

表2: 最小二乗法による在宅介護サービスの需要分析

| 説明変数 | <被説明変数> 1ヶ月当たりの平均利用回数(自然対数) | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 2000年度サンプル | 2001年度サンプル | 2002年度サンプル |
| | 推定値 (標準誤差) | 推定値 (標準誤差) | 推定値 (標準誤差) |
| 1回当たりの平均費用(価格のproxy: 自然対数) | -0.222 *** (0.036) | -0.185 ** (0.026) | -0.275 *** (0.029) |
| 女性 | -3.306 (2.617) | (1.258) (2.234) | 0.553 (2.211) |
| 年齢 | -0.004 (0.049) | 0.032 (0.042) | 0.005 (0.045) |
| 年齢の2乗 | 0.0001 (0.0003) | -0.0002 (0.0003) | -0.00002 (0.0003) |
| 女性*年齢 | 0.090 (0.066) | -0.031 (0.057) | -0.013 (0.057) |
| 女性*年齢の2乗 | -0.001 (0.0004) | 0.0002 (0.0004) | 0.0001 (0.0004) |
| 要介護度1 | -0.006 (0.098) | -0.0262 (0.092) | 0.136 (0.088) |
| 要介護度2 | 0.042 (0.095) | 0.008 (0.096) | 0.174 (0.092) |
| 要介護度3 | 0.062 (0.099) | 0.035 (0.098) | 0.131 (0.094) |
| 要介護度4 | -0.078 (0.098) | -0.107 (0.097) | 0.055 (0.096) |
| 要介護度5 | -0.120 (0.095) | -0.117 (0.093) | 0.092 (0.091) |
| 要介護度増加 | - | 0.053 (0.068) | 0.250 *** (0.064) |
| 要介護度減少 | - | -0.361 *** (0.060) | 0.417 *** (0.042) |
| 定数項 | 3.142 (1.947) | 1.970 (1.660) | 3.081 (1.748) |
| Adj R-squared | 0.152 | 0.106 | 0.179 |

注: 「***」、「**」、「*」はそれぞれ、1%、5%、10%の水準で統計学的に有意であることを示す。また、全ての回帰分析は地域ダミー変数により調整済み。

表3: Tobitによる訪問介護(家事援助、身体介護、複合型)サービスの需要分析

| 説明変数 | <被説明変数> 1ヶ月当たりの平均利用回数(自然対数) | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|
| | 2000年度サンプル | | 2001年度サンプル | | 2002年度サンプル | |
| | 推定値 (標準誤差) | 限界効果 | 推定値 (標準誤差) | 限界効果 | 推定値 (標準誤差) | 限界効果 |
| 1回当たりの平均費用(価格のproxy: 自然対数) | -1.016 (0.113) | -0.226 *** | -0.551 (0.077) | -0.136 *** | -0.966 (0.079) | -0.239 *** |
| 女性 | 18.070 (11.262) | 4.320 | 6.573 (7.977) | 1.401 | 16.051 (7.932) | 4.224 ** |
| 年齢 | 0.397 (0.236) | 0.088 * | 0.093 (0.161) | 0.023 | 0.303 (0.175) | 0.075 * |
| 年齢の2乗 | -0.003 (0.002) | -0.001 * | -0.001 (0.001) | -0.0002 | -0.002 (0.001) | -0.0005 * |
| 女性*年齢 | -0.456 (0.287) | -0.101 | -0.144 (0.204) | -0.036 | -0.384 (0.205) | -0.095 * |
| 女性*年齢の2乗 | 0.003 (0.002) | 0.001 | 0.001 (0.001) | 0.0002 | 0.002 (0.001) | 0.0006 * |
| 要介護度1 | -0.133 (0.306) | -0.029 | -0.506 (0.269) | -0.119 * | 0.203 (0.230) | 0.051 |
| 要介護度2 | -0.650 (0.305) | -0.135 ** | -0.891 (0.288) | -0.202 *** | -0.417 (0.250) | -0.099 * |
| 要介護度3 | -0.692 (0.323) | -0.143 ** | -1.124 (0.302) | -0.247 *** | -0.245 (0.260) | -0.059 |
| 要介護度4 | -1.504 (0.341) | -0.292 *** | -1.607 (0.307) | -0.344 *** | -0.933 (0.280) | -0.207 *** |
| 要介護度5 | -1.435 (0.323) | -0.290 *** | -1.775 (0.294) | -0.387 *** | -1.591 (0.268) | -0.350 *** |
| 要介護度増加 | 0.046 (0.170) | 0.010 | 0.413 (0.240) | 0.107 * | -0.261 (0.220) | -0.063 |
| 要介護度減少 | 0.534 (0.357) | 0.128 | 0.403 (0.211) | 0.099 * | 0.188 (0.129) | 0.047 |
| 定数項 | -6.268 (9.320) | -1.393 | 1.797 (6.266) | 0.444 | -2.884 (6.749) | -0.714 |
| Log likelihood | -830.070 | | -1,294.725 | | -1,367.689 | |

注: 「***」、「**」、「*」はそれぞれ、1%、5%、10%の水準で統計学的に有意であることを示す。また、全ての回帰分析は地域ダミー変数により調整済み。

E. 研究発表

1.論文発表

清水谷諭、野口晴子

介護・保育サービス市場の経済分析：マイクロデータ
による実態解明と政策提言

東洋経済新報社 2004.6

野口晴子、清水谷諭、茅野真男

経皮的冠動脈形成術（PTCA）実施後の急性心筋梗塞
疾患患者に対する治療選択と治療成績の定量的検
証：「ESRI・急性心筋梗塞患者データ 2003」による
実証分析

日本経済研究 49:67-116 2004.4

清水谷諭、鈴木亘、野口晴子、

介護サービス市場の実証研究 8：Otsourcing
At-home Elderly Care and Female Labor
Supply:Micro-level Evidence from Japan's Unique
Experience

