

200100504A

厚生科学研究費補助金

21世紀型医療開拓推進研究事業

アルツハイマー型痴呆の診察・介護に関するガイドラインの作成
(一般向け)に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 本間 昭

平成13(2002)年3月

目次

I. 総括研究報告書

アルツハイマー型痴呆の診察・介護に関するガイドラインの 作成（一般向け）に関する研究	1
（資料） アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインに 関するホームページの作成	10
《本間 昭》	

II. 分担研究報告書

1. アルツハイマー型痴呆の診断ガイドラインの作成に関する研究	21
《田子久夫》	
2. 画像所見の解釈の診断ガイドラインの作成	25
《中野正剛》	
3. アルツハイマー型痴呆と鑑別を必要とする疾患の鑑別診断に 役立つ生物学的マーカーを用いた診断ガイドラインの作成	33
《浦上克也》	
4. 治療ガイドラインの作成	43
《繁田雅弘》	
5. 精神症状・行動障害の治療ガイドラインの作成	51
《天野直二》	
6. 非薬物的治療ガイドラインの作成	59
《長田久雄》	
7. ケアガイドラインの作成	65
《太田喜久子》	
8. ケアマネジメント・ガイドラインの作成	75
《加瀬裕子》	

総括研究報告書

アルツハイマー型痴呆の診察・介護に関するガイドラインの作成(一般向け)に関する研究

主任研究者 本間 昭 東京都老人総合研究所精神医学部門 研究部長

研究要旨

文献等既存の医療情報を整理、評価し、日本人の特性に配慮した **evidence-based** なアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインを作成する。インターネットホームページを活用し、医療福祉従事者のみならず家族介護者も対象として知りたい情報を知りたい時にいつでも得られる双方向通信システムを含めたシステムを開発することが本研究の目的である。平成13年度はガイドラインの内容をアルツハイマー型痴呆の診断、画像所見の利用、鑑別診断のための生物学的マーカーの利用、認知機能障害に対する薬物療法、認知機能障害以外の精神症状・行動障害に対する薬物療法、非薬物療法・アプローチ、ケア、ケア・マネジメントの8領域に分け、文献の収集と吟味を開始した。また、ホームページに含まれるコンテンツの企画とそれを踏まえたアルツハイマー病の診断・治療・ケアガイドラインの作成に着手した。本ガイドラインの対象は非専門医を含む保健医療福祉関係者および家族介護者・一般とする。対象は非専門医を含む保健医療福祉関係者および一般という構造になる。

分担研究者

田子久夫

福島県立医大精神医学教室助教授

中野正剛

国立精神・神経センター武蔵病院精神科

医員

浦上克哉

鳥取大学保健学科・神経内科学教授

繁田雅弘

慈恵医大精神神経科講師

天野直二

信州大学精神医学教室教授

長田久雄

都立保健科学大教授

太田喜久子

慶応義塾大看護医療学部教授

加瀬裕子

桜美林大経営政策学部社会福祉学教授

A. 研究目的

最近のわが国における痴呆性高齢者数の将来推計によれば、平成33年にはおおよそ300万人を越えることが予測されている。アルツハイマー型痴呆は老年期痴呆の代表的疾患であり、わが国においても、主たる痴呆性疾患であることが指摘されている。また、従来はアルツハイマー型痴呆と診断されても医学的な治療手段がなかったが、近年、アルツハイマー型痴呆治療薬の登場により

早期診断および早期対応の必要性が強調されている。このような背景にもかかわらず、アルツハイマー型痴呆を含む痴呆性疾患に対する一般および非専門医の認識は必ずしも高いとは言えないことが最近の意識調査によって明らかにされている¹⁾。この原因の1つとして、容易に用いることができるアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインがわが国では整備されていなかったことをあげることができよう。

