

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアガイドラインを用いた
老人保健及び福祉に従事する人材の育成・研修に関する研究

平成 15 年度
総括研究報告書

主任研究者 本間 昭
平成 16 年(2004 年)4 月

目 次

I. 総括研究報告書

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第3者評価

保健・医療・福祉関係者のためのアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインの有用性の検討

II. 分担研究報告書

診断ガイドラインの作成(診断手順の実際)に関する研究

画像診断に関する診断ガイドライン

神経心理検査の診断ガイドライン

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診断マーカーの文献的検討

アルツハイマー型痴呆診断のためのガイドライン:鑑別診断

治療ガイドライン:認知障害に対する薬物療法のガイドライン

精神症状・行動障害の治療ガイドライン

非薬物療法ガイドライン

ケアマネジメントのガイドライン

看護ガイドライン

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)分担研究報告書

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアガイドラインを用いた老人保健及び福祉に従事する人材の養成・研修に関する研究

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第3者評価

主任研究者 本間 昭(東京都老人総合研究所 痴呆介入研究グループ)

研究要旨

平成 13 年度～平成 14 年度に作成されたアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドライン(一般向け)の第三者評価を行った。第三者評価は日本老年精神医学会に委託し評価委員会(委員長 笠原洋勇 東京慈恵会医科大学柏病院精神神経科教授ほか5名)が AGREE PROJECT の基準に従って実施した。23項目の質問項目からなる AGREE プロジェクトによる診療ガイドライン評価基準を用いた結果は、明瞭な内容となった。診療手順の実際(AGREE:DISAGREE=12:11)、画像所見の解釈(11:12)、神経心理学的検査(10:13)、生物学的指標、鑑別診断(12:11)、薬物療法(12:11)、精神症状・行動障害(13:10)、非薬物療法的アプローチ(13:10)、ケアマネジメント(8:15)、看護ガイドライン(6:17)であり、条件付で推奨すると、強く推奨するを合わせると、診療手順の実際は4/5、画像所見の解釈は4/5、神経心理学的検査は4/5、生物学的指標・鑑別診断は5/5、薬物療法は5/5、精神症状・行動障害は5/5、非薬物療法的アプローチは5/5、ケアマネジメントは2/5、看護ガイドラインは1/5であった。以上より、前者の 7 つのカテゴリーではほぼ良好な結果と評価されたが、後者の2つのカテゴリーつまり、ケアガイドライン(ケアマネジメント)および診療ガイドラインは、不十分であると結論された。

A. 研究目的

新たに作成されたアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドライン(一般向け)の第三者評価を行った。

B. 研究方法

平成 13 年度～平成 14 年度に厚生労働科学研究費補助金によって作成されたアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドライン(一般向け)の第三者評価を行った。第三者評価は日本老年精神医学会に委託し評価委員会(委員長 笠原洋勇 東京慈恵会医科大学柏病院精神神経科教授ほか、栗田圭一 東北大精神神経科助教授、池田学 愛媛大医学部神経精神科助教授、植木昭紀 兵庫医科大学精神神経科助教授、北村伸日本医科大学第二病院内

科助教授、中村祐 奈良県立医大精神科助教授の6

名)がAGREE PROJECT の基準¹⁾に従って実施した。評価票は表1に示す。本評価は6領域 23 項目についてstrongly disagreeからstrongly agreeまでの4件法で評価を行う方法である。委員長を除く5名の評価委員が本ガイドラインに含まれる9つのガイドラインそれぞれについて、本評価票を記入し、委員長がとりまとめを行った。

C. 結果と説明

本研究は表題のガイドラインを作成するために、リサーチクエスチョンを設定し、その内容を検索のためのキーワードを用いて過去約 10 年間の文献を収集した。集められた文献を以下の8領域に分類した。領域は①診断(診断手順の実際)②画像所見・神経心理学検

査の有用性③鑑別診断としての生物学的指標の有用性④認知機能障害を対象とした薬物療法⑤精神療法・行動障害を対象とした薬物療法⑥非薬物療法的アプローチ⑦ケアマネジメント⑧看護、に分けられた。評価はエビデンスレベルを6段階とした。また勧告の強さは4段階とした。