内閣府経済社会総合研究所 (ESRI) Discussion Paper
Series NO.89 2004.4

清水谷諭、野口晴子

介護サービス市場の実証研究 7：在宅介護サービス
需要の価格・所得弾力性：仮想市場法（CVM）及び実
際の介護需要による推定

内閣府経済社会総合研究所（ESRI）Discussion
Paper Series NO.85 2004.2

2.学会発表

なし

F.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|--|-----------------------|--------|-----------|------|
| 三浦久幸 遠藤英俊 | 痴呆症の早期診断と対策 | 日本医事新報 | 4173 | 1-9 | 2004 |
| 遠藤英俊 井口昭久 | 高齢者の多臓器不全の考え方 1 | Geriatric Medicine | 42(4) | 411-413 | 2004 |
| 遠藤英俊 梅垣宏行 数井裕光 | 痴呆症学(3)－高齢社会と脳科学 の進歩－ | 日本臨床 | 62(4) | 312-316 | 2004 |
| 遠藤英俊 三浦久幸 佐竹昭介 | 特集 周辺症状への対応 | 治療 | 86(5) | 131-134 | 2004 |
| 遠藤英俊 三浦久幸 佐竹昭介 野村秀樹 | I 高齢者感染症の特徴 4. 高齢者 在宅感染症対策 | 科学療法の領 域 | 20 | 32-35 | 2004 |
| 遠藤英俊 | 介護保険制度の問題点と見直し への提言 | 精神神経雑誌 | 106(1) | 73-77 | 2004 |
| 遠藤英俊 | 高齢者の包括医療 | 日本老年医学 会雑誌 | 41(4) | 375-377 | 2004 |
| 遠藤英俊 大島伸一 三浦久幸 大西丈二 梅垣宏行 鈴木裕介 井口昭久 | 高齢者医療の現状と展望VI:最近 のトピックス 1. 諸外国における高齢 者医療の現状 | 日本内科学会 雑誌 | 93(12) | 2599-2602 | 2004 |
| Kanie J Suzuki Y Akatsu H Kuzuya M Iguchi A | Prevention of late Complications by half-solid enteral nutrients in percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding | Gerontology | 50 | 417-419 | 2004 |
| Onishi J Kuzuya M Sakaguchi H | Survival rate after percutaneous endoscopic gastrostomy in a long-term care hospital | Clin Nutr. | 23 | 1248-1249 | 2004 |

| | | | | | |
|---|---|--|--------|----------|------|
| Onishi J Umegaki H Suzuki Y Uemura K Kuzuya M Iguchi A | The relationship between functional disability and depressive mood in Japanese older adult inpatients | J Geriatr Psychiatry Neurol | 17 | 93-98 | 2004 |
| Kuzuya M Kanda S Koike T Suzuki Y Satake S Iguchi A | Evolution of Mini-Nutritional assessment for Japanese frail elderly | Nutrition | | in press | 2004 |
| Kuzuya M Kanda S Koike T Suzuki Y Satake S | Lack of correlation between total lymphocyte count and nutritional status in the elderly | Clin Nutr | | in press | 2004 |
| Onishi J Masuda Y Kuzuya M Ichikawa M Hashizume M Iguchi A | Long-term prognosis and satisfaction after percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital | Geriatrics and Gerontology International | 4 | 127-131 | 2004 |
| 葛谷雅文 大西文二 井口昭久 | 高齢者医療の現場における低栄養ならびに栄養管理の認識度の調査 | 日本臨床栄養学会誌 | 26 | 235-238 | 2004 |
| 葛谷雅文 | 大学病院における老年医学専門医の役割ならびに問題点 | 日本老年医学会誌 | 41 | 378-380 | 2004 |
| 小池晃彦 葛谷雅文 井口昭久 | 高齢者の「筋肉減少症」 Sarcopenia | Geriatric Medicine | 42 | 919-923 | 2004 |
| 益田雄一郎 井口昭久 | 高齢者の終末期ケア | 医学のあゆみ | 212(3) | 209-213 | 2005 |
| Hirakawa Y Masuda Y Uemura K Kuzuya M Iguchi A | Effect of long-term care insurance on communication/recording tasks for in-home nursing care services | Archives of Gerontology and Geriatrics | 38 | 101-113 | 2004 |

IV 研究成果の刊行物・別刷

痴呆症の早期診断と 対策

国立長寿医療センター外来
診療部外来総合診療科医長

三 浦 久 幸
み うら ひさ ゆき

同センター包括診療部長

遠 藤 英 俊
えん どう ひで とし

◆キーワード

痴呆症
軽度認知機能低下
早期診断
薬物療法
非薬物療法

【要旨】

近年、心理検査、画像検査などによる診断法の向上により、アルツハイマー型痴呆症の極早期の段階（軽度認知機能低下）の患者が検出可能となってきた。しかし、これらの患者に対する薬物・非薬物療法は確立されておらず、今後の開発・確立が迫られている。

一、痴呆症の早期診断

人類始まって以来の超高齢化社会を目前にして、痴呆症患者数も年々増加し、このため要介護状態にある痴呆患者数も年々増えている。痴呆症疾患としては血管

性痴呆症およびアルツハイマー型痴呆症等の変性性痴呆疾患が代表的であるが、両疾患とも増加が認められる。血管性痴呆は糖尿病等の生活習慣病を主な危険因子として発症するため、高齢化に伴い動脈硬化性疾患が増加することが影響していると考えられる。一方、

アルツハイマー型痴呆を代表とする変性性痴呆症の主な危険因子は加齢そのものであり、高齢となるほど発症率は高くなる。血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆ともに痴呆症状が明らかとなる前に、できるだけ早期に診断し、予防的介入や進行抑制のための治療を行う必要がある。

ここでは、主にアルツハイマー型痴呆の早期診断および対策についての最近の知見を中心に述べる。

（一）痴呆症の早期診断の必要性

高齢化とともに痴呆症の増加に伴う要介護者が増加し、痴呆症の

介護・治療の関心が高まっている。本人・家族のニーズに応えるために、介護の現場では痴呆症の介護をより専門的に行うための活動が展開されている。しかしながら、介護の障害となる痴呆症の存在に気づき医療機関を受診するケースの多くは、すでに痴呆症が中等度あるいはそれ以上に進行しており、これらの治療としては進行予防重視というよりも、むしろ介護上の障害となる症状、すなわち妄想や睡眠障害等に対しての現実的な対応が要求される。いいかえると、「介護に困り受診」という形では、進行予防という点ではすでに遅きに失しているわけである。

後述するが、痴呆症に対する薬物療法、非薬物療法とも痴呆症ができるだけ早期であるほど有効性が高いと考えられているため、できるだけ早期の痴呆症をどのようシシステムで発見していくかが重要なテーマとなっている。

最近になり、「物忘れ外来」や「脳ドック」等の名称で特殊外来を作り、早期の痴呆症を診断するシステムを持つ病院も少しずつ増

表1 認知機能低下についてのこれまでの臨床的定義

| 用語 | 報告者 | 発表年 | 診断基準(概要) |
|---|----------------------|------|---|
| Benign senescent forgetfulness (良性老人性もの忘れ) | Kral | 1962 | 記憶についての訴え |
| Age-associated memory impairment (AAMI: 加齢に伴う記憶減退) | Cookら | 1986 | 主観的もの忘れの訴えと若年者に比した客観的記憶力低下 |
| Late-life forgetfulness (晩年期もの忘れ) | Blackford, LaRue | 1989 | 加齢に伴う記憶減退と年齢で補正した4つの認知テストでの低下 |
| Aging-associated cognitive decline (AACD: 加齢に伴う認知機能低下) | 国際老年精神医学会 (Levyら) | 1994 | 年齢で補正した認知機能の低下(特定の認知機能領域に限定せず) |
| Age-related cognitive decline (ARCD) | 米国精神医学会 (DSM IV) | 1994 | 認知機能の客観的低下 |
| Mild cognitive decline (MCD) | ICD-10 | 1993 | 定義した疾患による学習、記憶、集中力の低下 |
| Mild neurocognitive decline (MND) | 米国精神医学会 (DSM IV) | 1994 | 記憶、学習能力、知覚-運動機能、言語、実行機能の低下 |
| Cognitive impairment-no dementia (CIND) | Grahamら | 1995 | 記憶、学習能力、知覚-運動機能、言語、実行機能の低下があるが、臨床的に痴呆ではない |
| Mild cognitive impairment (MCI: 軽度認知機能低下) | Petersenら | 1999 | 主観的もの忘れの訴えと年齢と教育歴で補正した客観的記憶力低下、痴呆ではない |

