検査, 心エコー図
動悸を訴える場合	Dダイマー, 甲状腺機能(TSH, Free T4), 安静時心電図, ホルター心電図, 造影CT
胸痛を訴える場合	トロポニン, Dダイマー, 安静時心電図, 心エコー図, 胸部単純X線写真, 胸部単純CT
疲労感や倦怠感, 睡眠障害を訴える場合	甲状腺機能(TSH, Free T4), Fatigue Severity Scale(FSS), STOP-Bang 質問票, GAD-7(全般性不安障害の評価尺度), PHQ-9 など
筋肉痛や関節痛を訴える場合	炎症マーカー(血沈, フェリチンなど) CPK, 自己抗体検査(リウマチ因子, 抗核抗体など)
記憶障害を訴える場合	モントリオール認知評価(MoCA), ミニメンタルステート検査(MMSE) など

表2 罹患後症状が続く場合に必要な鑑別の為の検査一覧

## 5. 症状別の鑑別アプローチ

### 1) 新型コロナ感染後後遺症が疑われたら

まずはかかりつけ医を受診し新型コロナによる後遺症か他の疾患による症状なのかを鑑別してもらう。新型コロナ感染での一般的な経過, 日常生活での留意事項の説明を受

け、必要に応じて表2のような検査を受け、現在の重症度や今後のリスク評価をしてもらい、投薬（解熱剤、鎮咳薬、去痰剤、必要なら抗菌剤等）を受ける。症状の悪化が見込まれる場合は専門の医療機関を紹介してもらうことになる。

## 2) 呼吸器症状がみられる場合のアプローチ（図10）

息苦しさ、咳嗽、喀痰、咽頭痛等がみられる場合、かかりつけ医や近くの病院を受診し、呼吸機能障害、肺炎、器質化肺炎（肺胞から肺胞近くの細気管支にかけての炎症で、薬剤、膠原病、血管炎、放射線肺臓炎、悪性病変（リンパ腫など）、感染症（結核、非結核性抗酸菌症、マイコプラズマ感染など）によっておこる）、心疾患（心不全、虚血性心疾患）、肺血栓塞栓症、うつ・不安症などの疾患を鑑別する必要がある。まずは基本的な検査をとして胸部単純レントゲン写真、心電図（ECG）、血液検査、SpO<sub>2</sub>（酸素飽和度）などを調べる。異常がなければ薬をもらって経過観察となる。

検査に異常があり原因が不明の場合には専門の医療機関受診となる。ここでは、肺機能検査（主にスパイロメーターという機械を使って肺がどれくらいの空気を取り込み、どれくらい吐き出す能力があるのか、換気の機能を調べる検査で、肺活量、努力肺活量、1秒量、1秒率をみる）、6分間歩行試験（運動負荷として6分間で出来るだけ速い速度で歩いた距離を求める運動負荷試験で、およその運動耐容能を評価できる）、喀痰検査（肺炎の細菌や結核菌等）、心エコー（現在の心機能をみるため）、血管造影（肺動脈血栓症等の血管の閉塞をみる）、HRCT（高分解能CTで、間質性肺疾患（サルコイドーシス、特発性肺線維症、気管支拡張症の診断に有用である）、造影CT（静脈に造影剤を注入し画像のコントラストをつけて診断しやすくする検査）、動脈血ガス（動脈血中の酸素と二酸化炭素レベルを測定し、動脈血の酸性度（pH）を判定し、肺、心臓、腎臓などの機能を調べる検査で、重症の慢性閉塞性肺疾患（COPD）、喘息、間質性肺炎（肺線維症）、肺水腫、重度の肺炎、無気肺などでは必要な検査である）等を検査する。

これらの検査を行って呼吸機能障害、肺炎、器質化肺炎、心疾患、肺血栓塞栓症、うつ・不安症（これらの検査に異常が見られないにもかかわらず呼吸苦や咳・痰が続く）が、診断される。原因が特定されることにより原因の治療が行われる。時には対症療法、リハビリ、精神的ケアも行われる。

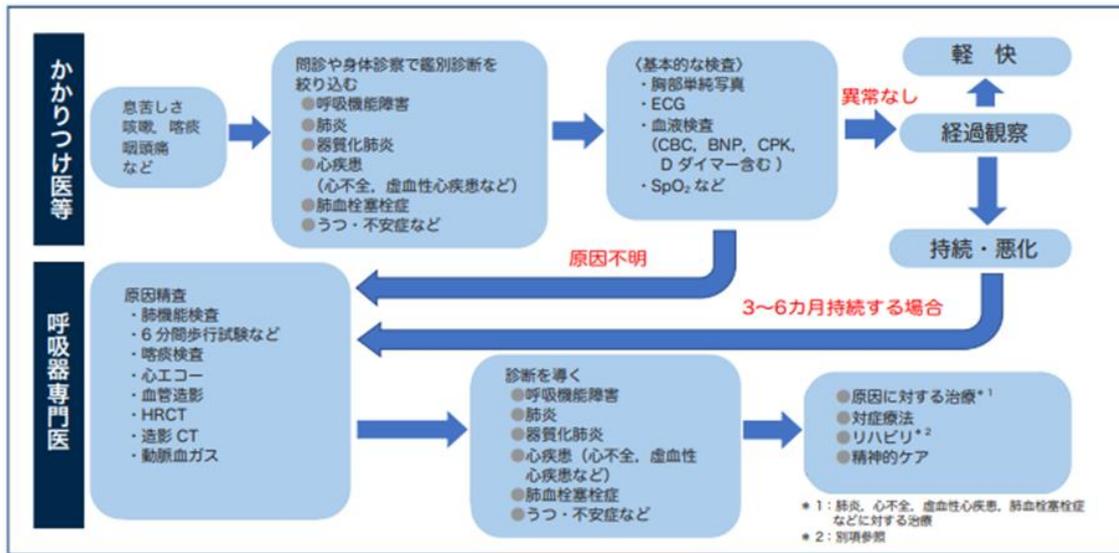


図10 呼吸器症状がみられる場合のアプローチ

3) 循環器症状がみられる場合へのアプローチ (図11)

自覚症状として、労作時呼吸困難、起坐呼吸、胸痛、動悸、倦怠感、四肢の浮腫や冷感、失神が見られたら、かかりつけ医等の近医に受診することになるが、ここでは心不全の身体所見（肺のラッセル音、頻脈、不整脈、過剰心音（III, IV音）頸動脈怒張、下肢浮腫、急激な体重増加）をみる。同時に胸部レントゲン写真（心胸郭比の拡大（心不全で拡大する）、肺うっ血（心不全で見られる）、胸水）を撮り、心電図（異常Q波（心筋障害で出現する）、ST-T変化（心筋の虚血で見られる）、不整脈、左室肥大をみる）をとる。これらの検査で特に異常が見られなかったら1-3か月経過をみる。

しかし、これらの検査に異常が見られたり心不全や狭心症の所見が見られるようなら、病院受診し専門医の診察を受けること。心不全の重症度は血液中の心不全マーカーであるBNP(100pg/ml以上なら心不全有)、またはNT-proBNP(400pg/ml以上なら心不全有)を測定する。重症なら入院となる。また失神がある場合はBNPやNT-proBNPの値に関わらず循環器専門医の診察が必要である。

循環器科では、以下の検査を必要に応じて行う。血中のCPK, CPK-MB（ともに心筋が傷害を受けたことを意味する検査）、トロポニンT（心筋内のある酵素でこれが増加すれば心筋の傷害を意味する）、Dダイマー（血栓の有無が分かる）、運動/薬剤負荷試験（心臓の予備能力をみるが症状が収まってから行う）、心エコー検査（心臓の機能が分かる）、CT/MRI検査、核医学検査（微量の放射線をだす薬を注射して、専用のカメラで撮影し、心臓の状態やポンプとしての働きを調べ、狭心症、心筋梗塞、心不全などの病気の有無や程度を診断することができる）、心臓カテーテル検査（カテーテル（細い管）を血管から挿入し、心臓まで到達させて心臓や冠動脈などを撮影したり、心臓内部の圧を測定したりする検査で、狭心症や心筋梗塞などの冠動脈疾患、弁膜症、先天性心疾患、心筋症、心不全などの診断や重症度を判定する）、心筋生検（心内膜側心筋の一部を心筋鉗

子を用いて採取し、組織学的に心筋疾患の有無を検索する検査法で、心筋の壊死や心筋炎の有無が分かる) などを行う。

これらの検査で鑑別すべき循環器疾患は、虚血性心疾患(狭心症や心筋梗塞)、心不全、心筋炎・心膜炎(心筋炎とは、主にウイルスが心臓の筋肉(心筋)に感染し心筋細胞に炎症が起こり、心筋の本来の機能が失われ、ポンプである心臓の機能が失われる。心膜炎とは心臓を覆っている心膜に炎症が起こった場合を心膜炎といい、心筋炎と同様に原因はほとんどがウイルス感染で、症状は持続性の胸痛、特に深呼吸時に強くなる胸痛がみられる)、不整脈、血栓塞栓症(下肢等の深部静脈にできた血栓は、静脈の流れに乗って心臓まで来てしまうことがあり、肺動脈(心臓から肺へ送られる)に血栓が詰まり、肺血栓塞栓症となり、心不全になる。症状としては、呼吸苦、胸痛、失神、動悸がある)がある。

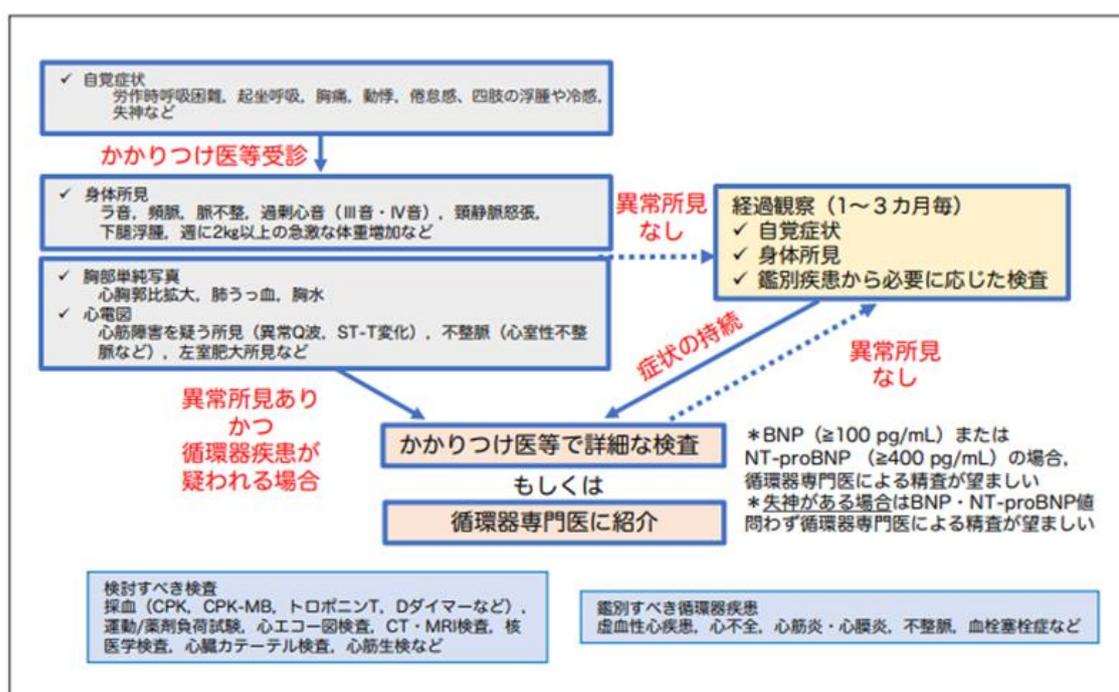
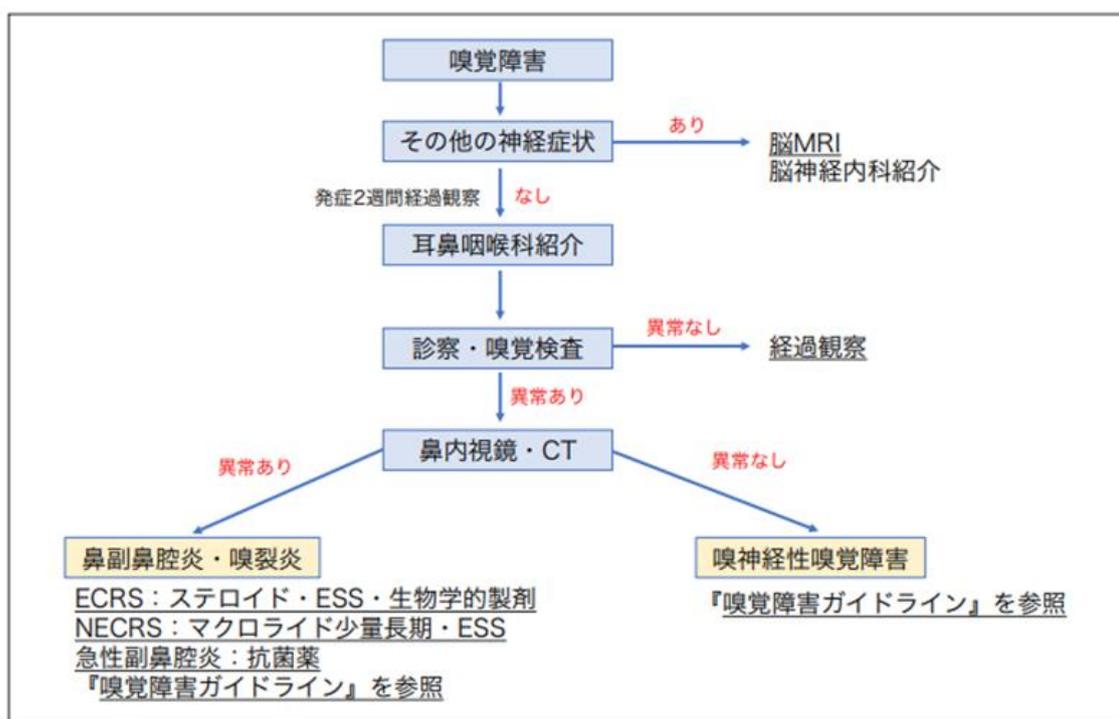