上記に従い AGREE プロジェクトによる治療ガイドライン評価基準を用いて5名の評価者が評価した結果は表2～10に示した。

診断手順の実際には、5名の評価者の結果は12項目において AGREE が得られ、11項目において DISAGREE であった。領域別にみると、領域1は3つの全項目が AGREE 以上であり、ねらいと目的は明確であったと判断される。領域2は関係者の関わりが、患者の立場と好み、臨床医への検討で DISAGREE であったが、専門領域の検討、ガイドラインの使用者については AGREE が得られた。領域3は推奨、健康への利益の定式化、外部評価、更新において DISAGREE であったが系統的方法、選択基準、エビデンスにおいて AGREE であった。領域4はリーフレットのみが DISAGREE であったが明確さ、選択肢推奨が AGREE であった。領域5は障害、コスト、モニタリングの全項目で DISAGREE であった。領域6では、利害関係で DISAGREE、研究基で AGREE を得た。全体としては RECOMMENDATION できると判定した評価者は4名であり、診断手順の実際は良効な結果であった。

画像所見の解釈では5名の評価者の結果は11項目において AGREE が得られ、12項目において DISAGREE であった。領域1は3つの全項目が AGREE 以上であり、ねらいと目的は明確であった。領域2では患者の立場、明確さ、臨床医への検討で DISAGREE であったが、専門領域は AGREE であった。領域3は推奨、健康への利益の定式化、外部評価、更新で DISAGREE であったが、系統的方法、選択基準、エビデンスにおいて AGREE であった。領域4は推奨、リーフレットで DISAGREE であったが明確さ、選択肢で

AGREE であった。領域5はコスト、モニタリングで DISAGREE であったが、推奨は AGREE であった。領域6は、利害関係で DISAGREE であったが、研究基で AGREE であった。全体としては RECOMMENDATION できると判定した評価者は4名であった。画像所見は良効な結果と判断される。

神経心理学的検査は、5名の評価者の結果は、10項目において AGREE が得られ、13項目において DISAGREE であった。領域1は3つの全項目が AGREE 以上であり、ねらいと目的は、明確であった。領域2では患者の立場、明確さ、臨床医への検討で DISAGREE であったが、専門領域で AGREE が得られた。領域3では、明確さ、推奨健康への利益、外部評価、更新で DISAGREE であったが系統的方法、エビデンスで AGREE が得られた。領域4ではリーフレットで DISAGREE があったが、明確さ、選択肢、推奨で AGREE が得られた。領域5では障害、コスト、モニタリングで DISAGREE であり、AGREE の項目はなかった。領域6では利害関係が DISAGREE であったが、研究基で AGREE であった。全体としては RECOMMENDATION できると判定した評価者は4名であった。神経心理学的検査は良効な結果と判断される。

生物学的指標・鑑別診断では5名の評価者の結果は12項目において AGREE が得られ、11項目において DISAGREE であった。領域1は3つの全項目が AGREE 以上であり、ねらいと目的は明確であった。領域2では、患者の立場、明確さ、臨床医への検討では、DISAGREE であったが、専門領域は AGREE であった。領域3は推奨、外部評価、更新では DISAGREE であったが、系統的方法、明確さ、健康への利益、エビデンスにおいて AGREE であった。領域4ではリーフレットのみが AGREE であったが、明確さ、選択肢、推奨において AGREE であった。領域5では障害、コスト、モニタリングの全項目で AGREE であった。領域6では利害関係が DISAGREE であったが、研究基で

AGREEであった。全体としてはRECOMMENDATIONできると判断した評価者は5名であった。全員であり良好な結果であった。

薬物療法では5名の評価者の結果は12項目においてAGREEが得られ、11項目においてDISAGREEであった。領域1は3つの全項目においてAGREE以上でありねらいと目的は明確であった。領域2では患者の立場、明確さ、臨床医への検討ではDISAGREEであったが、専門領域ではAGREEであった。領域3では、外部評価、明確さ、推奨、健康への利益、エビデンスでAGREEであった。領域4では、明確さ、リーフレットでDISAGREEであったが、選択肢、推奨でAGREEであった。領域5では障害、コスト、モニタリングの全項目でDISAGREEであった。領域6では利害関係でDISAGREE、研究基でAGREEであった。全体としてはRECOMMENDATIONできると判断した評価者は5名全員であり良好な結果であった。