本研究の目的は、文献等既存の医療情報を整理、評価し、日本人の特性に配慮しつつ、科学的な見地に基づく予防、診断、治療、リハビリ、看護、介護等の基本的かつ総合的なあり方を検討し、アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインを作成することである。さらに、インターネットホームページを活用し、医療福祉従事者のみならず家族介護者・一般も対象として知りたい情報を知りたい時にいつでも得られるシステムを開発することも目的としている。アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関する専門家はきわめて乏しく、本研究によって科学的見地に基づいた情報が容易に得られる意義は大きい。また、地域での痴呆の早期発見・対応、あるいは痴呆性高齢者の特性を踏まえた適切なケアプランの作成に有用となる。かかりつけ医を含めた非専門医にとっては痴呆の早期発見のための有用な知識を提供できる。さら

に、インターネットホームページを活用することによって、家族にとっては始めに相談することができる機関を検索でき、保健医療福祉関係者にとっては、すでに高齢者痴呆介護研究・研修センターで実施されている研修事業とあわせて相乗効果が期待できる。

B. 研究方法

平成13年度は既存の文献データベースを用いて、アルツハイマー型痴呆の診断、画像所見の利用、鑑別診断のための生物学的マーカーの利用、認知機能障害に対する薬物療法、認知機能障害以外の精神症状・行動障害に対する薬物療法、非薬物療法・アプローチ、ケア、ケア・マネジメントの8領域についてそれぞれ8名の分担研究者がリサーチクエスチョンを設定し、それぞれのリサーチクエスチョンに関する文献を検索するためのキーワードを用いて、文献の収集を開始した。痴呆の診断・治療・ケアに関しては、すでにアメリカ神経学会によるガイドライン^{2,3)}が公表されているが、本研究では文献等既存の医療情報を整理、評価する際に日本人の特性に配慮しつつ、一定に基準に従い、リサーチクエスチョンを明らかにするための文献等を選択するように努めた。

また、ホームページ上でこれらの情報を公開することに伴うコンテンツ項目案および構成案を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究はすでに公開されている文献情報に関する調査研究であるため、特に倫理面への配慮は要しない。

C. 研究成果

アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインの作成(一般向け)に関して、本年度中の分担研究者の進捗状況は結果に示す通りであるが、それぞれのリサーチクエスチョンに対応する **abstract table** の作成には一部の分担研究を除き至っていない。

(1) 診断基準の有用性・診察手順ガイドライン

Medline より平成13年11月に **diagnostic criteria** をキーワードとして32496個の文献が抽出され、さらに **Alzheimer's disease** を用いて2666編が選択された。国内では医学中央雑誌をデータベースとして同様に3772編から288編が対象とされた。さらに、妥当性、信頼性、臨床病理学的研究、などをキーワードとして絞り込みを行っている。

(2) 画像所見の解釈ガイドライン

画像診断はアルツハイマー型痴呆の診断精度向上に有用か?といったリサーチクエスチョンに基づき、文献検索を行ってエビデンスを得た。本研究では画像診断のうち、**Computed Tomographic scanning (CT)**

や Magnetic Resonance Imaging (MRI) などといった脳形態画像についてその有用性について検索を行った。さらに、リサーチクエスチョンを、(1) 脳形態画像は診断精度向上に有用か？ (2) 脳萎縮の評価は診断精度向上に有用か？ といった分類に分けて検討を行った。キーワードにはCTとAD、MRIとADを設定し、それぞれ706件、907件の文献が検出された。さらに得られた文献を Randomized Controlled Trial (RCT)、Clinical Trial や検査特性分析を行っている文献などといったカテゴリーやで絞り込み、最終的に(1) 脳形態画像は診断精度向上に有用か？ に関して2件、(2) 脳萎縮の評価は診断精度向上に有用か？ に関して12件の文献を採択した。結論として、(1) 脳形態画像はADの診断精度向上に有用か？ という問いには、頭蓋内占拠性病変、血管病変の存在を否定するために、単純CT および MRI は有用である。(2) 脳萎縮の評価は診断精度向上に有用か？ という問いには、診断には有用であるが、補助的な位置づけとするべきであると考えた。また、海馬の容積測定は有用だが現時点ではルーチンで行うべきとしては推奨できない、と考えられた。