図 1 1 循環器症状がみられる場合へのアプローチ

#### 4) 嗅覚・味覚症状がみられる場合へのアプローチ (図 1 2)

COVID-19 感染後嗅覚障害が認められ、その他の神経症状(運動麻痺、疼痛等)もみられるならば、脳神経内科受診が必要となる、嗅覚障害が2週間程度継続するならば、耳鼻咽喉科受診となる。ここでは鼻内視鏡やCTを行って、悪性腫瘍等を否定し、嗅覚障害の専門検査等を行う。味覚障害では主に脳神経内科で見ってもらう。



ECRS：好酸球性鼻副鼻腔炎，NECRS：非好酸球性鼻副鼻腔炎，ESS：内視鏡下鼻副鼻腔手術

図12 嗅覚・味覚症状がみられる場合へのアプローチ

#### 5) 神経症状がみられる場合のアプローチ

COVID-19 感染後以下のような精神・神経症状が見られた場合は脳神経内科受診となる。即ち、思考の低下，集中力低下（ブレインフォグという），頭痛，刺されるような痛み，睡眠障害，立位時のめまい，気分変調，嗅覚・味覚障害，筋痛，疲労感・倦怠感，運動緩慢，感覚障害である（表3）。

### COVID-19感染後に遷延する神経症状

思考の低下  
 集中力低下（ブレインフォグ）  
 頭痛  
 刺されるような痛み  
 睡眠障害  
 立位時のめまい  
 気分変調  
 嗅覚・味覚障害  
 筋痛  
 疲労感・倦怠感  
 運動緩慢  
 感覚障害

表3 COVID-19 感染後に遷延する神経症状

上記のような症状が遷延化した場合，かかりつけ医（地域の病院でもよい）を受診することになる。ここでは，診察をし，病歴を聴取し，神経学的所見をみて検査を行う。検

査内容は、検尿、採血（末梢血、D-ダイマー、甲状腺機能、血沈（炎症の程度をみる）、さらに詳しく調べるときには、亜鉛（味覚異常と関連あり）、フェリチン（炎症をみる）、自己抗体（免疫異常の病気をみる）、胸部単純レントゲン写真、心電図等である。

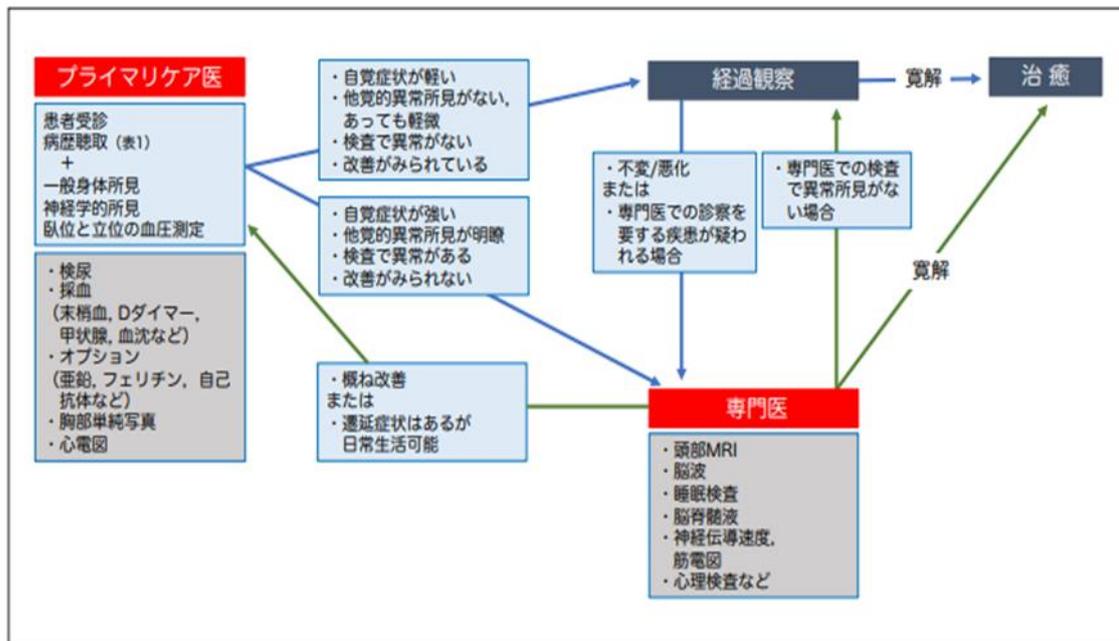


図1 3 神経症状がみられる場合のアプローチ

これらの検査を行って。異常がない場合や症状が軽い場合はこのまま経過観察となる。症状が強い場合や検査で異常が見られた場合は専門医（脳神経内科等）への受診となる。専門医では、以下のような検査を行う。頭部 MRI、脳波、睡眠検査、脳脊髄液、神経伝達速度検査、筋電図、心理検査等である。

#### 6) 精神症状がみられる場合のアプローチ（図1 4）

COVID-19 感染後に集中力低下、睡眠障害、嗅覚・味覚障害、頭痛、記憶障害、意識障害が見られたり、頻度は低いが自殺企図・念慮、精神運動性興奮、幻覚・妄想・うつ症状、不安、せん妄、茫然自失、脅迫症状、悲嘆がみられた場合は精神科受診となる。内科や脳神経内科を受診して紹介となって精神科に行く場合もある。呼吸器、循環器、脳神経内科的に異常がない場合は精神科的アプローチの対象となる。身体症状を伴わず比較的症状が軽い、抑うつ、不安、脅迫症状では精神科クリニック受診となり、症状が強い場合、精神運動性興奮、自殺企図、自殺念慮などでは入院も必要となり精神科病院受診となる。身体症状が残る場合もあるので他科との医療連携も重要となってくる。

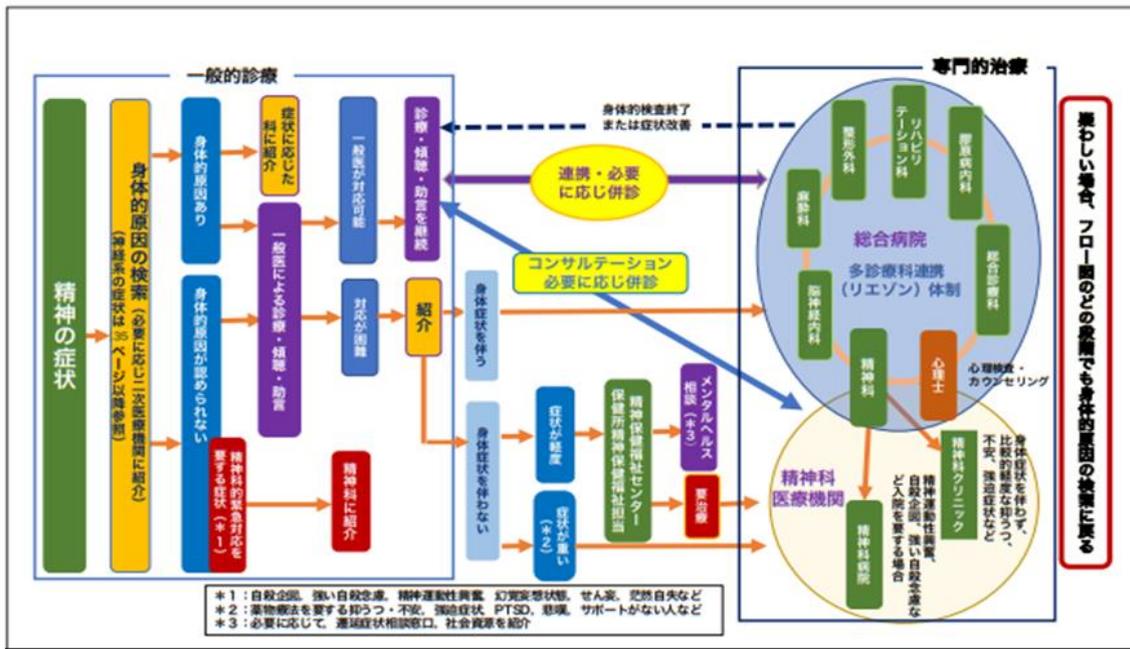


図 1 4 精神症状がみられる場合のアプローチ

7) 痛みが遷延する場合のアプローチ

COVID-19 感染後疼痛が遷延する場合の症状と関連疾患の一覧を表 4 に示す。筋や関節に由来する症状として、疲労、筋肉痛、関節痛・関節炎、頭痛、背部痛、胸痛、腰痛、筋炎、筋力低下があり、疾患病態としては横紋筋融解症、ミオパチー（全ての筋疾患のこと）、サルコペニア（加齢による筋肉量の減少および筋力の低下のこと）、線維筋痛症、慢性疼痛がある。また骨由来の痛みとしては、骨粗しょう症、骨壊死、異所性骨化症（本来では骨が存在しない筋や筋膜、靭帯や関節包などに骨ができてしまう病気のこと）、骨軟骨症、虚弱骨折がある。

痛みが、頭痛、胸部痛、筋骨格痛、腹部痛の場合には、まずは器質的疾患（臓器そのものに炎症や癌などがあり、その結果として様々な症状が出現する病気のこと）の除外が必要であり、そのためには、脳神経外科・脳神経内科、循環器内科・呼吸器内科、消化器内科、膠原病内科、整形外科等を受診することになる。原因が不明な慢性疼痛に対しては、整形外科や麻酔科のペインクリニックで疼痛の管理も必要となる。

痛みの原因は複雑であり、簡単には解明が難しい場合が多くその時には、複数科による集学的診療も必要となる。

# COVID-19感染後の筋骨格性の疼痛

## 1. 筋・関節

疲労 筋肉痛  
 関節痛・関節炎  
 頭痛 背部痛  
 胸痛 腰痛  
 筋炎 筋力低下  
 横紋筋融解症  
 ミオパチー  
 サルコペニア  
 線維筋痛症  
 慢性疼痛

## 2. 骨

骨粗しょう症  
 骨壊死  
 異所性骨化症  
 骨軟化症  
 虚弱骨折

表4 COVID-19 感染後の筋骨格性の疼痛

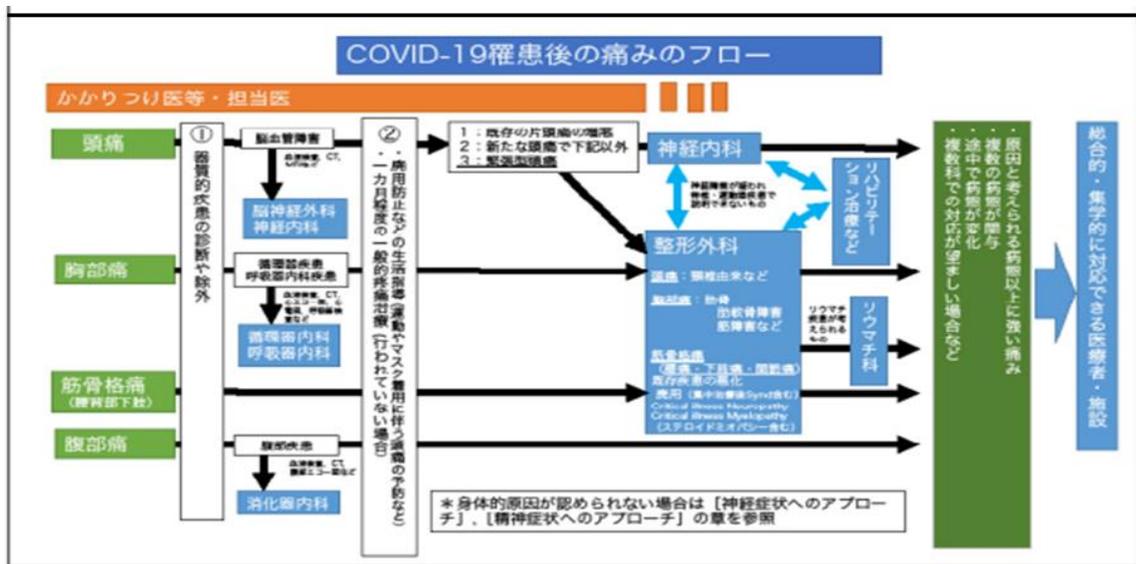


図15 痛みが遷延する場合のアプローチ

### 8) 皮膚科症状が続く場合のアプローチ

COVID-19 関連症状としての皮膚症状は、リベド様皮疹、丘疹水泡様、網状皮斑状皮疹、蕁麻疹様、融合性紅斑丘疹（麻疹様）、血管炎様紫斑性病変等がみられる場合は皮膚科受診となる。皮膚症状の鑑別は難しく COVID-19 感染後に多くの人が表現する湿疹や水泡が続くようなら後遺症も疑い皮膚科受診も必要である。参考の為 COVID-19 関連症状の一覧を示す。