精神症状・行動障害では、5名の評価者の結果は、13項目においてAGREEが得られ、10項目においてDISAGREEであった。領域1は3つの全項目においてAGREE以上であり、ねらいと目的は明確であった。領域2では患者の立場、明確さ、臨床医への検討ではDISAGREEであったが、専門領域ではAGREEであった。領域3では、外部評価、更新でDISAGREEであったが、系統的方法、明確さ、推奨、健康への利益、エビデンスでAGREEであった。領域4ではリーフレットでDISAGREEであったが、明確さ、選択肢、推奨でAGREEであった。領域5では障害、コスト、モニタリングの全てにおいてDISAGREEであった。領域6では利害関係がDISAGREEであったが研究基でAGREEであった。全体としてはRECOMMENDATIONできると判断した評価者は5名全員であり、良好な結果であった。

非薬物療法的アプローチでは、5名の評価者の結果は13項目においてAGREEが得られ、10項目においてDISAGREEがゆうせいであった。領域1は3つの

項目においてAGREE以上であり、ねらいと目的は明確であった。領域2では専門領域、患者の立場、明確さ、臨床医への検討の全ての項目でDISAGREEであった。領域3では外部評価、更新においてDISAGREEであったが、系統的方法、明確さ、推奨、健康への利益、エビデンスにおいてAGREEであった。領域4ではリーフレットがDISAGREEであったが、明確さ、選択肢、推奨でAGREEであった。領域5では、コスト、モニタリングがDISAGREEであったが、障害でAGREEであった。領域6では利害関係がDISAGREEであったが、研究基でAGREEであった。全体としてはRECOMMENDATIONできると判断した評価者は5名全員であり、ほぼ良好な結果であった。

ケアマネジメントでは、5名の評価者の結果は、8項目においてAGREEが得られたが、15項目でDISAGREEであった。領域1は3つの全項目においてAGREEであり、ねらいと目的はほぼ明確であった。領域2は専門領域、患者の立場、明確さ、臨床医への検討の全項目でDISAGREEであった。領域3では、健康への利益、外部評価、更新でDISAGREEであったが、系統的方法、明確さ、推奨、エビデンスでAGREEであった。領域4では、明確さ、選択肢、推奨、リーフレットの全ての項目で、DISAGREEであった。領域5では、障害、コスト、モニタリング、の全項目でDISAGREEであった。領域6では利害関係でDISAGREEであったが、研究基ではAGREEであった。全体としてはRECOMMENDATIONできると判断した評価者は2名であり、不十分な結果であった。

看護ガイドラインでは5名の評価者の結果は6項目においてAGREEが得られ、17項目でDISAGREEであった。領域1は3つの全項目でAGREEでありねらいと目的はほぼ明確であった。領域2は専門領域、患者の立場、明確さ、臨床医への検討の全項目でDISAGREEであった。領域3は、推奨、健康への利益、エビデンス、外部評価、更新でDISAGREEであったが、系統的方法、明確さにおいてAGREEであった。領域

4では明確さ、選択肢、推奨、リーフレットの全項目においてDISAGREEであった。領域5では、障害、コスト、モニタリングの全項目で、DISAGREEであった。領域6では利害関係でDISAGREEであったが、研究基でAGREEであった。全体としてRECOMMENDATIONできると判定した評価者は1名であり、他はRECOMMENDATIONできないとしたものが4名であった。