えているが、全国的にみるとこの数は少なく、このため地域の高齢者が気軽に利用できる状況にはない。また、この外来への受診そのものが「物忘れの自覚症状」に頼ることが多く、実際には現在の痴呆患者のほとんどは物忘れ外来の利用経験がなく、進行して家族が介護に困るようになって初めて医療機関を受診するという現状である。

したがって早期痴呆患者の発見には、地域の高齢者への物忘れについての検診を徹底し、医療や福祉・行政が協力し、積極的に早期の痴呆患者をみつけていくための体制作りが必要である。一方では、このような地域での大規模な検診に耐えうる早期痴呆の診断システムの開発が急務となっている。

(2) アルツハイマー型痴呆症の早期検出への動き

いったん早期痴呆症の疑いが持たれると、詳細な心理検査や画像診断・生物マーカーの検査を通じてより精度の高い評価が可能であるが、重要なことは、どのようにして早期の痴呆症の疑いがある症

例をみつけ出すかということである。アルツハイマー型痴呆をより早期に検出するための試みとして、初期異常の特徴をまとめて、一定の基準により定義する試みがなされている。ここでポイントとなるのは、健常老年人にみられる生理的範囲の認知機能低下とアルツハイマー型痴呆の初期症状としての所見をどのように見分け、感度・特異度とも高い方法で検出していくか、ということである。

表1のように、これまでに認知機能低下に関連した病態がさまざまに定義されてきたが、これらの定義には痴呆症への移行頻度を考慮しない「加齢に伴う記憶力低下(age-associated memory impairment; AAMI)」に代表される定義もある一方で、アルツハイマー型痴呆症の初期の状態を捉えて早期治療に結びつけようとする定義もある。後者の代表的なものが「軽度認知機能低下(mild cognitive impairment; MCI)」である。

(3) 軽度認知機能低下(MCI) アルツハイマー型痴呆症の早期

表2 PetersenらのMCIの定義
(amnesic MCI)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 記憶障害の自覚、または情報提供者の証言がある 2. 年齢や職業に比して客観的に記憶力が低下 3. 全般的な認知機能は正常 4. 日常生活活動能力は正常 5. 痴呆ではない |
|--|

の状態を捉えようと定義されたものが軽度認知機能低下(MCI)である。軽度の認知機能の異常がある程度の期間持続した後に、アルツハイマー型痴呆症に移行する症例が認められ、これをReisbergらが初めてMCIと名づけた。彼らは面接と介護者の両方の立場からの情報を基に、痴呆の程度を測定するスケールとして global deterioration scale (GDS)を開発した。この中で、正常から非常

に高度の認知機能障害までをGDS1からGDS7までの七段階に分けた。このうち軽度認知機能障害(GDS3)は痴呆といえないレベルであるが、認知機能検査では正常と比べ有意に低下している群であり、具体的には慣れない場所で迷う、喚語障害、能率低下等の症状を呈する。GDS3群は痴呆症に移行するリスクの高いグループで、初期には三・五年間の追跡で五％が痴呆に移行したと発表している。ReisbergらはこのGDS3群を mild cognitive impairment すなわちMCIと名づけた。その後、MCIは臨床的には、(1)一つないしはそれ以上の認知機能領域の障害(典型的には記憶障害)、(2)全般的には年齢や教育に比した認知機能障害はあっても軽度で、社会生活や仕事の継続は妨げられず、痴呆症とはいえない、という比較的広い定義で用いられてきている。こうして用いられてきたMCIの対象者は、正常者に比べて確かに痴呆への移行が多く認められたが、痴呆を発症した中には、アルツハイマー型痴呆症の

みでなく他のタイプの変性性痴呆疾患や血管性痴呆を発症する人も多く、さらには、認知機能が改善し正常化するケースも認められたため、個々の痴呆疾患、ことにアルツハイマー型痴呆に特異的な早期の異常をより高い精度で検出する必要性が生まれた。

このような視点から、一九九六年および二〇〇一年に、Mayo ClinicのグループのPetersenらは正常な加齢とアルツハイマー型痴呆との移行段階をより明確に定義するため新たなMCIの基準を定めた(表2)。この基準では、物忘れの自覚と年齢や教育に比して客観的な記憶力の低下を重視し、自・他覚の記憶力低下にMCI診断の焦点を絞っている。

「痴呆症」は、臨床的には記憶力と他の高次脳機能(認知)の双方が低下した状態であり、記憶力のみ低下した状態はこれが進行性のものであっても「痴呆症」とは診断されない。従来は「健忘症」あるいは「健忘症候群」の一つの病態として経過を追っていた病態である。このPetersenらによつ

て定義された病態は、現在では amnesic MCI(健忘性軽度認知機能低下)と呼ばれ、アルツハイマー型痴呆症の極早期の状態として認識されるようになった。

(4)MCIの有病率、アルツハイマー型痴呆症への移行率
高齢者でのMCIの有病率は、海外での報告では三〜一七％とバラツキが多い。対象者の違いや疫学研究でのMCIの診断基準の違い、さらには検出に用いる心理検査の違いなどによるものと考えられている。このうち、Petersenらの定義による amnesic MCIの有病率は約三％と報告されている。一方、国内での愛媛大学による中山町研究の報告では、MCIの有病率は六五歳以上の五％前後と発表されている。

MCI患者の縦断研究によると、MCIの痴呆症への移行率は、一年後で一〇〜三〇％、三〜四年後で二〇〜六六％、五〜一〇年で六〇・五〜一〇〇％と報告されている。有病率同様、移行率でも研究によりバラツキがみられる。このバラツキは対象者の違い、MCI