(3) 生物学的指標の有用性・鑑別診断ガ

イドライン

アルツハイマー型痴呆 (AD) と鑑別を

要する疾患にどのようなものがあり、それらを鑑別するために有用な生物学的診断マーカーが存在するか否かを Pub Med を用いて文献的に検討した。治療可能な痴呆というキーワードで検索したところ302件が該当し、その頻度は、多いもので10%以上、少ないものでは1%以下と記載されていた。内科疾患に伴う痴呆で検索したところ79件が、非アルツハイマー型の神経変性疾患に伴う痴呆では60件が、脳外科疾患に伴う痴呆では489件が該当した。ADと診断マーカーというキーワードを用いて検索したところ505件が該当した。ADを積極的に診断するための生物学的診断マーカーとしては、病理学的変化をよく反映するという観点から髄液中タウ蛋白が高く評価されている。特にリン酸化タウ蛋白は、感度、特異度共に80%を越える結果を示しており、単独のマーカーとしては最も良いデータを示していた。より簡易なスクリーニング検査として、血液の診断マーカーに関する文献は136件とかなり減少し、さらに尿の診断マーカーに関する文献は5件と著減した。数も少なく内容的にも満足のいく成果は得られておらず、今後の課題と考えられた。

(4) 認知機能障害に対する薬物療法ガイ

ドライン

「アルツハイマー型痴呆の認知障害に対して薬物療法が有効か否か、有効であれば

どういった内容の薬物療法が有効であるか (Does pharmacotherapy for cognitive symptoms improve outcomes in patients with dementia of Alzheimer type including Alzheimer's disease)」を疑問点 (research question) として設定した. この疑問点に関して情報を収集すべく、文献検索を下記のとおりで行った。米国の National Library of Medicine (PubMed) において、publication type を“ randomized control trial ”に、keywords を” Alzheimer ”に設定して、2001年11月19日午前9時12分に検索したところ476件が該当した。該当した論文の中には、すでに設定した疑問点と直接関連しない論文、すなわちアルツハイマー型痴呆以外の痴呆性疾患を対象とした論文や、随伴精神症状の治療に関する論文、薬物療法以外の治療に関する論文、ケアに関する論文などが含まれているため、それらを除外する作業を行っている。またこれと平行して、日本で厚生省が認可した薬剤および米国でFDAが認可した薬物については暫定的な abstract table を作成した。Abstract table を作成を開始した薬剤は donepezil、galantamine、rivastigmine、tacrine である。

(5) 認知機能障害以外の精神症状・行動障害の治療ガイドライン

2002年1月13日に下記の randomized controlled study + dementia + 症状名をキ

ーワードにして Medline にて検索を行った。下記に randomized controlled study + dementia に加えて用いたキーワードと検索された文献数を括弧内に示す。pharmacotherapy BPSD (11)、aggression (10)、depression (19)、agitation (15)、insomnia (5)、psychosis (4)、wandering (2)、anxiety (6)、delusion (1)、hallucination (1)、sexual behavior (1)、restlessness (9)、delirium (12)、appetite loss (0)、weight loss (1)より重複した文献を整理すると合計59編となり、それについて現在収集中である。

さらに pharmacotherapy + dementia + 症状名をキーワードに検索した結果は、aggression (167)、depression (780)、agitation (275)、psychosis (479)であった。pharmacotherapy + dementia + 症状名といった検索では文献数がかなり大量になるため、改めてキーワードの整理を検討中である。

アルツハイマー型痴呆には中核症状の認知障害のほか、介護を難渋させる症状として精神症状および行動障害がある。精神症状と行動障害に対しては薬物療法が奏効することが多いため、文献検索によりエビデンスに基づく薬物療法を検討した。平成13年度は特に agitation についての薬物療法を整理した。なお、agitation は日本語では焦燥となるが、欧米ではさらに広範囲の

症状(攻撃性、暴言暴力、落ち着きのなさ、無視、不平を言うなど)が含まれるため、本報告書では agitation を原語のまま記載することとした。痴呆に伴う agitation にはリスペリドン等の非定型抗精神病薬の使用が有効であり、副作用が少ないことが明らかになった。今後、痴呆に伴う幻覚妄想、抑うつ状態等が薬物療法の対象となると考えられ、検討していく予定である。