D. 結論

23項目の質問項目からなるAGREEプロジェクトによる診療ガイドライン評価基準を用いた結果は、明瞭な内容となった。診療手順の実際(AGREE:DISAGREE=12:11)、画像所見の解釈(11:12)、神経心理学的検査(10:13)、生物学的指標、鑑別診断(12:11)、薬物療法(12:11)、精神症状・行動障害(13:10)、非薬物療法的アプローチ(13:10)、ケアマネジメント(8:15)、看護ガイドライン(6:17)であり、条件付で推奨すると、強く推奨するを合わせると、診療手順の実際は4/5、画像所見の解釈は4/5、神経心理学的検査は4/5、生物学的指標・鑑別診断は5/5、薬物療法は5/5、精神症状・行動障害は5/5、非薬物療法的アプローチは5/5、ケアマネジメントは2/5、看護ガイドラインは1/5であった。以上より、前者の7つのカテゴリーではほぼ良好な結果と評価されたが、後者の2つのカテゴリーつまり、ケアガイドライン(ケアマネジメント)および診療ガイドラインは、不十分であると結論された。ケアマネジメントおよびケアではエビデンスとしてレベルの高い実証的な結果を得にくいということもあるが、他の領域と比べて今までに得られている圧倒的にエビデンスが少ないことによる影響がある。この点に関しては、今後の研究成果が期待される。もう1点、本ガイドライン作成では分担研究者として生物統計・疫学の専門家が含まれていなかった。さらに、本ガイドラインの使用目的を考慮すると、保健・医療・福祉関係者および患者代表としての家族が含まれるべきであったといえる。今後、本ガイドラインは改訂される必要が

あるが、ぜひ検討されるべき課題であろう。

文献

1. The AGREE Collaboration: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003; 12: 18-23.

表 2. 診察手順の実際：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			2	3
2			1	4
3			4	1
4		2	2	1
5	3	2		
6		2	2	1
7	4	1		
8			2	3
9		2	2	1
10		4	1	
11	2	1	1	1
12			3	2
13	3	1		1
14	4	1		
15		1	2	2
16		2	1	2
17		1	1	3
18	4	1		
19	1	3	1	
20	3	1	1	
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体	1	2	2

表 3. 画像所見の解釈：5人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1		1	2	2
2			1	4
3			3	2
4		2	2	1
5	4	1		
6	3	2		
7	4	1		
8			3	2
9		1	3	1
10	1	3	1	
11	2	2	1	
12			3	2
13	3	1		1
14	4	1		
15	1		2	2
16		2	2	1
17		3		2
18	4	1		
19	2		3	
20	2	3		
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体	1	3	1

表 4. 神経心理学的検査：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1		1	2	2
2			1	4
3			4	1
4		2	3	
5	4	1		
6	4	1		
7	4	1		
8			1	4
9		3	1	1
10		4	1	
11	2	3		
12			2	3
13	3	1		1
14	3	1	1	
15		2	3	
16		2	3	
17		2	3	
18	4	1		
19	1	3	1	
20	4	1		
21	2	3		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体	1	4	

表 5. 生物学的指標・鑑別診断：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			3	2
2			2	3
3			4	1
4		2	2	1
5	4	1		
6	3	1	1	
7	4	1		
8			3	2
9		2	3	
10		3	2	
11	1	1	3	
12		1	3	1
13	3	1		1
14	4	1		
15			3	2
16		1	2	2
17		2	3	
18	3	1		1
19	2	2	1	
20	3	2		
21	2	3		
22	1	1	0	3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体		5	

表 6. 薬物療法：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			2	3
2			1	4
3			3	2
4		2	2	1
5	3	1	1	
6	3	1	1	
7	4	1		
8			2	3
9		2	2	1
10		2	2	1
11			3	2
12			2	3
13	3	1		1
14	1	4		
15		3	1	1
16		1	1	3
17			2	3
18	3	1		1
19	1	2	2	
20	3	2		
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体		2	3

表 7. 精神症状・行動障害：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			2	3
2			1	4
3			4	1
4		2	1	2
5	3	1	1	
6	2	2	1	
7	4	1		
8			1	4
9		2	2	1
10		2	2	1
11		2	1	2
12			2	3
13	3	1		1
14	4	1		
15		1	3	1
16		1	1	3
17		2	1	2
18	4	1		
19	1	2	2	
20	3	2		
21	2	2	1	
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体		4	1