蕁麻疹様皮疹, 癒合性紅斑丘疹 (麻疹) 様皮疹, 丘疹水疱様皮疹, 凍瘡様皮疹, リベド様皮疹, 血管炎様紫斑性皮疹, 脱毛症

表 9-1 COVID-19 関連皮膚症状の臨床的特徴, 病理組織学的所見, 全身症状の重症度, 治療法の選択についてのまとめ				
	臨床的特徴	COVID-19 重症度	病理組織学的特徴	治療
蕁麻疹様皮疹	体幹および四肢に好発する掻痒を伴う蕁麻疹様の皮疹	中等症	表在性の血管周囲リンパ球浸潤, 空胞変性を伴う皮膚炎	低用量ステロイド内服と非鎮静性抗ヒスタミン剤の併用療法
癒合性紅斑丘疹 (麻疹) 様皮疹	体幹から始まる全身性の対称性病変で, 遠心性に進行する発症時から紫斑が併存することもあれば, 皮膚発疹の経過中に発症することもある	中等症	表在性の血管周囲のリンパ球および好中球の浸潤	軽症の場合はステロイド外用 重症の場合はステロイド内服
丘疹水疱様皮疹	(i) 大小の小丘疹, 小水疱, 膿疱からなる広範で多形な皮疹 (ii) 胸部・上腹部または背部に生じる丘疹症水疱病変からなる限局した皮疹	中等症	基底部上方の単房性の表皮内水疱を伴う著明な棘融解, 角化不全	経過観察
凍瘡様皮疹	主として手足に生じる褐色斑や局面 痛み/灼熱感および掻痒を伴うことが多い	無症状	血管周囲および付属器周囲の真皮内リンパ球浸潤	経過観察
リベド様皮疹	網状皮斑様皮疹: 一過性, 対称的で蒼白な中心部分を閉鎖状に囲むレース状の皮疹 樹枝状皮斑様病変: 大型で不規則かつ非対称で閉鎖しない環状病変で, 重度の凝固障害をもつ患者に頻繁に認められる	網状皮斑様病変: 中等症 樹枝状皮斑様病変: 重症	微小な炎症性, 血栓性の血管障害	経過観察
血管炎様紫斑性皮疹	全身性もしくは関節部に限局して分布する 紫斑は出血性水疱に発展し, 場合によっては壊死性潰瘍を形成することがある	重症	フィブリンおよび血管内皮の腫脹を伴う白血球破砕性血管炎 血管周囲の好中球およびリンパ球の著明な浸潤	軽症の場合はステロイド外用 重症の場合はステロイド内服
脱 毛	休止期脱毛が多いが, 円形脱毛や男性型脱毛も含まれている. 女性に多い傾向がある	重症度との関連なし		休止期脱毛, 男性型脱毛の場合は基本的に経過観察 円形脱毛の場合は治療介入

表 5 COVID-19 関連症状としての皮膚症状

## 9) 小児における COVID-19 感染症後遺症のアプローチ

### (1) 小児における COVID-19 感染症後遺症のアプローチ (図 1 6)

小児において呼吸器症状, 循環器症状, 嗅覚・味覚異常, 精神・神経症状, 痛みがみられる様なら, 小児のかかりつけ医, 近くの病院等を受診する。小児の場合でも内科の症状と基本的には同様であり, かかりつけ医は, 患者の訴えをしっかりと受け止め, 問診, 身体診察, 基本的検査, 起立試験 (小児は起立性調節障害のような自律神経不全を起こしやすい) を行い必要に応じて専門の医療機関へ紹介することになる。紹介の専門病院等では, 小児の器質性疾患の除外, 詳細な情報収集を行って, 心理検査, 心理社会因子の評価を行う。

この段階では他職種連携となり、児童精神科、ペインクリニック、校医・養護教諭との連携を取り、スクール・カウンセラー、臨床心理士、公認心理師等の援助を受けることになる。

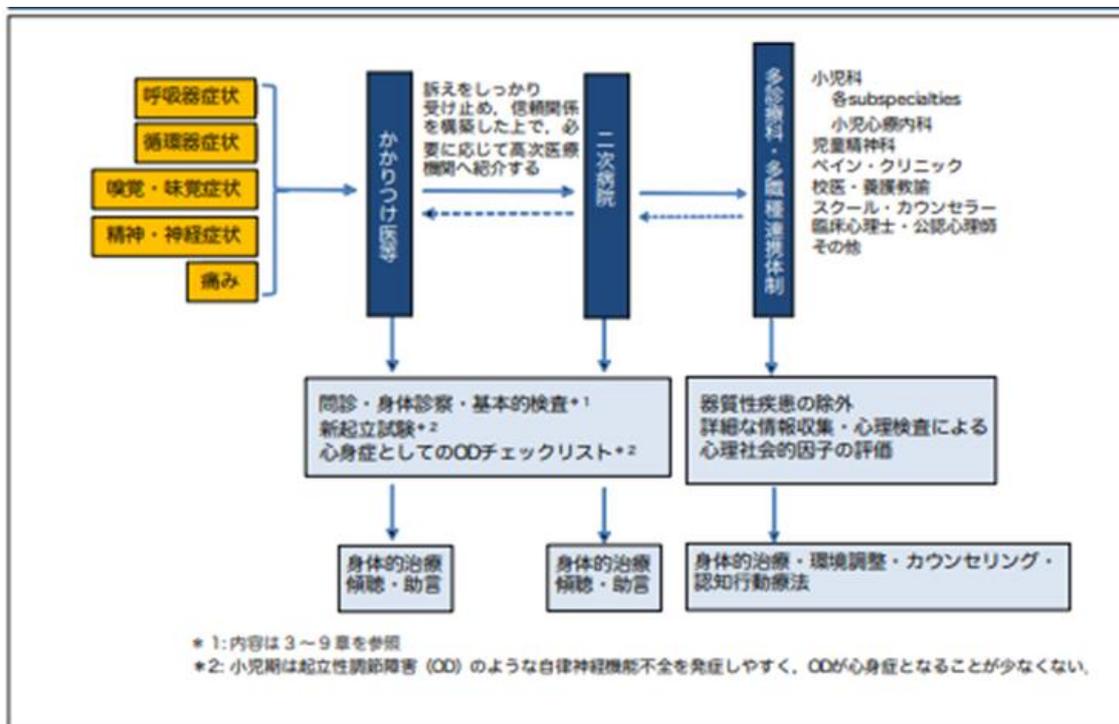


図16 小児におけるCOVID-19感染症後遺症のアプローチ

(2) 小児における新型コロナ後遺症の特徴

1. 小児のコロナ後遺症の中で比較的多いとされているのが、睡眠障害、倦怠感、嗅覚障害である
2. 10-15歳の学童が多い
3. 小児での後遺症の発症は、何らかの自己免疫の病気やアレルギーをもっている場合が多い
4. コロナ後遺症として小児で起こる率は3-5%程度とされ、成人よりは頻度が低い
5. 「朝が起きられない」や「だるくて学校に行けない」などで、こうした症状が不登校につながりやすい
6. 不登校の原因になっている睡眠障害や倦怠感というものは、起立性調節障害という病気の症状に類似してる

表6 小児における新型コロナ後遺症の特徴 (岡山大学病院, 総合内科学・大塚文男教授)

10) 罹患後症状に対するリハビリテーション

図17のようなフローチャートによってアプローチする。運動能力が低下し、運動後の酸素飽和度(SPO2)が低下していなく、心不全が存在していなければ、呼吸リハビリ、有酸素運動など症状に合わせた運動療法を行う。運動により呼吸苦、胸痛、酸素飽和度の

低下がみられる場合は運動療法は中止する。図17を参考にして運動を行うとよい。

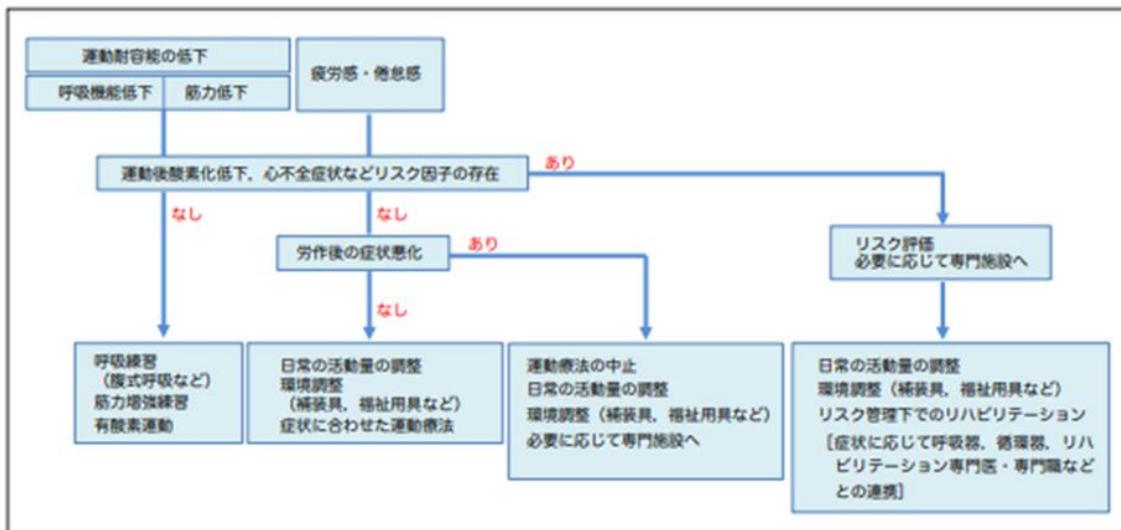
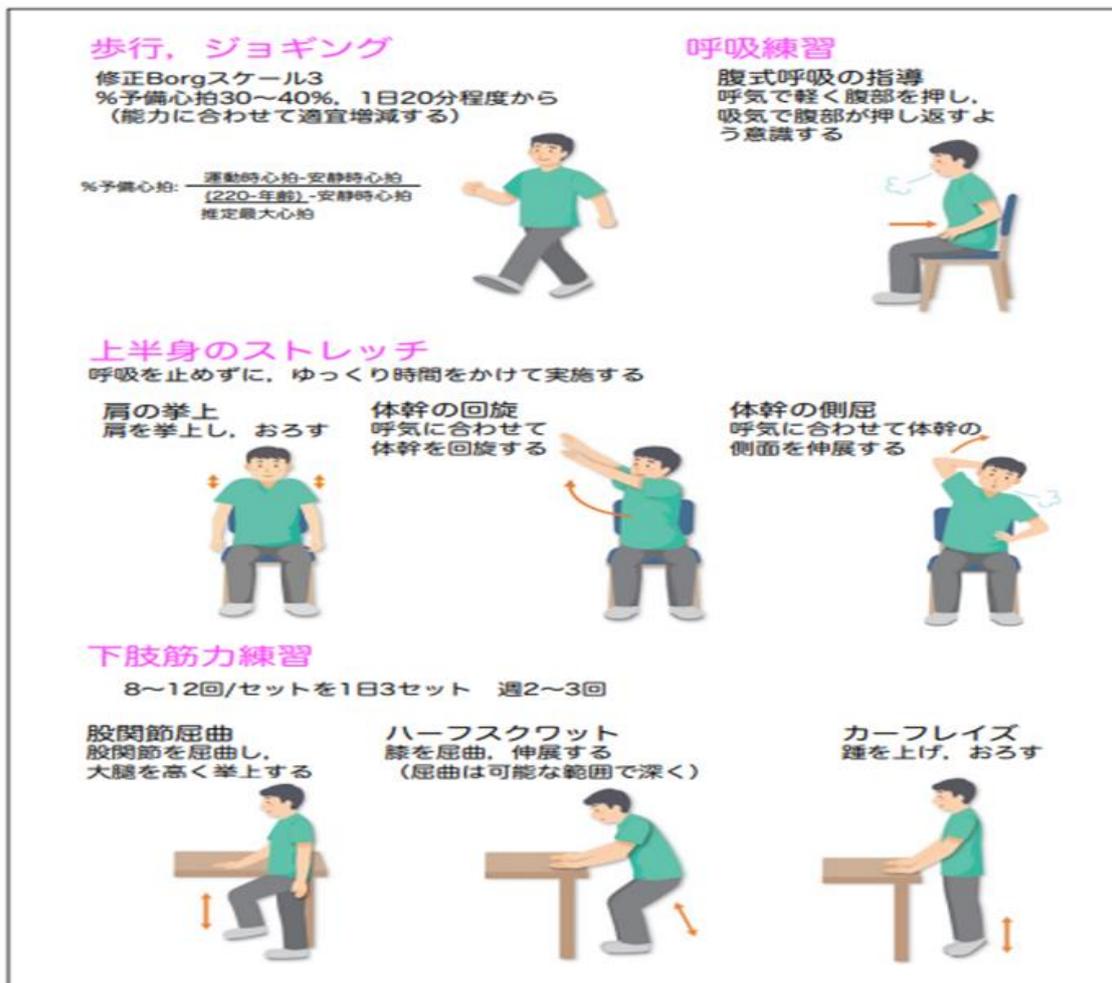