(6) 非薬物療法的アプローチガイドライン

本研究では、アルツハイマー型痴呆の非薬物的治療に焦点を当てて文献検索を行い、ガイドラインの作成を検討することを目的としている。学術文献検索システム CINAHL、MEDLINE、psychLIT を利用し、dementia、Alzheimer disease、non-pharmacological、reminiscece、memory rehabilitation、cognitive rehabilitation、reality orientation、animal therapy、music therapy、activityなどをキーワードとして文献検索を行った。その結果、アルツハイマー型痴呆の非薬物療法に関する実証研究は必ずしも多くなかったが、現在、それらの研究成果を一定のevidence基準に基づいて検討し、科学的根拠を有したガイドラインを作成中である。

(7) ケアガイドライン

アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケ

アに関するガイドラインの作成の中で、本分担研究は、アルツハイマー型痴呆のケアガイドラインの作成をめざすものである。平成13年度はアルツハイマー型痴呆への看護に関する文献検索を行い、文献検討を行うことを目的とした。具体的にはアルツハイマー型痴呆または痴呆性高齢者の実態把握と効果的ケアの試みを research question として看護文献の実情を捉えることにした。英文献と和文献から検討を行った結果、看護の文献では、アルツハイマー型痴呆という疾患名に限定すると文献数が少なくなるため、痴呆性高齢者を含める必要があった。また、研究論文に限られていることもあり、看護の実情からケアの効果を把握していく必要があるため、文献の範囲も原著に限定せず幅広くとることにした。英文献と和文献の現状分析から、それぞれ文献数の多かったアクティビティに関する文献と問題行動に関する文献の検討を行った。

(8) ケアマネジメントガイドライン

ケアマネジメント領域ではEBMに基づく報告は乏しい。ケアマネジメントの効果を評価するための指標についてのコンセンサスが得られていないことが理由である。ここでは現在までの結果を整理し、今後の研究の方向を明らかにするための資料として資することを目的とした。

まず、国立国会図書館蔵書データベー

スである Web-OPAC を用いてケアマネジメントで63件(すべて和書)、アルツハイマーで93件(和書72、洋書21)、痴呆で243件(すべて和書)であった。マネジメントとアルツハイマーの組み合わせでは検索できなかった。Medline を用いた検索では *alzheimer*、*care*、*case*、*management* をキーワードで389編検索できた。アルツハイマー型痴呆患者のケアマネジメントのガイドラインを作成することを目的として、これまでの研究によって明らかになった *evidence* にもとづき、ケアマネジメントと家族の介護負担、社会的ケア費用削減の関連について明らかにした。

ケアマネジメントによる介護者の介護負担軽減と費用削減効果については、アメリカのディケアにおける大規模調査による *evidence* を明らかにする研究が進んでいることがわかった。また、*evidence-based* のケアマネジメントのガイドライン作成については、英米でいくつか行われており、*North England evidencebased guideline* について入手することが出来た。それらの分析、およびリコメンデーションについては次年度の課題とした。

D. 考察

アルツハイマー型痴呆の診断ガイドラインの作成では、今後アルツハイマー型痴呆の診断を非専門医によっても容易になされるようにすることが重要であるが、現時点では必ずしも操作的な基準が作成されている