表 8. 非薬物療法的アプローチ：5 人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			3	2
2			1	4
3			4	1
4		3		2
5	3	1	1	
6	2	3		
7	4	1		
8			1	4
9			2	3
10		1	2	2
11		2	2	1
12		1	2	2
13	2	1	0	2
14	3	2		
15			3	2
16			3	2
17		1	3	1
18	4	1		
19		1	3	1
20	3	1	1	
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体		3	2

表9. ケアマネジメント：5人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1			3	2
2	1	1	1	2
3			4	1
4		3	1	1
5	4	1		
6	1	3	1	
7	4	1		
8		1	1	3
9		2		3
10	1	1	1	2
11	1	2	2	
12	1	1	1	2
13	3	1		1
14	4	1		
15	1	2	1	1
16	1	2	1	1
17	1	2	2	
18	4	1		
19	2	1	2	
20	3	1	2	
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体	3	1	1

表10. 看護ガイドライン：5人の評価委員の評価分布

評価項目	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1		1	2	2
2		1	2	2
3		1	4	
4		3		2
5	4	1		
6	2	2	1	
7	4	1		
8			2	3
9		2	1	2
10	3	1	2	
11	2	2	1	
12	1	2	2	
13	3	1		1
14	4	1		
15		4	1	
16		3	1	1
17	1	3	1	
18	4	1		
19	1	4		
20	3	2		
21	3	2		
22	1	1		3
23	3	2		

評価項目	推奨できない	条件付きで 推奨する	強く推奨する
全体	4	1	

保健・医療・福祉関係者のためのアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインの有用性の検討

主任研究者 本間 昭(東京都老人総合研究所 痴呆介入研究グループ)

研究要旨

町田市の居宅ケアマネジャーに対して、保健・医療・福祉関係者のためのアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインに沿ったモデル研修事業を毎月1回1年間にわたり実施した。本研修では本ガイドラインの有用性を検討するために、アルツハイマー型痴呆患者の問診ビデオを用いて、問診に含まれる痴呆症状を Observation List for early signs of Dementia (OLD)を用いて各参加者に評価することを求めた。1例については研修前後で正答率の変化を比較し、3例については正答率を検討した。経時的変化の検討(N=83)では一回目の正答率は 13.3～100%、二回目の正答率は 9.6～100%であった。3例の正答率(N=102)の分布はそれぞれ、10.8～100%、1.0～100%、9.8～99.0%であった。これらの結果から中等度以上のアルツハイマー型痴呆であれば、痴呆を疑うことができ、軽度の場合にはオーバーダイアグノシスになる傾向が示された。痴呆の存在を疑うことが OLD の目的であることを考えれば十分に達成できていることになる。しかし、研修方法と内容について今後さらに検討する必要があることが示された。

研究協力者 坂田成輝(東京都老人総合研究所)

A. 研究目的

保健・医療・福祉関係者の痴呆に関する理解と認識は必ずしも満足できるものではないことはよく知られているが、「2015 年の高齢者介護」で示されているように痴呆ケアを高齢者ケアの標準型としていくためには保健・医療・福祉関係者がまず痴呆についての理解を十分に持つことが必要なことは明らかである。本研究の主任研究者らは平成 13 年度から2か年度にわたってアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン(一般向け)を作成したが、16 年度は、保健・医療・福祉関係者を対象とした内容のガイドラインを作成した。そのガイドラインの有用性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

本ガイドラインの有用性を検討するために、町田市の居宅サービスケアプランを作成している介護支援専門員(以下ケアマネジャー)102 人を対象に毎月1回2時間の講義と事例検討を1年間実施し、この研修の前半に1回と後半に1回の計2回、ビデオ法を用いて、痴呆症状をどの程度捉えることができるか検討した。対象者の背景は表1に示す。職種別の内訳は表2に掲げた。講義のテーマと講師は表3に示した。内容は基本的には 16 年度にまとめられる予定であったアルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドラインに準拠した。痴呆症状評価のためのビデオは軽度から中等度のアルツハイマー型痴呆患者に対するそれぞれの主治医の問診を患者と家族の同意を得た後に録音し、それを原稿に起こした。その内容を主任研究者が整理、確認し、台本として作成し、プロの俳優が患者と家族役を行い、問診はアルツハイマー型痴呆の臨床に熟達した精神科医および神経内科医(3人が行った