図17 罹患後症状に対するリハビリテーション



注意事項: 運動時の呼吸苦, 呼吸回数増加 (30 回 / 分以上) や SpO<sub>2</sub> の低下がみられるような負荷は避ける。また、疲労感・倦怠感がみられる場合には、強い負荷となる運動は避け、実施後の慎重なモニタリングにより症状の増悪の有無を確認する。症状の増悪がみられる場合には運動プログラムの実施は避ける。立位で行う下肢筋力練習は、安全に配慮して壁や机など支えになるものがある場所で実施する。

図 1 8 罹患後症状に対する具体的なリハビリテーション

1 1) 罹患後症状と産業医学的アプローチ

産業医が配置されている事業所では、人事部や総務部の担当者に相談し産業医の相談・面接を受けることができる。産業医は本人の病状をみて、かかりつけ医, 専門医, 場合によっては精神科医へ紹介することになる。病状安定後は、産業医, 事業場担当者, 本人の 3 者で協議して、職場復帰を支援する。後遺症の症状や程度によっては労災申請も可能である。

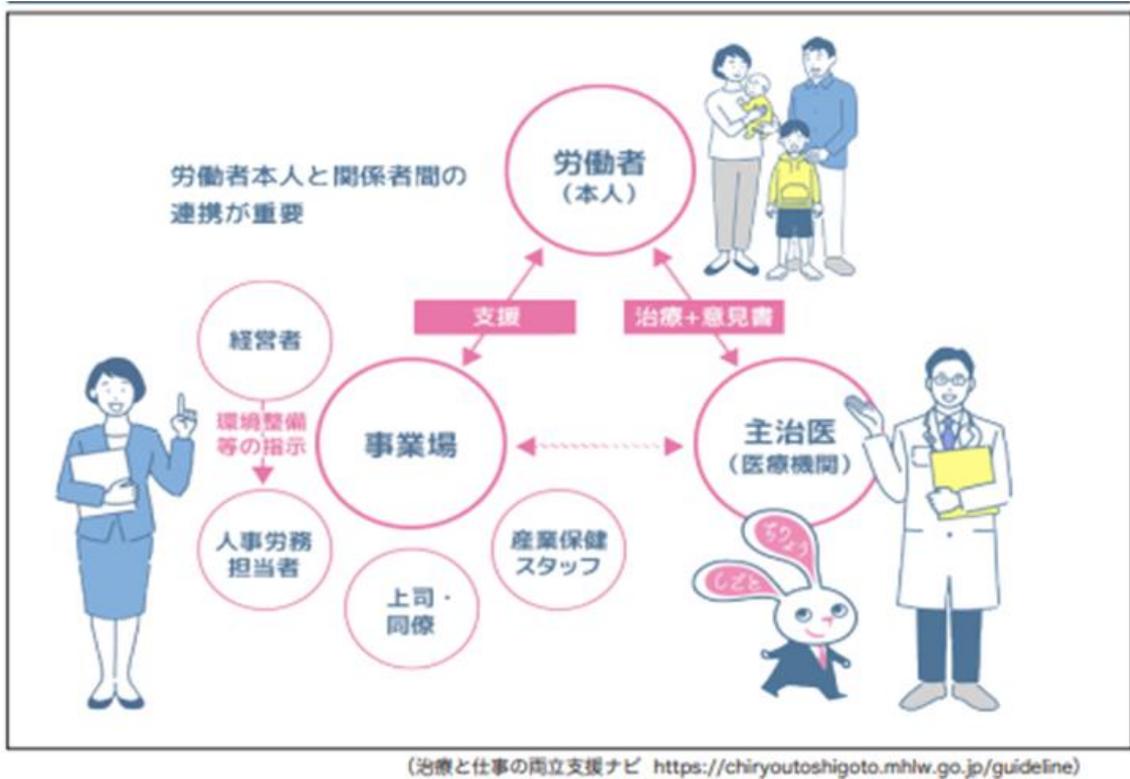


図 1 9 罹患後症状と産業医学的アプローチ

参考資料：厚生労働省：新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き別冊：罹患後症状のマネジメント（第 3.0 版）

# 認知症と地域ケア

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

## 目次

1. 認知症の増加と国・地域の対策
2. 認知症の気づき
3. 認知症本人・家族へのサポート

## はじめに

日本の人口の少子高齢化, 経済成長の低迷化, 年金制度の不透明化, 一人暮らしの増加等により高齢者を支えることが困難となっている。また高齢化とともに認知症高齢者も増加し, より一層困難さが国民の肩に重くのしかかっている。国民全体で支えあい, 地域で支えあう体制が必要となっている。2000 年に介護保険制度がスタートし, 給付額が当初の 4 兆円が現在では 10 兆円 (R1 年) まで膨れ上がり若年者の介護費負担額が急増しているが, 幸いにもまだ制度そのものは安定に推移している。団塊の世代が後期高齢者に突入する 2025 年までに認知症の基本な政策を決める為に国は新オレンジプランを発表し現在に至っている。

今回は認知症高齢者やその家族の立場に立ってどのように対処したらよいのかという視点で本稿を纏めてみた。

## 1. 認知症の増加と国・地域の対策

### 1) 将来の高齢者人口の見通し (図 1)

①65 歳以上の高齢者は 2012 年 3,058 万人から 2055 年には 3,626 万人に増加し,

75 歳以上の高齢者は 2012 年 1511 万人から 2055 年には 2,401 万人に増加する見通しとなっている。

②65 歳以上の高齢者のうち認知症高齢者の日常生活自立度 I 以上の高齢者は, 2010 年 280 万人から 2025 年には 470 万人に増加する見込みになっている。

③個々の世帯を見ると, 世帯主が 65 歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯数が 2010 年の 20%から 2035 年の 28.0%まで増加すると見込まれている。

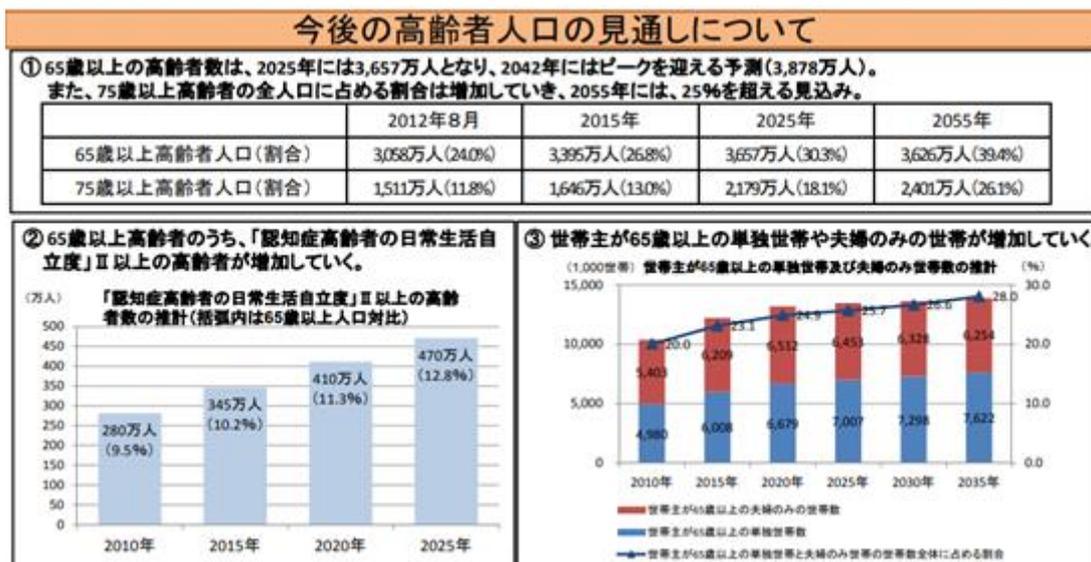


図1 今後の高齢者人口の見通し

2) 家族形態別に見た65歳以上高齢者の割合 (図2)

家族形態別に見た65歳以上高齢者の割合は、1980年には子供と同居が69.0%、夫婦のみ世帯が19.6%、単独世帯が8.5%だったのに対して、2015年にはそれぞれ39.0%、38.9%、18.0%へと変化した。子供と同居世帯が著しく減少して、夫婦のみ世帯と単独世帯が減少している。

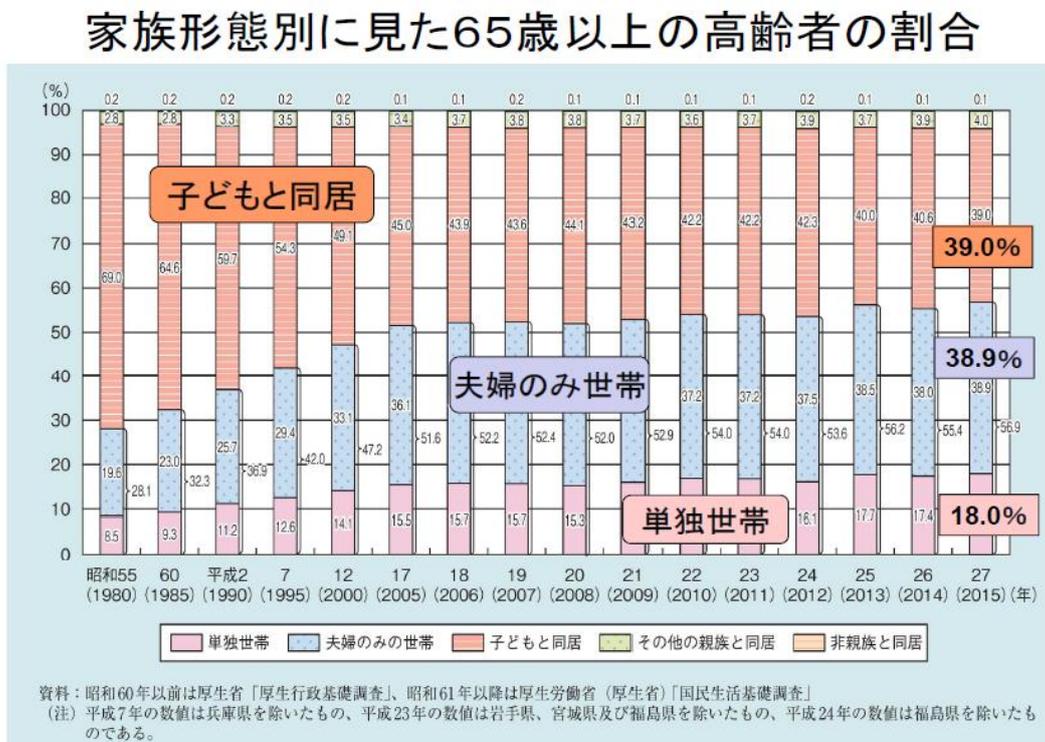


図2 家族形態別に見た65歳以上高齢者の割合

### 3) 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移 (図3)

死亡場所の変遷では、自宅での死亡割合は1951年には82.5%、医療機関では11.6%であったのに対し、1975年に両者が46-47%でほぼ同じになり、その後医療機関での死亡が漸増し77.3%になり自宅での死亡は2.8%にまで減少した。死亡数の変遷では、1951年では死亡数が85万人程度であったが、1985年から死亡数が漸増し、2014年には年間130万人となった。一方、死亡構成割合は1951年では自宅での死亡が66%で医療機関での死亡は7%であったが、徐々に逆転し2014年には自宅での死亡は10%、医療機関での死亡は66%、介護施設では9%程度となった。

## 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移

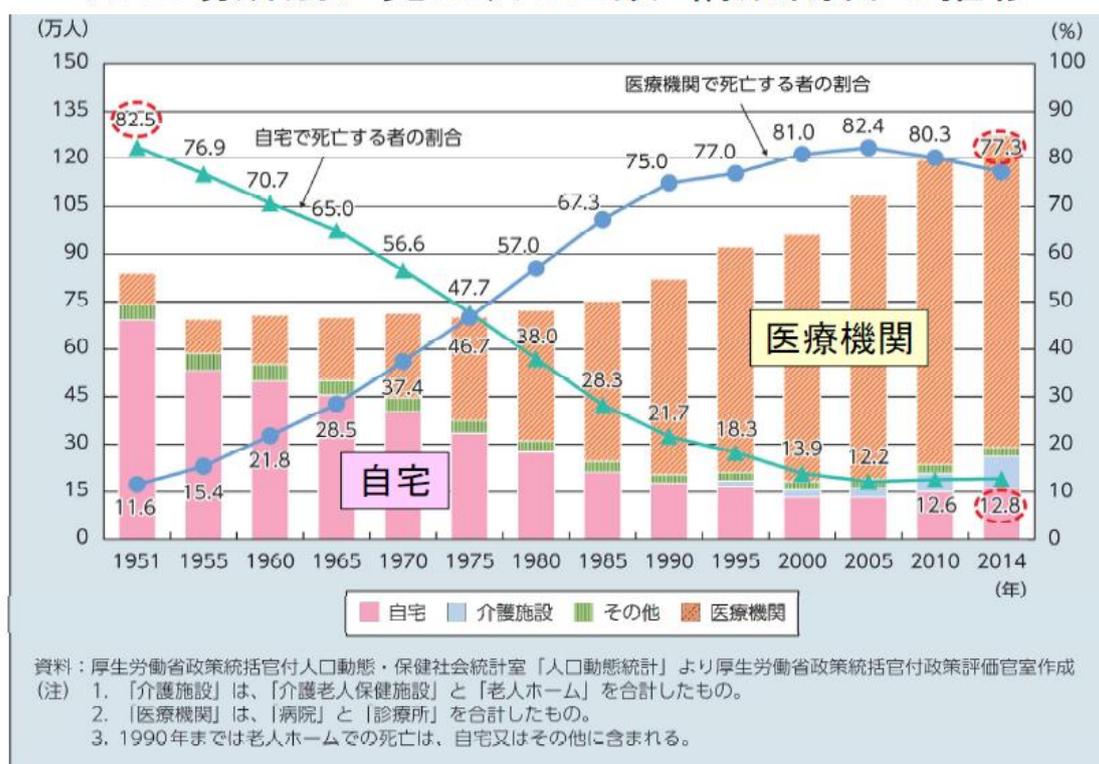
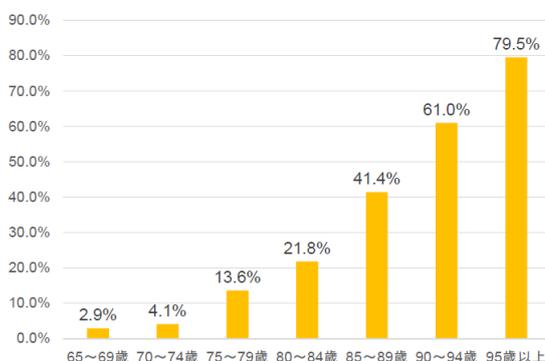