わけではない。本研究によって確認された診断基準については、より具体的な使用方法をホームページ上で啓発していく必要があるだろう。アルツハイマー型痴呆の診断における画像所見の利用は重要である。わが国では、諸外国と比べ微細な脳血管障害を検出することができるMRIの普及率が高い。そのため、血管性痴呆が *overdiagnosis* になっている現状も否定できない。このことが非専門医がアルツハイマー型痴呆の診断に躊躇する理由の1つとなっている。本研究では、アルツハイマー型痴呆と血管性痴呆の鑑別診断の際に画像所見をどのように解釈することが妥当であるかのガイドラインの作成を行う。アルツハイマー型痴呆の診断がより非専門医によって適切になされれば、より多くの患者が治療薬の恩恵に浴することができる。鑑別診断のための生物学的マーカーの利用については、近年、アルツハイマー型痴呆の早期診断の必要性が叫ばれている現状では特に重要である。ここでは、アルツハイマー型痴呆の早期診断の意義について触れないが、診断薬として認可されているマーカーはあるものの医療保険が適応されるものはまだない。現時点で利用可能なマーカーについてガイドラインを作成し、普及をはかることは治療薬が利用可能である現在では大きな意義がある。認知機能障害の薬物療法では、わが国ではまだ1種類のみのアセチルコリン分解酵

素阻害薬がアルツハイマー型痴呆治療薬として認可されている現状であるが、すでに国際的にはわが国で認可されているものも含めて4種類の同効の治療薬が治療薬として用いられており、これらを文献検索の範囲とした。その他の薬剤についても、諸外国で用いられているものについては可能な限り含めることとした。認知機能障害以外の精神症状・行動障害に対する薬物療法のガイドラインはその必要性が早急に求められている。アルツハイマー型痴呆に伴う認知機能障害以外の精神症状・行動障害の一部は明らかに薬物療法の対象になるものであるが、従来、認知機能を悪化させる、あるいは日常生活動作能力を低下させるなどの理由で向精神薬、特に神経遮断薬の使用をためらう傾向があった。認知機能障害以外の精神症状・行動障害に対して適切な薬物療法を行うことはアルツハイマー型痴呆患者およびその介護者の生活の質(QOL)を向上させ得ることは疑いがない。特に、非専門医を対象とした具体的にわかりやすいガイドラインが求められる理由である。非薬物療法・アプローチ、ケア、ケア・マネジメントについては、EBMに準拠して利用できる文献情報はきわめて乏しいことが予想される。非薬物療法・アプローチに関しては、数多くの試みがなされているが、特にわが国では control study は倫理的配慮もあり結果はほぼ皆無といえる。しかし、一定の効

果が認められることは現場での実践に関わっている関係者の間では認識されていることも確かであり、EBMによって確認されないからといって必ずしも効果を否定することはできない。この意味で、現在までの結果を踏まえた本研究によるガイドラインは意義があると考えられる。ケア、ケア・マネジメントは恐らくEBMがもつとも馴染まない領域であろう。最近、主任研究者らはある都内の自治体で要介護認定者の介護者を対象にして介護負担を介護保険前後で評価し、特に痴呆が疑われる要介護認定者の介護者の介護負担は軽減されていないことを報告した⁴⁾。介護保険に携わる保健・医療・福祉関係者による痴呆性高齢者への対応が適切になされていない場合があることは容易に想像できる。本研究はアルツハイマー型痴呆を含む痴呆性高齢者のケア、ケア・マネジメントのあり方をすべて網羅するものではないが、乏しいながらも現在までに集積されているエビデンスを明らかにすることは先に述べたような状況を改善する上で重要な役割を果たすことができると考えられる。

E. 結論

平成13年度に実施された研究では文献の吟味をさらに行わなければならない状況であるが、アルツハイマー型痴呆の診断・治療に関しては比較的十分なエビデンスが得られることが示された。一方、ケアに関して

は EBM の考え方に耐える文献情報は乏しく、現在までに集積された結果を整理し、課題を明らかにすることが本研究に課せられた役割であると考えられた。いずれにしても、アルツハイマー型痴呆に関する認識は一般を含めて必ずしも十分ではない現状を踏まえれば、ホームページ等の媒体を用いていかに啓発を進めていくかが最大の課題となろう。

F. 健康危険情報

本研究はすでに公開されている文献情報に関する調査研究であるため、健康危険情報は無い。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

ホームページ・コンテンツの内容の一部について著作権の設定が必要になる可能性がある。

文献

1. 本間昭:地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査。老年社会科学 23 : 340-351, 2001

2. Knopman DS et al.: Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.

Neurology 2001; 56: 1143-1153.