表3 痴呆の早期診断を目的に用いられている
主な心理検査法・面接法

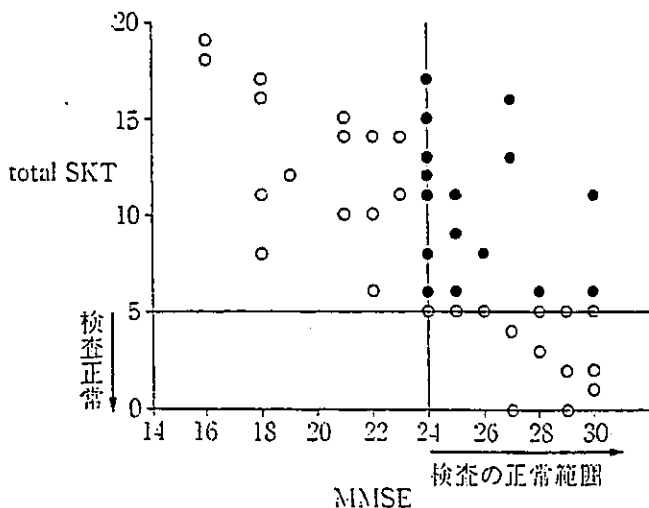
| | |
|------------------------|---|
| A. 簡易心理検査 (検査時間が20分未満) | |
| ○ | Brief cognitive rating scale : BCRS (Reisberg B. 1988) |
| ○ | Test for dementia and depression : TFDD (Ihl Rら, 1998) |
| ○ | Syndrom Kurz Test : SKT (Erzigkeit H. 1989) |
| ○ | Zahlen-Verbindungs test : ZVT (Oswald WDら, 1986) |
| ○ | 7-minutes neurocognitive screening battery (Solomon PRら, 1999) |
| ○ | Storandt Mら(1984)のテストバッテリー (WMS-Rの下位試験, Trail making test A, 言語流暢検査) |
| ○ | 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) と mini-mental state examination (MMSE) は全般的な認知機能評価の目的に用いられる |
| B. 複雑心理検査 (検査時間が20分以上) | |
| ○ | アルツハイマー病評価尺度認知機能検査 : ADAS-(J) cog |
| ○ | Test battery for dementia of the Consortium to Establish a Registry for AD : CERAD-test battery |
| ○ | 改訂版ウェクスラー成人知能検査 : WAIS-R |
| ○ | 改訂版ウェクスラー記憶検査 : WMS-R |
| ○ | リバーミード行動記憶検査 : RBMT |
| C. 面接法・質問表 | |
| ○ | 知的状態質問表 : MSQ |
| ○ | Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly : IQCODE |
| ○ | Blessed dementia rating scale : BDRS |
| ○ | Clinical dementia rating scale : CDRS |
| ○ | Geriatric Mental state : GMS |

や痴呆の診断に用いた基準の違いや診断精度の差などによると考えられるが、認知機能が正常の高齢者では年間の痴呆症への移行率が1〜2%であることを考えると、MCIの診断を受けた人はいかに痴呆症となるリスクが高いかかわる。

(5) 痴呆の早期診断の方法と
進歩
(1) 心理検査法の開発
痴呆症の早期診断に用いられる心理検査や面接法を表3に示した。認知機能の低下を検出するために、心理検査や面接法による検査が用いられている。複雑心理検査によりMCIをより正確に診断

できるが、検査時間が長いことで被検者への負担が大きいことや、地域での多人数を対象とする検査には使いづらいため、短時間で診断可能な簡易心理検査法が主に欧米で開発されている。従来標準的に用いられてきた

図1 65歳以上の外来通院患者の
MMSEとSKTの相関



mini-mental state examination (MMSE) や国内での長谷川式簡易知能評価スケールの改訂版は、痴呆診断には大変有効であるが、記憶障害のみの低下を特徴とするMCIを検出するためには感度が低い。PetersenらはMMSEがむしろ正常範囲であることが、MCIの診断基準の一つとなりうるとしている。また、記憶力だけでなく、注意力等の他の認知機能を同時に検査したほうがよりMCIの

表4 早期診断に用いられる検査(心理検査以外)

| |
|---|
| 1) 生活機能検査 手段的生活活動能力(IADL)検査 うつ状態評価 |
| 2) 画像診断 CT (computed tomography) MRI (magnetic resonance imaging) fMRI (functional MRI) SPECT (single photon emission computed tomography) PET (positron emission tomography) 機能画像のコンピュータ解析(SPM, 3D-SSP) アミロイドイメージング |
| 3) 生物学的診断マーカー検査 脳脊髄液中タウ蛋白、リン酸化タウ蛋白 脳脊髄液中42アミノ酸残基からなるβアミロイド蛋白(Aβ1-42) |
| 4) 生理学的検査 自発脳波(α波の周波数低下、δ波の増加等) 誘発脳波(視覚誘発電位等) 脳波のコンピュータ解析(周波数帯別域パワー解析) 事象関連電位 |
| 5) 遺伝子検査 apolipoprotein Eε4: ApoEε4 (保有の有無) presenilin 1: PS1 (遺伝子多型) α1-antichymotrypsin: ACT (遺伝子多型) α2-macroglobulin (遺伝子多型) butylcholinesterase K variant: BchE (遺伝子変異) |

検出精度が高まるとする研究者が多く、このため表3のように記憶力検査以外の複数のテストを組み合わせて行う短時間のテストバッテリーが考案されている。

われわれは、このうちDrizkeitらにより開発された視覚性記憶力検査と動作性注意力検査からなる

九つの下位試験で構成されるSyme from Kurz test (SKT)を国内に導入し、MMSEとの感度の違いを検討した。年齢や病前の知能レベルにより補正が可能で、かつ検査時間も一〇分程度と被検者にとって負担の少ない検査である。

図1は外来初診時に物忘れの訴

えを伴っていた高齢患者に対して行ったMMSE値とSKT値との相関を検討したものである。MMSEは二四点以上が正常範囲であるが、正常範囲を示した二九名中半数の一六名がSKTでは異常値を示していた。これらのSKT

異常者のほとんどは、その後のウ

開発が必要な状況である。

(2) 心理検査以外の検査

心理検査以外の早期診断に用いられる検査を表4に示した。MCIでは、認知機能の低下に伴い服薬管理能力、買い物や金銭の取り扱い能力などが低下していることが多く、このような手段的生活活動能力(IADL)の検査が早期診断に有効である。また、もともとの知能の高い人が認知機能が低下した場合に、もの忘れの自覚よりも、うつ症状が先行するケースも多いとされ、うつ状態の有無の検査も重要な項目である。

残念ながら、現時点ではSKT日本版の国内での標準化は未だなされておらず、普段に用いるには時を待たなければならぬが、いずれにしてもMMSEよりも感度が高く、標準化された心理検査法やテストバッテリーの国内での

脳画像検査は早期診断に重要であり、MRIを用いて海馬や内嗅野の容積測定の有用性が報告されている。脳機能画像検査であるSPECT(single photon emission computed tomography)とPET(positron emission tomography)のデータをコンピュータ解析したSPM(statistical parametric mapping)や3D-SSP(three-dimensional stereotactic surface projection technique)法の開発により、正常のデータベースに

表5 アルツハイマー型痴呆に対する薬剤
(開発中の薬剤を含む)

| |
|---|
| ○アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル (すでに認可)、ガランタミン、リバスチグミンなど |
| ○コリン再取り込み促進 MKC-231 |
| ○その他の開発中の治験薬 フマル酸タルサクリジン、塩酸メマンチンなど |
| ○エストロゲン、非ステロイド性抗炎症剤 |
| ○これからの薬物療法 免疫療法 (Aβワクチン療法) アミロイドβ蛋白生成阻害薬 |