が全員とも日本老年精神医学会評議員であり、学会認定の指導医である)が行った。

痴呆症状のチェックは Observation List for early sings of Dementia (OLD)を用いた(表4)。OLDの原法では4項目以上に当てはまる場合には痴呆を疑うというものであるが、ここでは合計得点を算出する方法ではなく、それぞれの項目について、「はい」「いいえ」「判断不能」の3件法で回答を求め、個々の項目の正答率を比べた。基準となる正答は主任研究者が評価した結果を用いた。ビデオは3症例用意し、15年7月に第1症例の第1回目の評価を実施した。さらに16年1月に第1症例の2回目の評価および第2・第3症例の評価を実施し、3症例の正答率をみた。第1症例については2回の評価を通しての正答率の変化を検討した。このビデオを用いた評価は以下の研修意図もあった。つまり、ケアマネジャーとして利用者と対峙したときには、痴呆があるのかどうかを判断すること求められるが、専門家が見れば明らかに痴呆がある利用者であっても、ケアマネジャーは痴呆に気づいていないというケースがしばしば見られる。つまり、多くのケアマネジャーは、痴呆に関する知識をある程度持っているが、その知識が現場では生かされていないと考えられる。そこで、高齢者のどういう言動から痴呆であることを判断したらいいのかを、実習形式で研修することにした。ビデオ提示前に、講師より OLD についての説明が行われ、ビデオ終了後、患者の言動や表情のどこから症状を判断するのかについて、講師より解説が行われた。

C. 結果

1. 第1症例の2回の評価における正答率の変化

結果を表5にまとめた。1回目と2回目の評価ができた対象者の変化をみたため人数は83人となった。第1回目の評価時の正答率は13.3～100%まで分布している。「同じことを言うことがしばしばある」、「いつも同じ話を繰り返す」および「家族に依存する様子がある」の3項目では正答率がそれぞれ13.3%、18.1%、15.7%

と、他の項目に比べて低かった。この2項目を除くと正答率は66.3～100%となる。この傾向は2回目の評価時でもほぼ同様であった。1回目と2回目の評価で顕著に正答率が変化した項目はなかった。

職種別に2回の評価の変化を示した結果が表6である。医療看護が31人、介護福祉が39人である。他の職種は表2に示すように人数が少なかったためにここでの比較からは省いた。正答率が低い項目は2つの職種についても同様であったが、職種間で明らかな正答率の違いが認められた項目はなかった。

2. 3症例のビデオ評価における正答率

結果は表7に示すようであった。評価した人数は102人である。症例1～3の正答率の分布は、それぞれ、10.8～100%、1.0～100%、9.8～99.0%であった。症例1では「同じことを言うことがしばしばある」、「いつも同じ話を繰り返す」、「会話を理解することがかなり困難」および「家族に依存する様子がある」の4項目で正答率が低い。症例2で正答率が低かった項目は「最近聞いた話を繰り返すことができない」、「特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある」、「時間の観念がない」の3項目であった。症例3では、「最近聞いた話を繰り返すことができない」の1項目で正答率が特に低かった。3症例の評価を通して、特に一定の項目についての正答率が低かった傾向はみられなかった。

職種別の正答率を症例1～3について示したものが表8-1～3である。症例1では、「会話を理解することがかなり困難」の項目の正答率で医療看護5.7%、介護福祉12.5%と多少の差があるが、他の項目では違いはなかった。症例2では、特記すべき違いは認められなかった。症例3では他の2症例よりも多少の違いが見られた項目が多かった。つまり、「最近聞いた話を繰り返すことができない」で医療看護17.1%、介護福祉で5.4%、「特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある」で同様に40.0%と23.2%、「時間の観念がない」で20.0%と12.5%であった。