図3 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移

### 4) 年齢別の認知症発症率の変化 (図4)

65-69歳では認知症は2.9%だが、75-79歳では13.6%、85-89歳では41.4%、95歳以上では79.5%が認知症となっている。

### 年齢別の認知症発症率



厚生科研補助金 認知症対策総合研究事業(2013年)

図4 年齢別認知症発症率

#### 5) 認知症の将来推計 (表1)

平成26年(2014年)厚労省の認知症高齢者の人口推計では、2015年は少ない推計では517万人、多い推計では525万人で、2025年ではそれぞれ675万人、730万人となっている。団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年には、認知症の高齢者が約700万人(65歳以上のご高齢者の約5に1人)に達すると見込まれています。現在この数値が一般化している。認知症の予備軍といわれている軽度認知障害(MCI)は2012年で380万人となっている。この時の認知症高齢者は462万人である。

## 認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」  
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

表1 認知症の将来推計

## 6) 国の対策としての「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」（表2）

上記のように団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年には、認知症の高齢者が約700万人（65歳以上のご高齢者の約5に1人）に達すると見込まれている。この2025年（令和7）を見据えて、2015（平成27）年1月に策定された認知症の国家戦略が新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）である。さらに2017（平成29）年には、数値目標の更新や施策を効果的に実行するための改訂が行われた。この新プランは、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目的としている。

## 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7  
つ  
の  
柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

表2 年齢別の認知症発症率の変化

新オレンジプランの7つの柱は表2のようになっている。即ち、① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③ 若年性認知症施策の強化、④ 認知症の人の介護者への支援、⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発およびその成果の普及の推進、⑦ 認知症の人やご家族の視点の重視、である。

個々の柱を説明すると、

①は認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進で、④認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施をしたり、⑥「認知症サポーター」の養成と活動を支援したり地域や職域など様々な場面で活躍できるような

取組を推進し、㉔学校教育等における認知症の高齢者への理解促進や交流活動の実践の推進をすること。

㉒は認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供で、㉑本人主体の医療・介護等の徹底、㉓発症予防の推進、㉔早期診断・早期対応のための体制整備を行う：かかりつけ医の認知症対応力向上研修や認知症サポート医\*の養成の推進、認知症に関する専門医、認定医等の養成の拡充、地域の歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修の実施、認知症疾患医療センター\*\*の整備、認知症初期集中支援チーム\*\*\*の設置、である。

\*：地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師。

\*\*：認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等を行う。

\*\*\*：医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと。

㉑行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応：最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みの構築・行動・心理症状（BPSD）への適切な対応、身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上研修の実施、看護職員の認知症対応力向上研修の実施、㉒認知症の人の生活を支える介護の提供：介護サービス基盤の整備、「認知症介護実践者」⇒「認知症介護実践リーダー」⇒「認知症介護指導者養成」の研修の充実、新任の介護職員等向けに導入された「認知症介護基礎研修」の充実。㉓人生の最終段階を支える医療・介護等の連携、㉔医療・介護等の有機的な連携の推進：「認知症ケアパス」の確立、医療・介護関係者等の連携推進（情報連携ツールの活用など）、「認知症地域支援推進員」の配置

㉓は若年性認知症施策の強化で、㉑認知症の人の介護者の負担軽減：認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応、「認知症カフェ」等の設置の推進、

㉒介護者の負担軽減や仕事と介護の両立：介護者の身体的負担を軽減するための介護ロボット等の開発支援。

㉑は認知症の人の介護者への支援で、㉑認知症の人の介護者の負担軽減：認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応、「認知症カフェ」等の設置の推進である。㉒介護者の負担軽減や仕事と介護の両立：介護者の身体的負担を軽減するための介護ロボット等の開発支援。

㉓は認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進で、㉑生活の支援（ソフト面）：家事支援、買い物弱者への宅配の提供等の支援、高齢者サロン等の設置の推進、㉒生活しやすい環境（ハード面）の整備：多様な高齢者向け住まいの確保支援、バリアフリー化の推進、公共交通の充実等による高齢者の移動手段の確保の推進。

③就労・社会参加支援：就労や地域活動，ボランティア活動等の社会参加の促進  
 ④安全確保：独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護，詐欺などの消費者被害の防止を目的とした地域での見守り体制の整備，交通安全の確保の推進，高齢者虐待の防止と身体拘束ゼロの推進，成年後見制度等の周知や利用促進。  
 ⑥は，認知症の予防法，診断法，治療法，リハビリテーションモデル，介護モデル等の研究開発およびその成果の普及の推進で：認知症の病態等の解明を進め，早期発見や診断法を確立，根本的治療薬や効果的な症状改善法，有効な予防法の開発につなげる，ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進である。  
 ⑦は，認知症の人やご家族の視点の重視で：認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施，初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援，認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やそのご家族の参画である。

## 7) 地域の対策

### (1) 地域啓発のポイント

認知症高齢者\*を地域全体で支えるために地域啓発の3大ポイントは表1に示すとおりである。まず，認知症は脳の変化によって起きてくる疾患であり，病気であるという共通の理解が必要である。誰にでも起きうる可能性があり，差別の対象にしてはならないということが重要である。早期に発見し，早期に対応することにより，疾患そのものは治癒させることはできないものの，本人の苦痛や家族の負担を減らすことができる。また，認知症の中には治療可能なものも含まれており，かかりつけ医や専門医の診断が必要である。認知症高齢者は，本人や家族単独で対処するものでなく住み慣れた地域全体でサポートすることが求められている。

\*：認知症高齢者の中には若年性アルツハイマー認知症も対象としている。

### 地域啓発のポイント

- 認知症は**脳の疾患**によって起こる
- **早期発見・早期対応**によって、可逆性の疾患の治療ができたり、またアルツハイマー型認知症等の治療が望めない疾患であっても、本人の症状(特に行動・心理症状:BPSD)を緩和し、**本人の苦痛や家族の介護負担を軽減**することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を**地域全体で支えていく**必要がある

表3 地域啓発のポイント

(2) 認知症への支援体制—医療・介護・地域の連携 (図5)

認知症患者・家族を対象として、医療・介護・地域が一体となって支援する仕組みが構築されている。そのポイントは情報共有と連携である。医療体制としては、物忘れ相談の実施、かかりつけ医、認知症サポート医等による適切な医療や介護サービスへの連携、認知症疾患センター等の専門医療機関による確定診断等を行う。介護としては、認知症予防のための地域支援事業、本人の状態に合わせた介護サービスの実施（認知症対応型通所介護、小規模多機能通所介護、認知症グループホーム等）、地域でできる支援体制としては、認知症サポーター等による見守り、地域支援事業（見守りや配食等の生活支援サービス、権利擁護等）の活用、市民後見人の育成・活用、認知症や家族に対する支援団体が行う電話相談や交流会実施への援助がある。

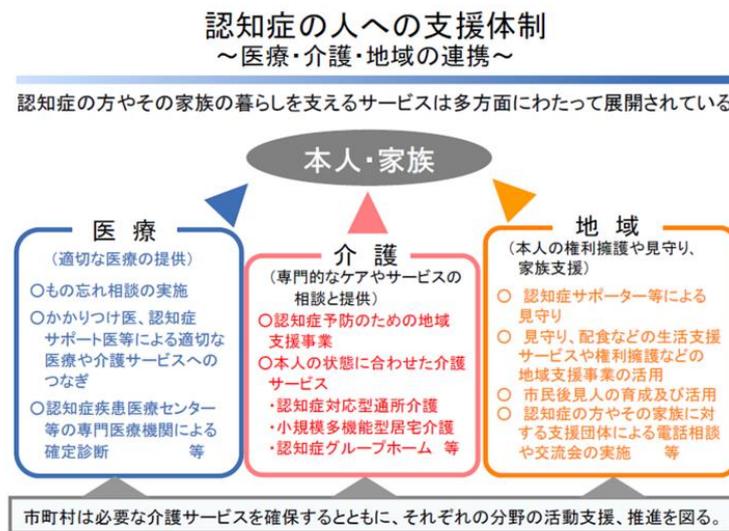


図5 認知症への地域の支援体制

(3) 地域包括ケアシステム (図6)

図6は厚労省が発表している地域包括ケアシステムの概略図であるが、ポイントは団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的にサービス提供される体制を構築することである。認知症高齢者やその家族を中心として、これらのサービスが細かく提供できるように考えられている。地域包括ケアシステムの姿は図6の下図に示されているが、①普段の生活では生活支援や介護予防を老人クラブ、自治会、ボランティア、NPOが支え、介護予防サービスとしては、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防居宅療養管理指導、介護予防特定施設入居者生活介護がある。②病気になったらかかりつけ医を受診し、重くなったら病院に紹介してもらい診断治療を受ける。必要に応じて急性期病院、慢性期病院、リハビリ病院へと移行する。病気がよくなったら再びかかりつけ医に戻り治療を継続する。③介護が必要に

なったら、在宅系サービスとして、訪問介護・訪問看護・通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、福祉用具、24時間対応の訪問サービス、複合型サービス（小規模多機能型居宅介護＋訪問看護）等があり、施設・居住系サービスとして、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護等がある。

地域包括ケアシステムは医療・介護と生活支援が複雑に絡み合っており、また行政の支援や給付も複雑な仕組みとなっている。厚労省の出している図6が全国で説明されている基本図である。

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

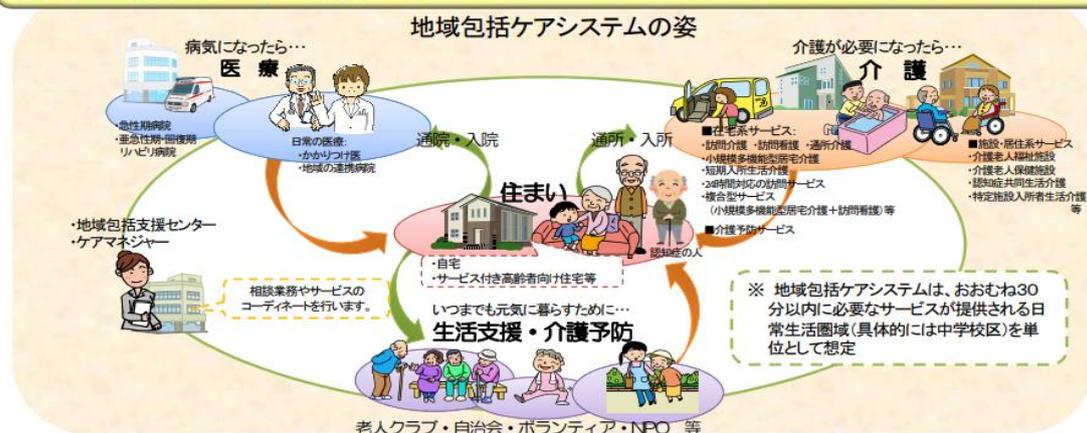


図6 地域包括ケアシステムの概略図

### (4) 地域包括支援センターの業務 (図7)

地域包括ケアシステムの中心として位置づけられているのが中学校単位で整備されている地域包括支援センターである。これは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種の専門性を生かした連携により、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う施設である。主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。図7に示すように、

総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務は地域支援事業の一部としての包括的支援事業となっていて、介護予防支援は介護予防支援(保険給付の対象)となっている。

## 地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。（介護保険法第115条の46第1項）  
 主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。