比較した脳機能・脳血流の低下部位を同定することが可能となってきた。これらの解析により、脳の後部帯状回や楔前部の代謝・血流低下がアルツハイマー型痴呆の早期の特徴であることが明らかとなっている。

これら解析法の開発やその成果により、これまでより数年早く痴呆診断が可能な状況となった。現在 SPECT の 3D-SSP 解析法を用いた MCI の診断に関する大規模の多施設共同研究 (Japan Co-

operative SPECT Study on Assessment of Mild Impairment of Cognitive Function: J-COSMIC) が国内で進行中である。この研究により、SPECT を用いた早期痴呆症の診断ガイドラインが確立されることが期待される。

さらには、最近になり脳内の老人斑の主要構成成分であるβアミロイドに親和性のあるトレーサーを用いた PET 画像により、直接脳内のアミロイドを画像化する試み (アミロイドイメージング) が始

められている。人体に安全でかつ精度の高いトレーサーが発見されれば、早期のアルツハイマー型痴呆の診断精度が飛躍的に高まることが期待される。

その他、生物学的マーカー検査、ことに脳脊髄液中リン酸化タウ蛋白測定、脳波を用いた生理学的検査や

遺伝子検査も診断補助に用いられる。家族性アルツハイマー型痴呆が疑われる場合は Presenilin 遺伝子検査等が適応となるが、多くの孤発性アルツハイマー型痴呆では遺伝子 (多型) の関与は証明されていない。この中で apolipoprotein E (apoE) の対立遺伝子 ϵ_4 の頻度が、家族性および孤発性アルツハイマー型痴呆患者において高いことが明らかとなっている。現在、apoE ϵ_4 はアルツハイマー型痴呆の危険因子として認識されている。

アルツハイマー型痴呆の発症機構における apoE の役割についてはさまざまな研究がなされているが、そのメカニズムについての統一した説明は未だ得られていない。しかしながら、MCI などの認知機能低下群で apoE ϵ_4 アイソフォームを有する症例では、より十分な経過フォローが必要であるのは間違いない。

このように、MCI が疑われた場合は、種々の検査を総合して診断され、さらには痴呆症への移行のリスクが判断されている。

(6) MCI の基礎病態・予後の多様性

生前の臨床診断で Petersenらの診断基準に基づき amnesic MCI とされた症例でも、死後の病理所見では必ずしもアルツハイマー型痴呆の初期に特徴的な所見の症例のみではなく、中には多発性小梗塞など血管性病変が有意な症例も無視できない割合であることが報告されている。

さらには MCI 症例でその後、必ずしもアルツハイマー型痴呆ではなく、他のタイプの痴呆症に移行した症例も報告されてきている。例えば、MCI で基礎病変が血管性である場合は、現在、血管性 MCI あるいは血管性認知機能低下 (vascular cognitive impairment: VCI) とも呼ばれており、血管性痴呆に移行する率の高い群として認識されている。

このように、MCI の基礎病変 (病態) や予後の多様性がある。このため、今後さらに診断精度の高い検査法の開発や、MCI の診断基準よりも基礎病態に特異的な新基準の確立が急務となっている。

図2 音楽療法の認知機能への影響

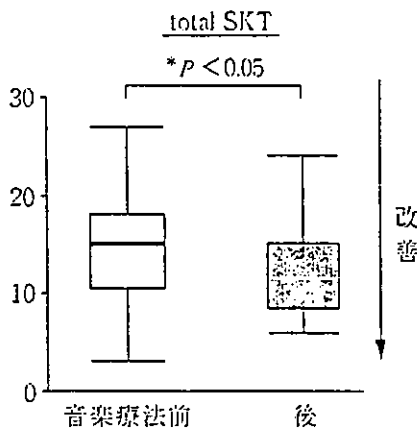


表6 痴呆症の非薬物療法

- 音楽療法
- 回想法
- 作業療法
- モンテッソーリ法
- 現実見当識訓練法
- 芸術療法
- 運動療法
- 人形療法
- アロマセラピー
- 動物介在療法(アニマルセラピー)など

二、対 策

MCIおよび早期痴呆症の進行遅延・治療は、薬物療法、非薬物療法および危険因子への対応に分類される。

(1)薬物療法

アルツハイマー型痴呆症の治療を目的に、現在使用または開発されている主要な薬剤を表5に示した。このうち、アルツハイマー型痴呆の治療薬として国内で認可されているのはドネペジルのみであるが、同薬剤はアルツハイマー型痴呆の進行遅延に効果があることが国内外で臨床的にすでに明らかとなっている。国外では、ドネペジルなどアルツハイマー型痴呆に用いられる薬剤を用いて、痴呆症の進行遅延のみでなく、MCI患者の痴呆発症へも抑止効果があるかどうかについての臨床研究がすでに進められている。

一方、国内ではアルツハイマー型痴呆症以外では同様の薬剤の投与は認められていないため、MCIに対してのこれら薬物治療の効果

に関しては国外の報告を待たなければならぬ状況にある。

ここで問題となるのは、前述したMCIの基礎病態の多様性である。脳機能画像で特徴的な所見が得られるなど、アルツハイマー型痴呆へ移行する可能性がきわめて高いと考えられる場合には、将来的にはアルツハイマー型痴呆の治療に準じた薬剤が適応となると思われるが、それ以外の場合は、たとえ認知機能の低下が明らかでも、薬物治療を行う根拠に乏しいということになる。MCI診断が必ずしもアルツハイマー型痴呆への移行を確定するものではない以上、痴呆症治療に用いられる薬物をMCI患者へ投与する行為が倫理的に許されるかについては疑問視する研究者が多い。

一方で、MCIの診断を受けた患者が、現在は「進行を止める治療薬はない」という現状に対して、多くは将来に絶望的な気持ちとなるため、患者、家族、医師とともに、たとえ薬物を用いなくとも痴呆発症や進行の遅延が可能な方法に取り組み、周囲で患者を精神

的に支えていく姿勢が必要である。

表5の「これからの治療薬」のうち現在最も期待しうるのが、ABWワクチン療法であろう。ABWペプチドワクチンはモデル動物の脳内アミロイドの沈着を減少させ、臨床的応用が期待された。その後、欧米で行われた二重盲検の多施設研究で、一五例の患者でワクチンによる重症の脳炎患者が発症したため同試験は中断されている。しかしながら、現在国内で、より副作用が少なくなると考えられるワクチン療法がモデル動物で進行中である。脳炎など重篤な副作用を来さないワクチン療法の開発が期待されている。