3. Doody RS et al.: Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56: 1154-1166.

4. 新名理恵 本間昭:町田市における介護保険制度施行前後での在宅介護者のストレス反応の変化。老年精神医学雑誌, 2002, 印刷中

資料．アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインに関する

ホームページの作成

A. ホームページの構造案

ホームページ構造案の図を、資料ページ最後に添付する。サイト名等はすべて暫定案である。なお、URLは“www.alzheimer-dtc.com”を取得した。

B. ホームページ作成のための作業仕様

現在、作業が進行中であるが、作業仕様を以下に示す。なお、暫定案であるが、カバーページを、資料ページ最後に添付する。

1. 仕様概要

班研究で作成されたアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するEBMに基づいたガイドライン（一般向け）をWeb上で公開するとともに、Q & A方式を含む保健・医療・福祉関係者を対象とした内容のコンテンツを作成し、HP上で公開する。アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するEBMに基づいたガイドライン（一般向け）と、保健・医療・福祉関係者を対象とした内容とは、分かれた形で構成する。

2. 対象コンテンツ

本作業の対象となるコンテンツは日本語とする。

3. 対象外コンテンツ

対象コンテンツであっても、リンクにより接続された外部のコンテンツは作業の対象外とする。

4. 作業内容

基本的な作業内容は、以下の通りである。

- (1) 基本構成の企画立案
- (2) サイト構築指針の作成
- (3) 構造設計書作成
- (4) 基本デザインの作成
- (5) HTML コーディング
- (6) デバッグ
- (7) 完成したコンテンツの表示テスト

(OS: Windows、ブラウザ: Internet Explorer 3.x 以上)

C. コンテンツ項目案

コンテンツの項目案は以下の通りである。暫定案であり、今後それぞれのガイドラインの作成過程に従って修正される可能性がある。

1. 家族用

a. 痴呆の基礎的理解

- (1) 痴呆とはどういう状態か
- (2) 痴呆が疑われる日常生活上の変化は
- (3) 痴呆と間違えられやすい状態
- (4) 痴呆の原因にはどういう病気があるか
- (5) 痴呆の原因はどこまでわかっているのか
- (6) 代表的な痴呆にはどういう症状があって、どういう経過を辿るのか
- (7) 痴呆の症状はどういうことに影響されて悪くなったり、良くなったりするのか
- (8) いろいろな精神症状や行動障害はどうして起きるのか
- (9) 痴呆の危険因子にはどのようなものがあるのか

b. 痴呆はどのように診断されて治療されるのか

- (10) 痴呆が疑われる場合にどうしたらいいか
- (11) どういう相談機関があるか
- (12) 本人が受診したがらないときはどうしたらいいか

- (13) 受診する時の家族はどういう用意をしたらいいか
- (14) 痴呆の診断はどのような手順でおこなわれるか
- (15) 痴呆の診断にはどのような検査が行われるか
- (16) 薬はどのように使われるのか？ どういう効果や副作用があるのか
- (17) 医療機関の役割は

c. ケアと介護保険

- (18) 普段の介護についてはどこに相談したらいいのか
- (19) 日常会話はふつうにできる場合、介護保険の調査員にはどのように説明したらいいのか
- (20) 役所からケアマネのリストだけ渡されたが、どうやって選んだらいいのか
- (21) ケアマネが作ってくれたケアプランが本当に本人に合っているかどうやって確かめたらいいのか、相談できる場所はあるのか
- (22) ケアマネには何を期待できるのか、何をどこまで頼めるのか
- (23) ケアマネの対応に満足できないときはどうしたらいいのか
- (24) 痴呆性高齢者が利用できるサービスの種類には何があるのか、どういう違いがあるのか
- (25) 介護保険とはどういう制度なのか
- (26) デイサービスやショートステイの職員の対応が納得できないときはどうしたらいいのか(利用中の事故、介護方法など)
- (27) 必要なときにショートステイの予約がすぐできないときはどうしたらいいのか
- (28) 精神症状や行動障害がひどくて、うちでは預かれないといわれたときにどうしたらいいのか
- (29) 家族が望んでも本人が参加したがるなときはどうしたらいいのか。デイサービスの職員にはどこまで期待できるのか。
- (30) 施設や病院を選ぶにはどうしたらいいのか。
- (31) 家庭での介護が限界になったときは誰に相談すればいいのか