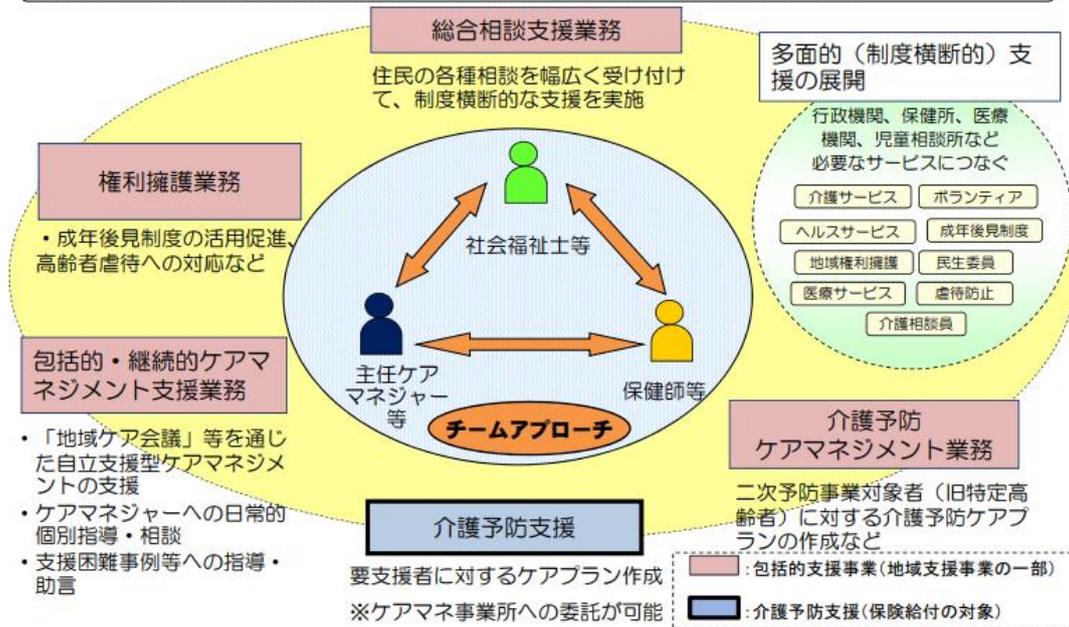


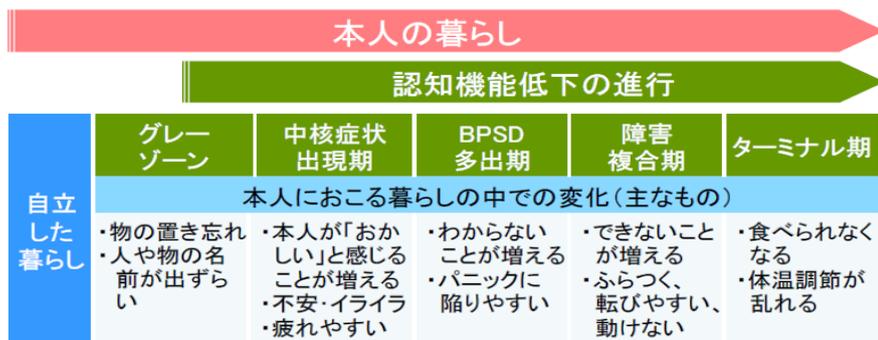
図7 地域包括支援センターの業務

## 2. 認知症の気づき

### 1) 認知症の人がたどる経過 (図8)

認知症の人がたどる一般的な経過は、グレーゾーン（物の置き忘れ、人や物の名前が出ずらい）、中核症状の出現期（本人がおおかしいと感じることが増える、不安・イライラ・疲れやすさ）、BPSD多発期（わからないことが増える、パニックに陥りやすい）、障害複合期（できないことが増える、ふらつく、転びやすい、動けない）、ターミナル期（食べられなくなる、体温調節が乱れる）となる。

## 認知症の人がたどる経過



どの**時期、段階(ステージ)**なのか、認知症によっておきている**本人の暮らしの変化**や有する**力に配慮・留意した対応**が必要となる

参考：永田久美子監修・著：認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13、2006

図8 認知症の人がたどる経過

### 2) 認知症の早期発見・早期対応の意義 (表4)

認知症の早期発見・早期対応の意義として考えられるものは、①認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことは可能である、②アルツハイマー型認知症ではより早期からの薬物療法によりある程度の進行抑制が可能である、③本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その暮らしし備えるために、自分で判断したり家族と相談できる時間が稼げる、④家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行抑制や家族の介護負担を軽減できる。

### 認知症の早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち**可逆性の疾患は、治療を確実に**行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による**進行抑制が可能**
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、**その後の暮らしに備える**ために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、**病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用**により認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

表4 認知症の早期発見・早期対応の意義

### 3) 家族が最初に気づいた日常生活の変化 (表5)

#### 家族が最初に気づいた日常生活の変化

- 同じことを何回も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

東京都福祉局「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995

表5 家族が最初に気づいた日常生活の変化

#### 4) MMSE の程度と ADL/IADL の関係 (図9)

MMSE (Mini-Mental State Examination: ミニメンタルステート検査) は、認知症が疑われるときに行われる神経心理検査で、国際的に用いられている。15分ぐらいで簡潔に行えるスクリーニング検査である。時間の見当識、場所の見当識、即時想起、注意と計算能力、遅延再生 (短期記憶)、言語的能力、図形的能力 (空間認知) といった7つの認知機能を評価するための重要な要素が含まれていて、21点以下/30点: 認知症の疑いがあると判断され、22~26点/30点: 軽度認知障害 (MCI) の疑いがあると判断される。

MMSE と ADL/IADL の関係は図9に示す通りであるが、MMSE で20から24点ぐらいではまだ本格的な認知症ではないが認知症に移行すると言われている軽度認知症障害のレベルであり、動作的には日常生活の動作; 家事、電話、金銭管理、買い物、服薬管理、炊事、バス利用、入浴が徐々にできなくなってくる。20点以下になってくるとこれらの動作が溶解所となってくる。14点以下になってくると在宅独居生活が難しくなってくる。

## MMSEの程度とADL/IADLの関係

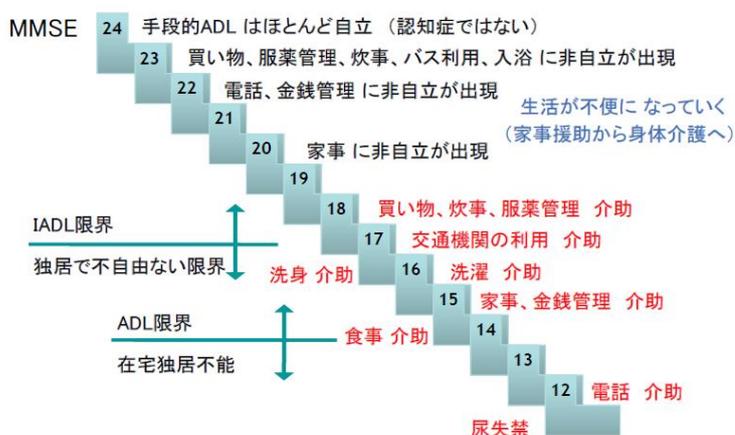


図9 MMSE の程度と ADL/IADL の関係

### 5) DASC21 とは

DASC-21 は、高齢者の認知機能と生活機能を評価し、認知症の検出および重症度を判断するためのスケールで、認知症患者が住み慣れた地域で穏やかに過ごすことを目標に、東京都健康長寿医療センター研究所の栗田主一先生が作成された。DASC21 は認知症患者の早期の拾い上げに有効とされている。設問が具体的なため観察による評価がしやすく、評価結果から実際の認知症の程度を把握したり、日常生活の様子を確認したりするのも役立つ。さらに、IADL に関する項目が設けられているため、軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい点も特徴という (表6)。

DASC21 と認知症の関係は事項で述べる

### 6) DASC21 の判定法

DASC-21 の合計点が 31 点以上の場合「認知症」の可能性ありと判定する。

合計点が 31 点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的 ADL に関する項目のいずれかが1 点または 2 点の場合は「軽度認知症」の可能性ありと判定する。

合計点が 31 点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的 ADL に関する項目のいずれかが3 点または 4 点の場合は「中等度認知症」の可能性ありと判定する。

合計点が 31 点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的 ADL に関する項目のいずれかが3 点または 4 点の場合は「重度認知症」の可能性ありと判定する

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)  
Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System \* 21 items (DASC-21)

記入日	年	月	日	年	月	日	歳	男・女	施設・同居	本人以外の情報提供者の氏名: (所属・職種: )				備考欄
										生年月日:	本人との続柄:	記入者氏名:	評価項目	
(1)	もの忘れが多いと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	導入の質問 (採点せず)								
(2)	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる									
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶								
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ									
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ									
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識								
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ									
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とどきがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ									
7	電氣やガスや水道が止まってしまつたときに、自分で適切に対処できますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決 判断力								
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない									
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	社会的 判断力								
10	一人で重い物はできますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	買い物								
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家屋外の IADL								
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	金融管理								
13	電話をかけることができますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	電話								
14	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	食事の 準備								
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量の心ことはできますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	薬管理								
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. たいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	入浴								
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	着替え								
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	排泄								
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	整容								
20	食事は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	食事								
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	移動								
										<b>DASC 21: (1~21項目までの合計点)</b>				<b>点/84点</b>

© 栗田圭一 地方独立行政法人東京都健康医療センター・研究所・自立促進と介護予防研究チーム(認知症・うつ病の予防介入の促進)

表6 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント (DASC-21)

## 7) 認知症高齢者の日常生活自立度 (表7)

介護保険でよく利用される認知症高齢者の日常生活自立度について認知症の理解のためにここに載せておく。

### 認知症高齢者の日常生活自立度

I	認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立 a: 家庭外で、上記の状態がみられる b: 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a: 日中を中心として、上記の状態がみられる b: 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護要
M	著しい精神症状、行動・心理症状(BPSD)等がみられ、専門医療が必要

表7 認知症高齢者の日常生活自立度

## 3. 認知症本人・家族へのサポート

### 1) 認知症サポーター

国は、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を全国で養成し、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに取り組んでいる。認知症サポーター養成講座は、地域住民、金融機関やスーパーマーケットの従業員、小、中、高等学校の生徒など様々な人が受講し、協力に参加している。認知症サポーターに期待されることとして表8のように厚労省が期待している。

1. 認知症に対して正しく理解し、偏見をもたない。
2. 認知症の人や家族に対して温かい目で見守る。
3. 近隣の認知症の人や家族に対して、自分なりにできる簡単なことから実践する。
4. 地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる。
5. まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する。

表8 認知症サポーターに期待されること

### 2) 認知症が疑われたり、家族が認知症になったりしたときに相談する窓口 (表9)

①地域包括支援センターは、全ての市町村に設置されている。市町村ごとに名称が異なることもあるので、詳しくは下記で検索するか、住所地の市町村高齢者福祉担当課などに問い合わせる。

- ②電話相談は, 認知症に関する電話相談 (公益社団法人 認知症の人と家族の会) :  
電話番号 0120-294-456 (フリーダイヤル) や, 若年性認知症専用コールセンター  
(認知症介護研究・研修大府センター) 電話番号: 0800-100-2707 (フリーダイヤル)  
がある。

## 相談窓口

---

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来(相談可能な)
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 若年性認知症コールセンター
- 認知症の人と家族の会 など

表9 認知症に関する相談窓口

### 3) 認知症患者に対する不適切な環境・ケア (図10)

認知症の人に接するときは, 患者さんが置かれている環境が適切か, ケアが適切になされているか十分に配慮することが重要である。

## 不適切な環境・ケア

### 不適切な環境

物理的環境	暑い・寒い・騒音がある 音が反響する・暗い・広すぎる空間 など
人的環境	不適切な対応をする介護者

### 不適切なケア

#### 悪性の社会心理に関する17の要因

- |          |               |           |           |
|----------|---------------|-----------|-----------|
| 1. だます   | 2. できることをさせない | 3. 子供扱い   |           |
| 4. おびやかす | 5. レッテルをはる    | 6. 汚名を着せる |           |
| 7. 急がせる  | 8. 主観的現実を認めない | 9. 仲間外れ   |           |
| 10. もの扱い | 11. 無視する      | 12. 無理強い  | 13. 放っておく |
| 14. 非難する | 15. 中断する      | 16. からかう  | 17. 軽蔑する  |

基本的に 認知症の人の不安を増すようなケアを避ける

図10 認知症患者に対する不適切な環境・ケア

#### 4) 地域包括支援センターに寄せられる認知症の相談事例

①両親が認知症かもしれない②認知症でも入れる施設はどこにある？③道に迷うようになった④老人介護が辛くて大変⑤隣の家から頻繁に怒鳴り声が聞こえる⑥知らない所から荷物が届いた。

これに対して地域包括支援センターでは保健師・看護師, 社会福祉士, 主任ケアマネジャーの有資格者が専門性を活かし, 地域住民に寄り添いながら業務を分担し 問題解決に努めているので気楽に相談するといいいでしょう。

#### 参考資料

1. 認知症の基礎知識と対応について 香川県健康福祉部 星川洋一
2. ケアする介護ホームページ
3. 厚生労働省ホームページ

## 糖尿病患者の寿命・余命は改善されている

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

はじめに

糖尿病の臨床研究は格段に進歩しているが、糖尿病患者さんにその恩恵が得られているのだろうか？ 最近筆者は、妻が1型糖尿病患者で熱心に病院に通院して、HbA1Cも非常によくコントロールされており今は問題ないが、果たしてこのまま治療を行ってどのくらい元気でいられるのだろうかという質問を夫から受けた。その患者さんの娘が発作性頻拍症でカテーテル検査治療を受けたが、残念ながら再発してしまい、今は再度カテーテルアブレーションを受けるため待機中であるという。娘の将来を案じているが、母親である妻は1型糖尿病でありこのまま一生インスリン治療を続けなければならず、生涯にわたって治療を続け平均寿命近くまで元気でいられるか、娘の将来を見ることができると不安だという。