D. 説明とまとめ

OLD は12項目から構成されているが、67～83%の項目で、つまり8項目から 11 項目で正答率はほぼ満足すべき割合が示された。OLD では4項目以上の症状があれば痴呆が疑われるため、8～11 項目に示されている症状を察知できれば十分に痴呆を疑うことができる。症例1は中等度のアルツハイマー型痴呆であったが、90%以上が8項目で正答しており、症状が捉えられているといえる。症例2と3は軽度のアルツハイマー型痴呆である。症例2では3項目の症状が認められるビデオであるが、これら3項目の正答率は 87.5～100%であった。症例3は2項目に相当する症状が認められる例であったが、これらの2項目の正答率は 94.6～100%であった。つまり、中等度以上のアルツハイマー型痴呆であれば、痴呆を疑うことができ、軽度の場合にはオーバーダイアグノーシスになる傾向といえる。痴呆の存在を疑うことが OLD の目的であることを考えれば十分に達成できていることになる。

正答率が低い項目が必ずしも一定していなかった点について、その理由を明らかにすることはできないが、100 人以上という多数の対象者にビデオを供覧したという方法論上の問題、あるいは問診内容の工夫、評価項目の表現などの問題を含めて今後さらに検討が必要であろう。いずれにしても、本研究の結果から、多少の改良を加えれば、ケアマネジャーが現場で要介護認定者の痴呆症状を捉える目を養うことは十分に可能であることが示された。

E. 文献

Hopman-Rock M, Tak EC, Staats PG: Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia (OLD). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16: 406-14.

表 1. 対象者の基本特性

性別	男性 15人 (14.7%)
	女性 87人 (85.3%)
平均年齢	48.2±11.0歳
平均担当利用者数 (第1回 68人)	38.3±25.1人
平均担当利用者数 (第2回 101人)	36.4±22.9人
担当利用者中の痴呆割合平均 (第1回 67人)	38.2±27.0%
担当利用者中の痴呆割合平均 (第2回 99人)	34.1±26.8%
平均ケアプラン数/月 (第1回 66人)	34.4±24.1件
平均ケアプラン数/月 (第2回 100人)	30.2±21.4件
平均週勤務時間 (第1回 71人)	42.5±14.4時間
平均週勤務時間 (第2回 101人)	39.8±12.5時間
ケアマネジャー実務年数平均 (第1回 77人)	1.7±1.1年
ケアマネジャー実務年数平均 (第2回 101人)	2.3±1.3年

表 2. 対象者の職種

	度数	有効%
医療看護系	35	34.3
福祉介護系	56	54.9
医療・福祉内	8	7.8
医療・福祉外	3	2.9
合計	102	100.0

表3. 年間の研修スケジュールと講義のテーマと講師

第1回	03年4月11日	第1回アンケート調査 講義:痴呆の在宅介護へのサポート 本間 昭(東京都老人総合研究所)
第2回	03年5月23日	講義:在宅痴呆性高齢者の介護者のストレスと心理的サポート 新名理恵(東京都老人総合研究所) 事例検討1
第3回	03年6月13日	講義:痴呆の理解を踏まえた在宅介護へのサポート 本間 昭(東京都老人総合研究所) 事例検討2
第4回	03年7月11日	講義・実習:痴呆症状の評価(痴呆チェックリストOLDを用いて) 今井幸充(日本社会事業大学) 事例検討3
第5回	03年9月12日	講義:痴呆の在宅介護と成年後見制度 五十嵐禎人(東京都精神医学総合研究所) 事例検討4
第6回	03年10月10日	講義:痴呆の在宅介護における地域精神科医の役割 石井徹郎(石井メンタルクリニック) 事例検討5
第7回	03年11月14日	講義:痴呆性高齢者の在宅介護と地域システム 加瀬裕子(桜美林大学) 事例検討6
第8回	03年12月12日	講義:痴呆の治療 繁田雅弘(東京都立保健科学大学) 事例検討7
第9回	04年1月16日	第2回アンケート調査 実習:痴呆症状の評価(痴呆チェックリストOLDを用いて)
第10回	04年2月13日	講義:ケアマネジャーとかかりつけ医 木之下 徹(こだまクリニック) 事例検討8
第11回	04年3月12日	研修の評価報告(調査結果報告、各参加者への個人報告など) 修了証・参加証の配布