(2)非薬物療法

現在、痴呆症に対して行われている非薬物療法を表6に示した。われわれは、このうち音楽療法と回想法の効果を検討し報告してきた。図2は外来通院中のMCI患者や早期痴呆患者を対象に週一回、八〜一〇回の音楽療法士による能動的音楽療法を行い、療法前後の認知機能への影響を検討した

表7 「テレビ回想法」のプログラム内容

| 回 | テーマ | 使用道具/材料 |
|---|----------|--------------------|
| 1 | ふるさとの話 | お国自慢 |
| 2 | 播鉢で播る | 播鉢、播粉木、大和芋、胡麻 |
| 3 | 漬物を漬ける | 漬物樽、糠床、野菜数種 |
| 4 | 手作りおやつ | 茶碗、さじ、麦こうせん、砂糖、塩、湯 |
| 5 | 洗濯仕事 | たらい、洗濯板、洗濯糊、ヒノシ |
| 6 | 雑巾縫い | 雑巾、裁縫道具、バケツ |
| 7 | 米糠の利用法 | 米糠袋、米糠、洗面器 |
| 8 | おさらい・おやつ | 反省会 |

図3 痴呆性高齢者への回想法の効果

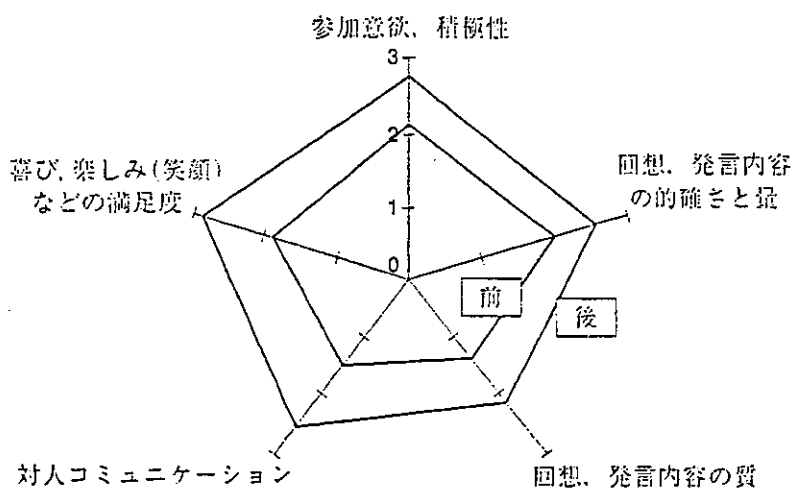
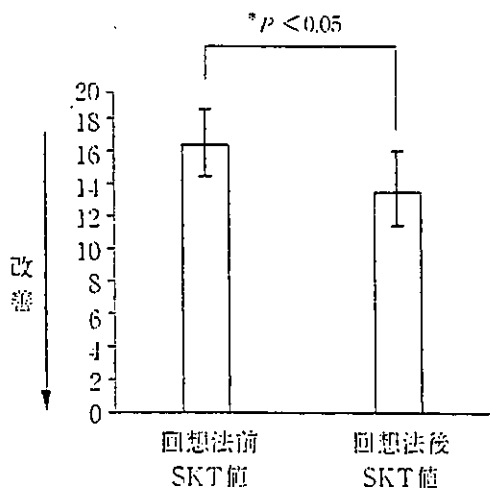


図4 テレビ回想法の軽度痴呆症群に対する認知機能(SKT値)への効果



効果を比較した。評価には認知機能テストとして改訂長谷川式簡易知能評価ス

ものである。認知機能検査には前述のSKTを用い、SKT値の低いほど認知機能は良好である。図2のように、音楽療法による統計学的に有意な認知機能の改善を示していた。

共著者の遠藤らはまた、地域への回想法導入によりその効果を検討している。平成一三年秋から愛

知県師勝町の歴史民俗資料館(博物館)の収蔵物(懐かしい物)を利用して回想法を行うことが計画され、平成一四年に師勝町、愛知県、厚生労働省の支援を受け、介護予防としての地域の事業として「師勝町回想法センター」が設立された。ここでは、テレビ映像を用いた回想法のビデオを製作し、

これを用いて毎週一回、計八回の回想法スクールに参加してもらい、その効果について検証している(テレビ回想法)。

表7にビデオプログラムの内容を示した。対象者は健常者、閉じこもり傾向のある高齢者、認知機能障害を持つ高齢者の三群とし、それぞれコントロール群を作り、

ケール、MMSE、SKT、時計描画試験、さらに精神・行動評価として Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)、西村式ADL評価表、介護者の介護負担感を用い、臨床心理士、保健師が検討した。また閉じこもり群には新たに作成した指標を用いて評価を行った。

この研究で、回想法の短期効果として会話量の増加、社会性・社交性の改善、抑うつ症状の改善がみられた。図3に回想法の効果の指標を示した。五つの項目のうち、回想法の質を除いて有意に改善された。図4にSKTを用いた認知

機能の変化を示した。Sternによる記憶と集中力からなる認知機能は、前後で有意に改善された。

回想法はこれまで専門家によりグループ回想法やライフレビューが行われてきた。しかしこの事業のように、地域に根ざした回想法の取り組みは街づくりの一つであり、健常高齢者をより元気にする取り組みであるし、かつ虚弱高齢者に対して介護予防や痴呆症の進行遅延を目指した事業でもある。

さらに、今後の予防医学や健康長寿を考える上でも効果が期待できる取り組みである。今後は回想法の長期効果について継続的な調査が予定されている。海外ではイギリスのバム・シユバイツァーにより「回想法センター」として同様の取り組みが行われているが、文化も歴史も異なるため、日本の風土に根ざした新しい取り組みが重要であろうと思われる。

能動的音楽療法や回想法は上記のように痴呆患者への介入による効果が認められる一方で、表6に示した非薬物療法の多くは、これまではその効果についてのランダ

ム化比較試験(RCT)等コントロールされた検討が少なく、未だその効果についてのエビデンスに乏しい状況にある。今後、一般に広く利用されるためには、よくコントロールされた研究によりそれぞれの効果のエビデンスが示される必要がある。しかしながら、前述のように全体として患者を支えていくという意味から、痴呆診療において非薬物療法が必要とされていることは明らかである。今後、対象者の嗜好、痴呆の病型、重症度に応じた統合された非薬物療法の使用法が検討されるようになると思われる。

(3) 危険因子への対応

痴呆症の危険因子の中には、遺伝的素因以外のものに対応や治療が可能なものがある。高血圧、高脂血症、糖尿病など生活習慣病はアルツハイマー型を含む痴呆症の増悪因子として考えられている。血圧、血中の脂質の正常化は痴呆発症や進行遅延の効果が期待される。実際、高脂血症治療に用いられるスタチン系薬剤は痴呆発症の予防効果があると報告されてい

る。糖尿病はアルツハイマー型、血管性痴呆双方の危険因子とみなされている。特にインスリン治療を受けている高齢の糖尿病患者に痴呆発症が多いことが指摘されている。しかしながら、どのような血糖調節をすれば痴呆発症が防げるかは依然不明である。