確かに糖尿病患者さんにとっては糖尿病患者の寿命は治療目標そのものとなるものであり、極めて重要であると再認識された。そこで糖尿病患者の寿命について調べてみた。

### 1. 日本人の平均寿命

平均寿命は0歳の者があと平均何年生きられるかを示した数で、平均余命はある年齢の者があと平均何年生きられるかを示した数。日本人の平均寿命は図1のように男女とも右肩上がりに上昇し、それぞれ、2000年で77.72歳、84.60歳から2019年には81.41歳、87.45歳に延伸した。

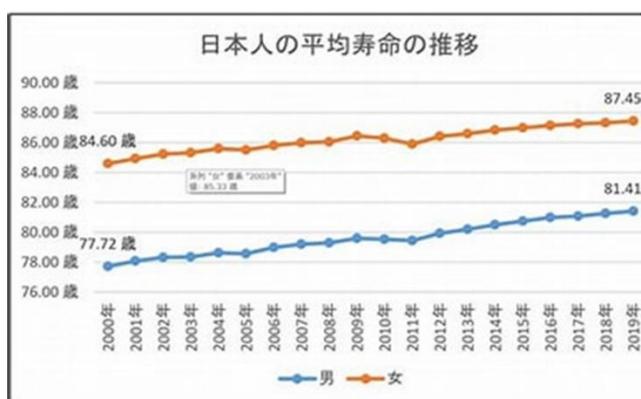


図1 日本人の平均寿命の推移

## 2. 日本人と糖尿病患者の寿命の年代別比較<sup>1,2)</sup>

日本人男性では1971-1980年代は73.4歳、糖尿病男性では63.1歳で10.3歳の開きがあったが、その後徐々に狭まり2001-2010年ではそれぞれ79.6歳、71.4歳で両者の差は8.2歳に縮まった(図2)。

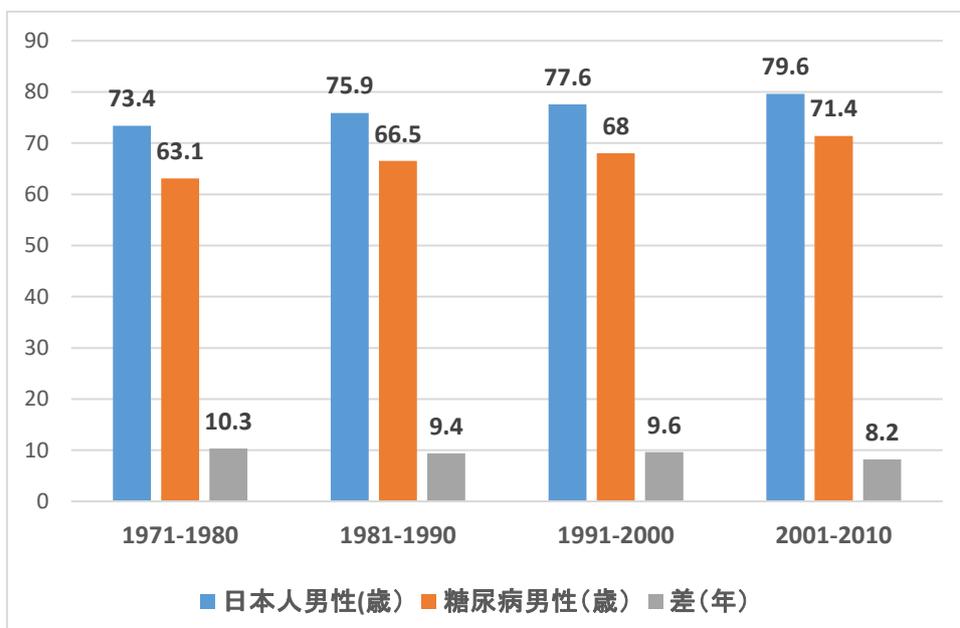


図2 日本人男性と糖尿病男性の寿命の年代別の比較

日本人女性では1971-1980年代は78.9歳、糖尿病女性では64.9歳で14歳の開きがあったが、その後徐々に狭まり2001-2010年ではそれぞれ86.3歳、75.1歳で両者の差は11.2歳に縮まった(図3)。

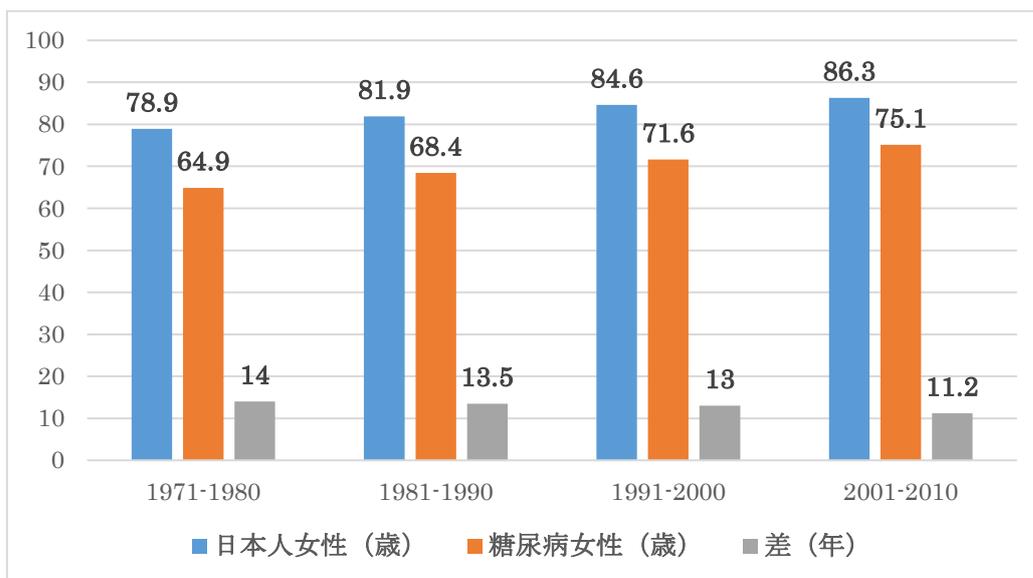


図3 日本人女性と糖尿病女性の寿命の年代別の比較

### 3. 日本人と糖尿病患者の平均余命の比較

#### 1) 日本人の糖尿病の有無別に見た40歳からの平均余命

糖尿病の有無別に40歳からの平均余命を図4に示した。平均余命は糖尿病なしの場合、男性：41.1年、女性：47.5年、耐糖能異常の場合、男性：36.9年、女性：45.8年、糖尿病ありの場合、男性：32.3年、女性：40.9年であり、糖尿病を有する者は糖尿病ではない者よりも男性で8.8年、女性で6.6年平均余命が短かった。また、耐糖能異常であっても平均余命が低下することが示された<sup>3)</sup>。

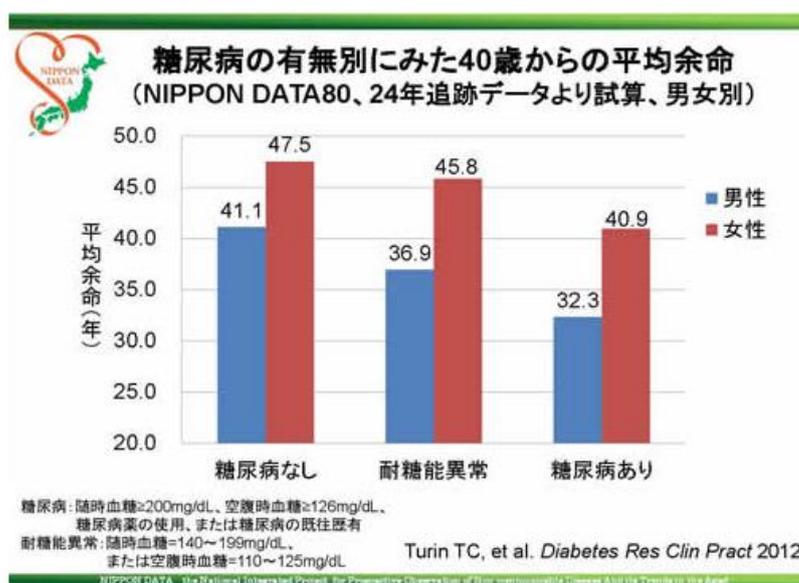


図4 日本人の糖尿病の有無別見た40歳からの平均余命

## 2) 糖尿病専門クリニックにおける糖尿病患者の平均余命<sup>4)</sup>

1995年から2001年まで、糖尿病専門クリニックにおいて6,140人の糖尿病患者を4.1年間経過観察し、261例の死亡より、死因や平均余命などを調査したもので、死因の1位は癌(31.8%)、2位は心疾患(20.7%)、3位は脳血管疾患(8.4%)、4位は肺炎(6.5%)だった(風間内科医院ホームページ)。

あと何歳生きられるかという平均余命の比較では、糖尿病患者の平均余命は40歳の時点で、男性39.2歳、女性43.6歳で、これに対して平成12年(2000年)度の簡易生命表(厚生労働省による日本人の平均余命)では40歳の日本人の平均余命は、男性39.0歳、女性で45.5歳である。ほとんど同じである。40歳の糖尿病患者はきちんと治療を続ければ通常の日本人と同じ余命が期待できるという。

## 3) 生活習慣病危険因子の改善による効果<sup>5)</sup>

糖尿病ネットワークホームページによると、HbA1c値を、9.9%の高値から5.9%に改善すると、余命を3.8年延ばせる。6.8%なら3.4年、7.7%なら0.5年、それぞれ余命を延ばせる。糖尿病合併症を予防するために目標となるHbA1c値は7.0%未満だ。

収縮期血圧(最高血圧)を、160.4mmHgから114.1mmHgに改善すると、余命を1.9年延ばせる。128.2mmHgなら1.5年、139.1mmHgなら1.1年、それぞれ余命を延ばせる。悪玉のLDLコレステロールを、146.2mg/dLの高値から59mg/dLに改善すると、余命を0.9年延ばせる。84mg/dLなら0.7年、107mg/dLなら0.5年、それぞれ余命を延ばせる。体格指数(BMI)を、41.4の高値から24.3に改善すると、余命を3.9年延ばせる。28.6なら2.9年、33なら2年、それぞれ余命を延ばせる。

## 4. 1型糖尿病患者の寿命<sup>6)</sup>

1型糖尿病の寿命に関する研究では、2015年にスコットランドのダンディー大学が2万4,691人の1型糖尿病患者を対象に行った調査によると、20代前半の1型糖尿病患者は健康な人と比べて男性で11.1年、女性で12.9年平均余命が短いということが報告されている。なお、1975年の米国の調査では1型糖尿病患者の寿命は健常者よりも27年短いと報告されていたため、この40年で1型糖尿病患者の寿命は大幅に改善されていることがわかる。

## 5. 糖尿病患者の死因(図5)

糖尿病患者の死因第1位は悪性新生物(がん)の38.3%であり、第2位は感染症の17.0%、第3位は血管障害(慢性腎不全、虚血性心疾患、脳血管障害)の14.9%だった。このうち、脳血管障害は6.6%、虚血性心疾患は4.8%、腎不全は3.5%を占めている。

死因となったがんの中でもっとも多かったのは肺がん。次いで肝臓がん、膵臓がんと続く。がんの比率は、50歳代で46.3%、60歳代で47.7%と高率であり、50歳代以降でがんによる死亡者全体の97.4%を占めていた。

感染症の中では肺炎がほとんどを占めており、死亡比率は年代が上がるるとともに高率となり、70歳代以降では20.0%で、肺炎による死亡者全体の80.7%は70歳代以降だった。

糖尿病患者が元気に寿命を全うするためには、これらの死因の疾病を早期に発見治療することが重要となる。治療を受けている糖尿病患者は細かく通院し、血糖検査や検尿をしており、ついでに健康診査も受けているので、早期に疾病の治療を受ける機会があり、寿命が平均の日本人と変わらなくなっているのであろうと考えられる。

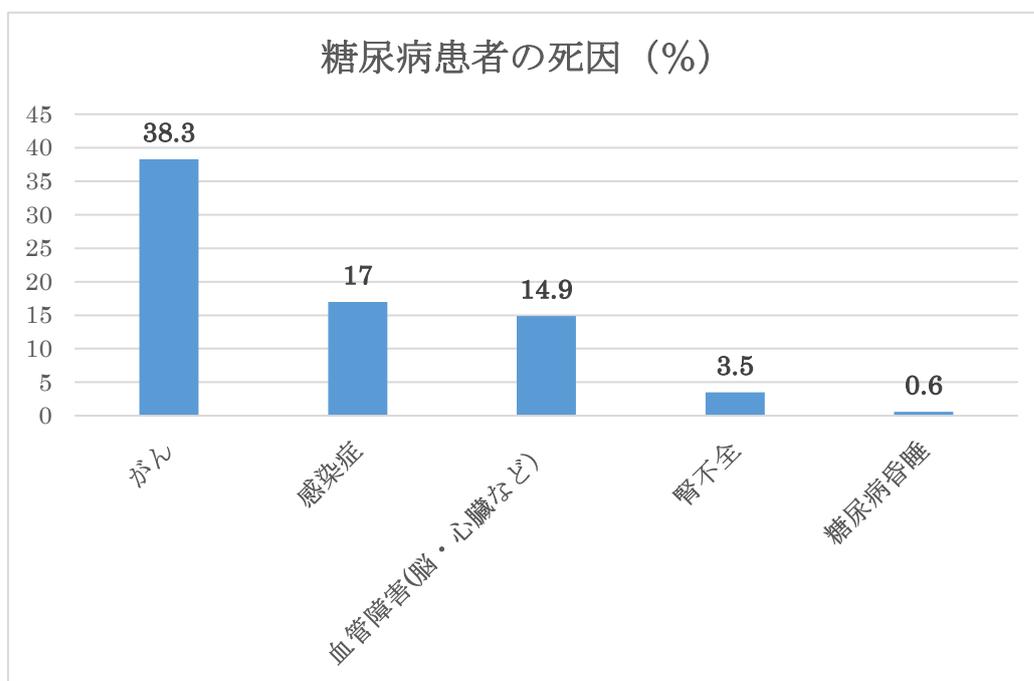


図5 糖尿病患者の死因

#### 参考文献

1. 中村次郎 他 ―糖尿病の死因に関する委員会報告―  
アンケート調査による日本人糖尿病の死因 ―2001～2010年の10年間, 45,708名での検討― 糖尿病 59:667-684, 2016.
2. Nakamura J et al. Causes of death in Japanese patients with diabetes based on the results of a survey of 45,708 cases during 2001-2010: Report of the Committee on Causes of Death in Diabetes Mellitus J Diabetes Investig 8:397-410, 2017.
3. Turin T C et al. Diabetes and life expectancy among Japanese - NIPPON DATA80 Diabetes Res Clin Pract 96, 18-22, 2012.
4. 風間内科医院ホームページ (ヤフー)
5. 糖尿病ネットワークホームページ (ヤフー)
6. 再生医療のON LINE ホームページ (ヤフー)