d. 痴呆の予防

- (32) 痴呆を防ぐことはできるのか

(33) 進行を遅くする手立てはあるのか。ペットとか音楽は効果があるのか。リハビリは効果があるのか

e. 痴呆性高齢者の人権

(34) 日中一人になってしまう。訪問販売などで本人が騙されないようにはどうすればいいのか

(35) 財産をもっているが、管理ができない。どうすればいいのか

2. 保健・医療・福祉関係者用

在宅と施設で整理するかどうかは、今後検討される必要がある。

a. 痴呆とその原因、症状、経過

(1) 痴呆とはどういう状態か

(2) どういう変化が日常生活にあると痴呆が疑われるのか

(3) 痴呆と間違えられやすい状態

(4) 痴呆の原因にはどういう病気があるか

(5) 治療可能な原因にはどういうものがあるのか

(6) 痴呆の原因はどこまでわかっているのか

(7) 代表的な痴呆にはどういう症状があつて、どういう経過を辿るのか

(8) 痴呆の危険因子にはどのようなものがあるのか

b. 痴呆に伴う精神症状と行動障害、その対応

(9) 精神症状・行動障害はどうして起き、その対応の原則は

(10) 痴呆の症状はどういうことに影響されて悪くなったり、良くなったりするのか

c. 痴呆の診断・評価方法

(11) 痴呆を疑うための具体的な面接方法とその注意点は

(12) 単身あるいは介護者が虚弱できちんとした情報が得られないときにどうしたらいいか

(13) 痴呆が重いか軽いかはどうやって判断したらいいのか

- (14) 精神症状や行動障害は痴呆の重症度との関連は。痴呆の進行の速度は痴呆の重症度によって異なるのか
- (15) 本人が受診したがないときはどうしたらいいか
- (16) 受診する時の家族はどういう用意をしたらいいか
- (17) 痴呆の診断はどのような手順でおこなわれるか
- (18) 痴呆の診断にはどのような検査が行われるか

d. 痴呆の治療

- (19) 薬はどのような症状にどのように使われるのか。どういう効果や副作用があるのか
- (20) 薬以外の治療方法にはどのような方法があるのか。それらは有効なのか。リハビリは有効なのか。
- (21) 薬を使わない対応はその効果を科学的に検証することは難しいが、何らかの効果があることは各地で報告されている。そういう結果はどのように考えたらいいのか
- (22) 物理的な環境は本人の状態にどこまで影響するのか。(GHの意義もここで触れることになるか?)

e. 痴呆の予防

- (23) 痴呆を防ぐことはできるのか。どこまで可能なのか
- (24) 進行を遅くする手立てはあるのか

f. 痴呆への対応

- (25) 家族のかかりつけ医の対応が不十分なきときはどうしたらいいか
- (26) 家族が望んでも本人が参加したがないときにはどうしたらいいのか。
- (27) 家庭での介護が限界かどうか、介護者の訴えがなくても判断することはできるのか
- (28) 虐待の兆候にはどういうものがありはどうやってみつけることができるのか。どう対応したらいいのか
- (29) 家族がサービス利用に積極的ではないとき、どこまで介入できるのか。する