その他、高ホモシステイン血症やビタミンB₁₂欠乏症も危険因子として考えられており、異常が認められた場合これらの補正が必要である。

三、痴呆症の早期診断・対策上の課題

痴呆症の早期診断・対策上の課題としては、①現在、極早期の痴呆の診断をPetersonらのamnesic MCIの基準によっているが、この診断の際にどのような心理検査法を用いるかで診断にバラツキが生じてしまうことから、国内での診断に用いる心理検査法の標準化が必要である、②amnesic MCIの定義での診断を行っても病理所見での多様性があり、より

病態に特異的な診断基準の確立の必要があるほかに、③地域の集団検診での早期痴呆の検出システムの確立(質問紙法・心理検査法の確立など)、④より精度の高い診断法の確立、⑤MCI患者への薬物療法・非薬物療法およびその評価基準の開発・確立、⑥MCIの治療に関しての倫理・制度面の整備、⑦MCI・早期痴呆患者への精神的サポート体制の構築、⑧専門スタッフの養成など、多岐にわたる。

最後に、早期痴呆症の検出やその進行遅延のためには、医療機関のみの介入では限界があり、地域が中心となって(地域を挙げて)取り組むことが不可欠である。この点から「師勝町回想法センター」での痴呆症の発症・進行予防の町を挙げての試みは、これからの地域での取り組みの規範の一つとなりうると思われる。

【文 献】

- 1) Reisberg B. et al: Drug Dev. Ind. Pharm. 15: 101, 1988.
- 2) Petersen RC, et al: Neurology 56: 1133, 2001.
- 3) 三浦久幸, 他: 日本痴呆学会誌 41(2): 183, 2001.

高齢者の多臓器不全の考え方と対応 1

遠藤 英俊* 井口 昭久**

KEY WORD

多臓器不全
MOF
治療と予防

POINT

- MOF を早期に診断することがキーポイントとなり得る。
- 高齢者に重篤な病態を引き起こし、生命の危機を示す病態である。
- 種々の生理的な機能低下を伴っている。

0387-1088/04/4500/論文/JCLS

はじめに

若年者に比べ、高齢患者では多臓器不全を起こしやすいといえる。多臓器不全とは心、肺、腎、肝臓、消化器系、凝固線溶系、および機能のうち2臓器以上の多発性の臓器障害や機能不全が疾患に引き続いて発生する病態をいい、極めて難治性であり、死亡率が高い状態をいう。高齢者の多臓器不全(MOF)やショックは重症化、終末期医療に直結しており、腎機能やDICなど重要臓器の障害があり、さらに複合的な病態をきたすため、どこまで治療するのもも含め、また終末期医療への対応やインフォームドコンセントも含め、臨床医にとって避けてとおれない重大な病態である。これを整理し、予想される病態に対して予防的な対応が求められる。その予兆を早期に把握することこそが、重大事にならない予防的対応といえよう。

MOFの診断

高齢者のMOFはいったん起これば重症化し、終末期医療にも直結しており、老年科医にとり重要な病態である。これを早期に診断し、治療し、悪化の予防を行うことが治療の目標である。逆にいえば多臓器不全こそが、高齢者医療において医師がその本領を発揮し、医療への最大の関与を求められる病態である。

検査においては、まずMOFを前提に、MOFを疑い、早め早めに検査を行うことが重要である。たとえばCRP、血小板、D-ダイマーなどが指標として鋭敏である。

それこそMOFは単一の疾患のクリティカルパスのようにパスが簡単にあてはまらない病態といえる。高齢者医療において慢性疾患に重点がおかれているように思われがちであるが、実際は救急医療も重要であり、避けてとおれない。そのうえ肺炎や敗血症のように重症であれば、MOFのきっかけとなる場合もある。高齢者のMOFは多くの場合、肺炎や敗血症に引き続いて起きやすい。難治性肺炎の半数以上にMOFの合併がみられるとの報告もある。呼吸

*えんどう ひでとし：国立長寿医療センター包括診療部長

**いぐち あきひさ：名古屋大学大学院医学系研究科発育・加齢医学(老年科学)教授

不全がMOFのトリガーとして重要である。

広義のMOFと狭義のMOF

狭義のMOFは上記のようにMOFとは「心、肺、腎、肝臓、消化器系、凝固線溶系、および脳機能のうち2臓器以上の多発性の臓器障害や機能不全が疾患に引き続いて発生する病態をいい、極めて難治性であり、死亡率が高い状態をいう」が、広義には時間的に種々の疾患が積み重なる場合があり、必ずしも死ぬわけではなく、いくつかの病気が重なる場合がある。すなわち脳梗塞のある患者が心筋梗塞やそのほかの疾患をたまたま併発する場合である。それぞれ特徴があり、対処方法が異なる。

時間軸によるMOF

全身性のMOFとして、塞栓症が重なる場合がある。つまり脳塞栓、肺塞栓などが徐々に生じてくる場合がある。すなわち時間的に経過をおって、同型の病気が起こってくることもあり、症状、病態が変化していくパターンである。こういう場合には最初に再発予防の薬剤をしっかり服用することである。脱水症や、低栄養などをベースに重症な病気がでてくるからである。検査により心原性など、原因検索を行うとよい。

また、1つの病気の治療中にまた別の疾患が起きてくる場合がある。その疾患は治療の結果として予想される場合もあるし、偶然に起きてくる場合もある。

MOFの治療

原疾患の治療が最も重要であるし、治療開始が早期でなければ意味がない。手遅れが許されない。またクリティカルな臓器が可逆性のうちに治療を開始する必要がある。とくに高齢者では手遅れとなりやすいため、予防的治療が必要となる場合もある。MOFの予防については別稿に譲るが、早期診断、早期治療そして予防的対応が重要であろう。治療は原疾患の治療を行

うことがすべてであるが、それと並行して循環器、腎疾患、心機能、脳機能などに対して治療を行うことが重要である。その注意点を以下に示す。すなわち原疾患の治療を行いつつ、MOFのさらなる悪化を防ぐことを並行して行う必要がある、どちらか一方に偏らぬよう注意が必要である。

呼吸器感染症をはじめとした感染症、敗血症では感染巣の検索、ならびに血液培養を施行し、起炎菌の同定および感染症の有無、その程度を調べる。しかし、同定前には起炎菌を推定し、適当と思われる抗生物質を投与する。とくに肺炎時の心不全の合併、ARDSの合併に対し適切な治療が重要である。グラム陰性桿菌は院内型感染の肺炎では多く、高齢者では嚥下性肺炎も多く、嫌気性菌が起炎菌となっていることが多い。消化器系手術や悪性疾患に合併した症例ではグラム陰性桿菌に加え、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)にも注意する。