## コラム 在宅医療と暴力事件

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

R5 年のある日、在宅訪問診療で 90 歳の高齢女性のお宅に訪問した際にこの日はいつもよりは機嫌が悪かったのか、「今日はもういいよ、帰れ帰れ」と連呼していた。それでもせっかく訪問したのだから血圧測定や診察をしようとしたところ、「今日はいいよ！」とって私の手を払いのけようとして、ビッシーとぶたれてしまった。一瞬で驚いたがとっさに「暴力はいけません！」ときつい調子で言った。手を出した本人も一瞬ひるんだようだが気まずそうにしていた。私は、以前から埼玉県での在宅訪問医師らが、在宅患者の息子から散弾銃で撃たれ死亡した事件を意識していたので、在宅の医療現場で暴力があった場合には、きちんと対処しようと考えていた。また、ナイフ（果物ナイフでも）で暴力行為に及んだり及ぼうとしたら、直ちに警察に連絡するよう心構えをしている。

その昔外来での出来事だが、小学生が母親に連れられて、友達からふざけてかナイフで胸の表面の皮膚をほんの少しばかり切られたと訴えた。その場で、事実関係を確認し、これは事件性があると判断し、母親の了承を得て、直ちに 110 番した。警視庁の担当者は、すぐに事件として取り上げ、警察に届けてくれてありがとうと言われた。学校での暴力事件は多くはうやむやになっている様である。警察もなかなか察知できないのだと思われた。

長く開業をして多くの患者さんを診ているといろんなドラマはあるが、暴力事件は絶対に許すべきではないと思う。暴力では医師（医療関係者）と患者との信頼関係が瞬時に崩壊するからである。

埼玉の事件は以下の様である。被疑者である A（66 歳・男）の母親が前日 26 日に死亡し、母親が利用していた訪問診療クリニックの医療関係者 6 名を A が呼び出し、診療内容について医療関係者に逆恨みし、医療関係者 7 名を散弾銃や催眠スプレーで攻撃し、そのうちの 1 人である医師 B さんを人質に取り自宅に立て籠り、散弾銃で銃殺し、同行の理学療法士（打たれて重傷）、医療相談員（スプレーをかけられた）を負傷させた。亡くなった医師は 44 歳の男性で、私の息子と大学が一緒の同級生だと知ってとても驚き悔しい気持ちになったので強く印象に残っている。在宅訪問診療を始めて軌道に乗ってこれからというときに銃弾に倒れたのである。

在宅の現場にはいろいろはハラスメントや暴力事件があるようである。

2013 年、神戸市にある北須磨訪問看護・リハビリセンター。患者宅で執拗にお茶を勧められて飲んだところ、訪問看護を終えて事業所に戻ってきた 30 代の女性看護師は、い

つもと明らかに様子がおかしくなり、その後徐々に意識障害を起こして緊急入院となった。点滴を打ったが、目を覚ましては起き上がろうとしたり、幻覚のせいか手を振り回して暴れたり、ろれつが回らないまま、うわごとのように繰り返したりした。お茶の中に薬が入っていたのである。女性看護師が心身ともに回復するまで、数カ月かかった。これなどは明らかに刑事事件である。小さな事件から摘んでいかないといけない。ネットを調べると次から次へと出てくるがこれぐらいにしておく。

最後に在宅医療の安全確保に関する調査結果と取り組み課題（全国在宅医療支援医協会）によると、2022年2月のアンケート調査で回収数150件（回収率15.4%）では、理不尽な要求やトラブルが毎年あるが36%、数年に1回程度が21%、ごくまれにあるが24%、なしが19%であった。かなりの頻度でトラブルを経験している実態が伺われる。次にこの報告書に在宅関連だけではなく医療関係での事件が一覧表となっているので、これを掲載する。

年	場所	事件	診療科など	被害者	加害者
2013	北海道	精神科医師が刺殺	精神科	50代男性医師	50代男性
2014	千葉県	診察中にナイフで刺される	総合病院	30代女性医師	30代男性
2014	北海道	診察中にナイフで刺される	消化器内科	50代男性医師	60代男性
2014	愛知県	刃物を持って病院に侵入	総合病院（娘の治療に不満？）		30代男性
2014	東京都	火炎瓶大量投下	大学病院		40代男性
2017	岐阜県	歯科医が医院で刺殺	歯科	50代男性医師	50代
2018	愛知県	診察中に首を刺される	外科	40代男性医師	60代男性
2019	愛媛県	入院中に刃物を振り回す	精神科、内科	男性看護師3名	40代男性
2019	埼玉県	訪問看護師を睡眠薬で猥褻行為	訪問看護	30代女性看護師	70代男
2020	北海道	訪問看護師を鉄アレイで暴打	訪問看護	60代女性看護師	50代女(家族)
2021	千葉県	自宅で医師の頭を刺す	訪問診療 (精神科通院歴あり)	男性医師	20代男性
2021	大阪府	外来患者が心療内科に放火	心療内科	25名死亡	60代男性
2022	埼玉県	患者遺族が医師を銃殺	訪問診療 (患者自宅で立てこもり)	40代男性医師	60代男性

一般社団法人  
全国在宅医療支援医協会

これを眺めると、新聞やマスコミで報道されていて思い出す例もみられるが、実に凶悪な犯罪が起きていると思う。種々対策も練られていると思われるが有効性は疑問である。死者が出てやっと世間が注目しそして忘れられていく。埼玉県の事例では地元の自治体が条例で対処するようであるが、全国どこでも起きることである。一部地域の問題ではないはずである。暴力が一線を越えたら厳しく対処することが必要である。

## コラム

### メタボ健診の有用性

特定非営利活動法人  
国際生活習慣病フォーラム  
理事長 林 滋

メタボ健診（特定健診・特定保健指導）とは、メタボリックシンドローム患者とその予備軍を早めに発見、治療し、生活習慣病を減少させることを目的とし、国が指導して行っている健康診査である。普段多くの人が受けている健康診断でもメタボかどうかの診断はできるが、メタボ健診では対象者の生活習慣の改善を促す「特定保健指導」も実施する点が大きく異なっている。現在では人間ドック、企業従業員の健康診査、行政が行っている住民健康診査と同時に実施されている。

メタボ健診の対象者は40～75歳未満のすべての被保険者・被扶養者で、区市町村国保、健保組合などの各医療保険者に実施が義務付けられている（高血圧、脂質異常症、糖尿病で、医師からの処方薬を現在服用中の人は健康保険組合によるメタボ健診の対象にはならない）。

メタボ健診は2008年4月から開始され、およそ16年経過した。労働安全衛生法による健康診断（企業が行う事業者検診）は特定健診に優先して実施義務があり、事業者検診の結果を提出することで特定健診を実施したとみなされる。その内容は、40歳～74歳までの公的医療保険加入者全員が健診対象となり、まずは腹囲の測定及びBMIの算出を行い、基準値（腹囲：男性85cm、女性90cm / BMI：25）以上の方はさらに血糖、脂質（中性脂肪及びHDLコレステロール）、血圧、喫煙習慣の有無から危険度によりクラス分けされ、クラスに合った保健指導（積極的支援/動機付け支援）を受けることになる。特定健康診査の項目と手順は図1のとおりである。

さて、2021年度の結果は以下のとおりである。2021年度の特定健康診査の対象者数は約5,380万人、受診者数は約3,039万人であり、特定健康診査の実施率は56.5%であった。2020年度と比較して3.1ポイント向上した。2021年度の特定保健指導の対象者数は約526万人、特定保健指導を終了した者は約129万人であり、特定保健指導の実施率は24.6%であった。2020年度と比較して1.6ポイント向上した。2021年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（対2008年度比）は13.8%であった。2020年度と比較して2.9ポイント向上したという。しかし、実際にメタボ健診を実施していて、今一有用性の実感がわからない感じがしていた。

京都大学や東京大学などの研究グループは（2020年10月6日に米国の国際学術誌「JAMA Internal Medicine」にオンライン掲載）、就労世代男性7.5万人の大規模な健診データを用いて、特定保健指導の効果検証を行った。特定保健指導を受けることは、肥

満の軽度改善にはつながっているものの、血圧・血糖・脂質の改善は認められないことが示された。また、実際に保健指導を受けた人の割合は16%にとどまり、受診率を上げる対策も必要だという。一方、血圧・血糖・脂質などの健康指標に関しては、保健指導の対象となった場合および実際に保健指導を受けた場合の両者において、改善を認めなかった。方法は、チームは2014年に健診を受けた約7万5千人のデータから、腹囲の基準85センチを少し超えて保健指導の対象になった人と、少し下回り対象外だった人を約2万人ずつ抜き出した。2つの集団は指導の対象かどうか以外の特徴がほぼ同じで、比較すれば指導の効果が検証できることになる。1年後の肥満度を比べると、保健指導の対象になった集団では、体重が290グラム、BMIが0.1余計に減っただけ。この差も3年後には消えてしまった。腹囲のほか、脳卒中や心筋梗塞に関連する血圧、血糖値、悪玉コレステロール値の改善具合には違いがなかった。

効果が弱い原因は、保健指導の対象者のうち受けたのは16%と参加率が低く、保健指導内容が効果的でない、腹囲85センチでは健康な人が多く含まれ、改善効果が表れにくいことが考えられるという。特に保健指導の方法は企業に勤めている人に対して電話やメールで食事の改善や運動の実施状況を確認する様になっているがこれがなかなか受け入れられていない。あまり有効性が示されていないということである。納得がいった。



図1 特定健康診査の項目と手順



- リンク集 >
- オンライン学術誌 >
- 最新の医療動向 >

法人案内



アクセス

- 電車  
地下鉄有楽町線・東武東上線・西武有楽町線・地下鉄副都心線  
小竹向原駅より徒歩7分

理事長ごあいさつ

地域の皆様のごやかな毎日を応援するため、慢性の病気や生活習慣病などの予防にも力を注いでいきたいと思っていますので、安心して気軽にご相談いただければ幸いです。



お知らせ

- 2023年12月13日  
特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム会員各位様

この度「国際生活習慣病フォーラムレビュー」Vol.2, No3を発行しましたのでここにアップしました。今回の特集は「企業における生活習慣病対策、高齢従事者の健康課題、糖尿病の合併症、糖尿病の治療薬」です。冊子は無料で私の診療所に配布しましたが、会員の皆様にはオンラインで読めるように今回もホームページにアップしました。オンライン学術誌の項目をクリックしてください。冊子としてお読みしたい方は、送料1000円でお送りします。申し込みは電話03-3956-2090（林クリニック）または  
Eメール: [chuhousai@nh7.com](mailto:chuhousai@nh7.com) まで

特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラムのホームページが上記のように更新されました。<https://www.kokusai-seikatu.jp> でアクセスしてみてください。

## お知らせ

令和6年3月吉日

この度国際生活習慣病フォーラムレビューのVol.3 No.1を発刊いたします。  
まだ寒さが厳しい今日この頃ですが皆様はいかがお過ごしでしょうか。新型コロナはまだ収束せず多少増加していますが、5類になっているので外ではマスクをつけない人が6割ぐらいでしょうか。発熱外来では新型コロナ、インフルエンザA,Bが散見されますが重症例はほとんどない様です。2021~2022年頃のような緊張感は感じられません。日本の経済も多少インフレ傾向で株価が上昇し、バブルの高値を更新したと明るい話題も出てきております。

当フォーラムもWebでの活動を続けていきますのでどうか今後とも宜しく願います。

理事長 林 滋

### ホームページ更新のお知らせ

現在NPO法人国際生活習慣病フォーラムのホームページが更新されています。

ホームページ：<https://www.kokusai-seikatu.jp>です。当ホームページで過去のフォーラムレビュー4回分（Vol.1-No1,2,3,Vol.2-No1,2,3）を読むことができます。

### 国際生活習慣病フォーラムレビュー

Vol 3 No1 2024

発行所：特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム

〒173-0037 東京都板橋区小茂根4-28-14

電話：03-3956-2090,ファックス：03-3956-2135

ホームページ：<https://www.kokusai-seikatu.jp>

編集人：林 滋

無料です