とすればどういう方法が有効なのか

(30) 痴呆性高齢者のケアプラン作成上の注意点は何か。痴呆性高齢者や介護者のニーズをどうやって把握するのか

(31) 特別介護棟がなくなった現在、特養では痴呆の行動障害にどこまで対応することが期待されるのか。どういう症状がどういうときに起きたとき特養での限界なのか

(32) 痴呆性高齢者の終末医療についての現在の考え方は

(33) 痴呆性高齢者のQOLはどう考えたらいいのか

g. 施設の入居者の人権はどのように守られるのか

(34) 拘束、オンブズマンなど

3. かかりつけ医・非専門医用

a. 痴呆の基本的理解

(1) 痴呆とはどういう状態か

(2) 痴呆の診断基準とはどういうものなのか

(3) どういう変化が日常生活にあると痴呆が疑われるのか

(4) 痴呆と間違えられやすい状態

(5) 痴呆の原因にはどういう病気があるか？それらの頻度はどのくらいあるのか

(6) 痴呆の原因はどこまでわかっているのか

(7) 代表的な痴呆にはどういう症状があつて、どういう経過を辿るのか

(8) 中核症状と周辺症状はどうやってみわけたらいいのか

(9) 痴呆の症状はどういうことに影響されて悪くなったり、良くなったりするのか

(10) 痴呆の危険因子にはどのようなものがあるのか

b. 痴呆の診察の進め方・診断の手順

(11) 痴呆を疑うための具体的な診察方法・手順はどのようにしたらいいのか

(12) 痴呆性高齢者の診察でいろいろなスケールはどうやって使えばいいのか。

その結果をどのように解釈すればいいのか(観察式と質問式の違いなどはこ

こか？)

- (13) 単身あるいは介護者が虚弱できちんとした情報が得られないときにどうしたらいいか
- (14) 痴呆が重いか軽いかはどうやって判断したらいいのか
- (15) 精神症状や行動障害は痴呆の重症度との関連は。痴呆の進行の速度は痴呆の重症度によって異なるのか
- (16) 本人が受診したがらないときはどうしたらいいか
- (17) 痴呆の診断はどのような手順ですか
- (18) 痴呆の診断にはどのような検査が必要なのか。かかりつけ医や非専門医でできる検査には何があるのか
- (19) 痴呆の診断における画像検査の意味は。痴呆の原因によってどのような特徴があるのか。画像検査をしなければ痴呆の診断はできないのか
- (20) 生物学的指標はどの程度診断に有効なのか。非専門医でも利用することはできるのか

c. 痴呆の治療

- (21) 最近、いわれている抗痴呆薬は以前の脳代謝改善薬とどう違うのか
- (22) 記憶障害に対する治療方法は。適応と注意点は。効果を予測することはできるのか。効果の有無の判断はどうやってしたらいいのか。家族にはどのように説明したらいいのか
- (23) 家族が記憶障害について相談をしてくれない場合、本人の診察だけで薬物療法の適応となる患者さんをどうやって選んだらいいのか
- (24) 抗痴呆薬の副作用には何があるのか。副作用があった時の対応はどうしたらいいのか
- (25) 精神症状や行動障害に対する治療はどうすればいいのか。非専門医でどこまで対応すべきか。専門医に紹介する目安は何か

d. 痴呆の予防

- (26) 痴呆を防ぐことはできるのか。早期発見にはどういう意義があるのか
- (27) 進行を遅くする手立てはあるのか。ペットとか音楽などは効果があるのか。リ

ハビリは効果があるのか。

e. 社会的対応

- (28) 保健・福祉関係者と連携はどやってとればいいのか。留意点は何か
- (29) 介護保険の主治医意見書を記載する時の留意点は何か
- (30) 病名の告知はどのようにしたらいいのか
- (31) 痴呆性高齢者の人権についてかかりつけ医や非専門医が留意すべき点は何か
- (32) 虐待の兆候にはどういうものがありはどうやってみつけることができるのか。どう対応したらいいのか
- (33) 物理的な環境は本人の状態にどこまで影響するのか。(GHの意義もここで触れることになるか?)
- (34) 薬を使わない対応はその効果を科学的に検証することは難しいが、何らかの効果があることは各地で報告されている。そういう結果はどのように考えたらいいのか
- (35) 痴呆性高齢者の介護者を支える上でかかりつけ医はどういう役割を果たすことができるのか
- (36) 痴呆性高齢者の地域医療でかかりつけ医が求められている役割とは何か
- (37) 痴呆性高齢者の終末医療についての現在の考え方は
- (38) 痴呆性高齢者のQOLはどう考えたらいいのか

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアに関するガイドラインホームページの構造案