高齢者では加齢と病態の結果により、薬物動態、代謝が変化する。たとえば肝機能の低下、初期薬物通過効果、腎小球体ろ過率の低下、体重減少、全体水分量の低下、体内脂肪量の増加、血清アルブミンの低下、膜透過性亢進が予想され、それぞれの特徴を理解、各々の抗生物質の代謝、排泄を考慮し、与薬量について高齢患者の体重や腎機能低下を考え、投与量を考慮する。

輸液は循環血漿量維持や、体液の電解質バランスを是正するうえで重要であるが、各臓器の予備能力の低下または各臓器障害により、逆に急激な補正または過剰輸液により、右心不全の悪化や肺水腫による呼吸不全を招くことがあり、高齢者では時間をかけて、補正したほうがよい場合がある。各々の病態に応じた輸液計画を立て、必要に応じ経時的に尿量、中心静脈圧、動脈血ガス分析、血清電解質などをモニタリングする。代謝性アシドーシスは不整脈や血圧低下などをきたし、かつ昇圧薬の反応を低下させるため是正が必要である。

表1 入院時の検査

T: 33.4°C, BP: 128/96, TP: 6.0, Alb: 4.2, TB: 0.5, AST: 83, ALT: 39, BUN: 126, Cr: 4.9, TC: 119, Na: 143, K: 8.8, Cl: 118, Glu: 232, CRP: 1.1, CPK: 1,895, AMY: 305, LDH: 948, WBC: 11,700, RBC: 2,790,000, Hb: 8.8, Ht: 26.8, MCV: 96.1, MCH: 31.5, Plt: 328,000.

症例呈示

1. 症例

84歳, 男性. 救急車で来院, 背部痛の訴えあり, 寝たきり, 痴呆症状を認めた. 以前より痴呆症があり, 妻と2人暮らし, 前日入浴時に浴槽から出れず, 妻も介助できずに, ほぼ1日中, 浴槽の中にいた. 当日救急外来で循環器医師が診察, CPK値の上昇あり, 心電図でT波増高, ST上昇, 異常Q波の出現があり, 急性心筋梗塞, 腎不全と診断され, 入院となる. 入院時には褥瘡があり, 痴呆症も認めた. 入院時の検査所見を表1に示す. 入院後心筋梗塞の治療を開始したが, 入院後4日目に意識障害, 眼球左方偏位があり, CTの所見により左中大脳動脈領域の脳梗塞を認めた. その間褥瘡の治療を継続した. 同時に低栄養, 貧血も合併していた. 最終的に心筋梗塞, 腎不全, 脳梗塞などMOFがあり, 肺炎, 心不全も合併し, 無尿となり, 血圧が低下し, 12病日に永眠された.

2. 検討事項

高齢者で救急車にて来院し, 寝たきり, 痴呆症, 褥瘡がある. 主訴は背部痛, ECGの所見, CPKの上昇により心筋梗塞, 腎不全と診断し, 治療を開始した. 入院後第4病日に脳梗塞を発

症した. 脳梗塞発症後は意識消失す. 脳梗塞は治療上の過程によるものか, 単なる合併症か, MOFの1つか, 初診時からさらに腎機能が悪化し, 最終的には腎不全, 循環不全で死亡した. 腎不全の悪化が合併症によるものか, 加齢によるものか, 医原性のものかは不明, 男性で84歳という年齢を考え, MOFとして問題ないと思われる.

おわりに

高齢者のMOFはその診断, 治療が重要である. 原疾患の治療を行い, 早めに予想される病態の検査を行い, 早めに治療を開始する. また治療の優先順位をつけることも必要である. 老年科医にとりMOFは治療対象としてメインとなる重要な対象疾患である.

文 献

- 1) 高橋龍太郎: 総合的機能評価とは? 高齢者を知る事典, 介護予防研究会編, pp37-39, 厚生科学研究所, 東京, 2000.
- 2) 荒木 厚: 老年病の臓器相関(複合性疾患). 老年医学テキスト, pp29-31, メジカルビュー, 東京, 2002.
- 3) 石井健男: 多臓器不全. 老年医学テキスト, pp31-33, メジカルビュー, 東京, 2002.

(執筆連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター包括診療部

入院・入所による治療・療養 —痴呆症に対するクリティカルパス—

Treatment and care for people with dementia in hospital or institution
—Critical pass for dementia—

遠藤英俊¹ 梅垣宏行² 数井裕光³

Key words : 痴呆症, BPSD, クリティカルパス, DCM, 介護予防

1. 概念, 定義

痴呆症の患者の入院について, 何の目的の入院か, 期間はどれくらいかを明確にしておく必要がある。急性期病床は癌治療などの例外を除いて, 入院期間は原則17日以内とされている。高齢者であっても例外ではない。痴呆患者が入院する場合には, 合併症が新たに起きた場合, 痴呆症の診断・治療を目的にする場合, BPSD(痴呆症に伴う行動心理症状)の治療目的などがあるが, これまでは社会的入院も含まれていた。しかし2000年の介護保険の導入に際して, 療養病床や老人保健施設は医療施設から区分上介護施設に転換され, 要介護1以上の要介護者の入院が可能となり, 費用は要介護状態により定額制とされている。これらの施設ではむしろ医療から療養が重視され, 要介護状態に必要な医療が付加されていると解釈できる。更に2003年6月に出された高齢者介護研究会報告においても, リハビリや介護予防といった概念が重要視され始めている。

2. 入院・入所の現状と特徴

a. 入院

痴呆患者が入院する場合には, 合併症が新た

に起きた場合, 痴呆症の診断・治療を目的にする場合, BPSDの治療目的などがある。しかし, コミュニケーションがとりづらい, 記憶障害がある, 入院の意味が理解されていないなどの理由で, 一般病床での痴呆症の入院は困難を極める。病院側はそれを経験しているために, 家族の付き添いを依頼したり, 精神科への転院を勧めたりする。入院基準も様々であるが, ケアの内容も様々である。医療行為に何ら変わりはないものの, 例えば脱水症で意識が朦朧としているときはよいが, 補液を行うとしばらくして, 患者は元気になり, 点滴ルートを自己抜去してしまうこともある。こういうケースはよく経験する。スタッフの教育, 環境整備が必要である。そこで著者らが検討しているのが, 一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成である¹⁾。

高齢者のクリティカルパスはまだ十分に検討されていない。その理由は個人差が大きく, 社会的要因や, 多臓器不全などのために治療法が一定ではないため, バリエーションが大きく, 在宅復帰が困難である場合も多いからである。しかし今後急性期病院では, 在院日数の短縮のためには高齢者も可能なかぎりクリティカルパスの対象とせざるを得ない。そのためには入院時の

¹Hidetoshi Endo: Department of Geriatrics, Chubu National Hospital 国立療養所中部病院内科 ²Hiroyuki Umegaki: Department of Geriatrics, Nagoya University 名古屋大学大学院医学系研究科加齢医学講座 ³Hiromitsu Kazui: Department of Psychiatry, Osaka University 大阪大学大学院医学研究科精神医学講座