

表1 センター方式の理念

● 尊厳	● リハビリテーション
● 利用者本位	● 安全・健康・予防
● 安心	● 家族や地域とともに進むケア(地域包括支援)
● 生の充実	
● 自立支援	

表2 センター方式の5つの視点

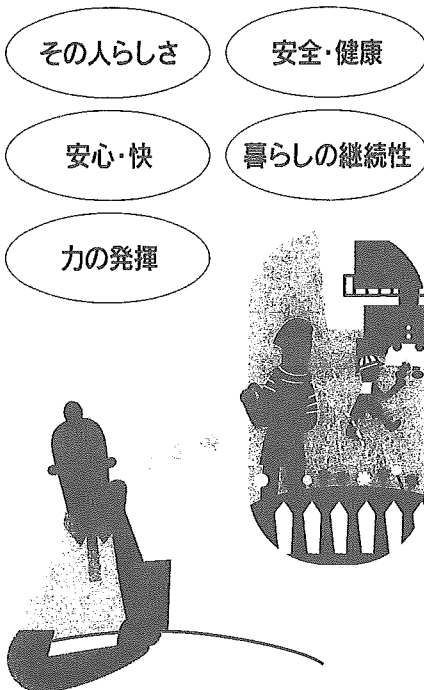
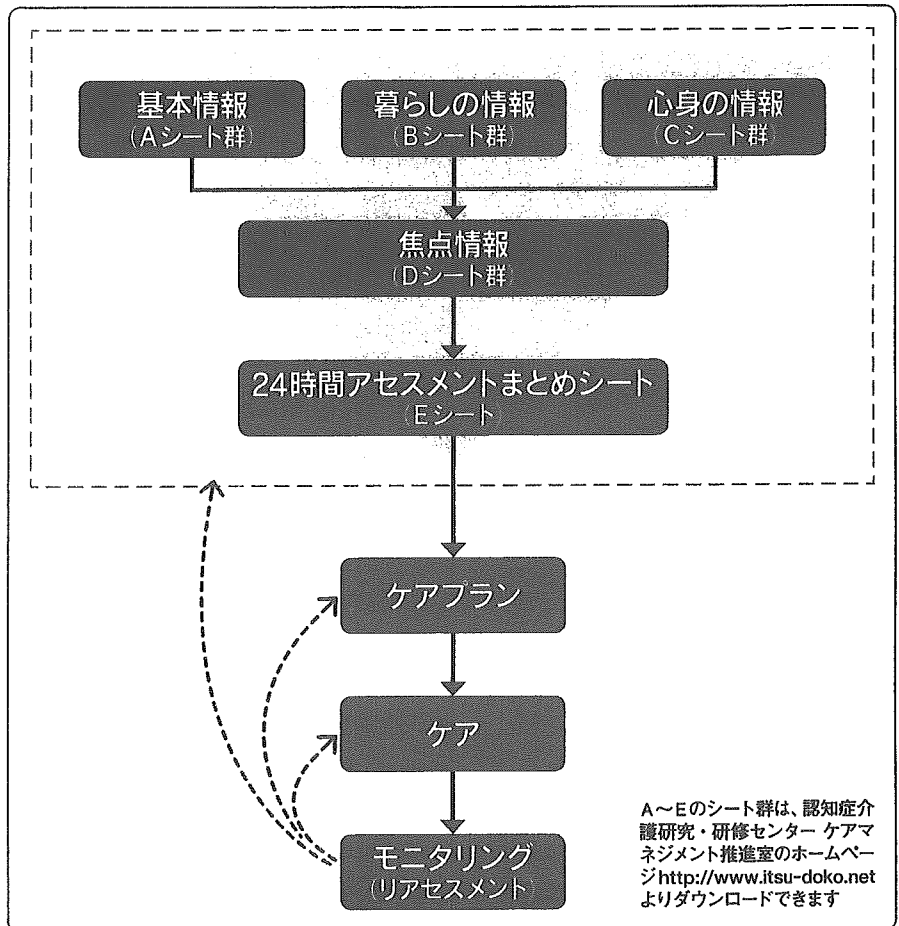


図2 センター方式 A～Eまでの5つのシート



果を点検し、よりよくしていくという一連のシステムです。

そのモデルの1つとして、オーストラリアのハモンドグループがモデルケアプランを作成しています。しかし、特に認知症をもつ人の場合、何をアセスメントし、どんなケアプランを立てたらよいのか、その共通の方法がこれまでは存在しませんでした。

ケア関係者が各自まちまちの方法で取り組んでいたため、ケアの方針や内容がサービス事業所や職員の間でバラバラになってしまい、ケアの成果を得られないだけでなく、本人や家族が混乱を強

めていくという残念な事態が続いてきました。

そんななか、“認知症ケアの関係者が一緒に使える共通の方法と仕組みを作りたい”という現場の強い要望を出発点に、「新しい認知症ケア」をめざしたケアマネジメントシートの開発が始まりました。

そして、東京・仙台・大府(愛知県)の「認知症介護研究・研修センター」を中心に、認知症ケアに関する研究者や現場のエキスパートの協働成果として、「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」が開発されました。

表1、2は、それぞれ「センター方式」

の理念と5つの視点を示しています。実際は、A～Eの5つのシート群からなり(図2)、ケアプラン、ケア、モニタリング(リアセスメント)に活用していきます。

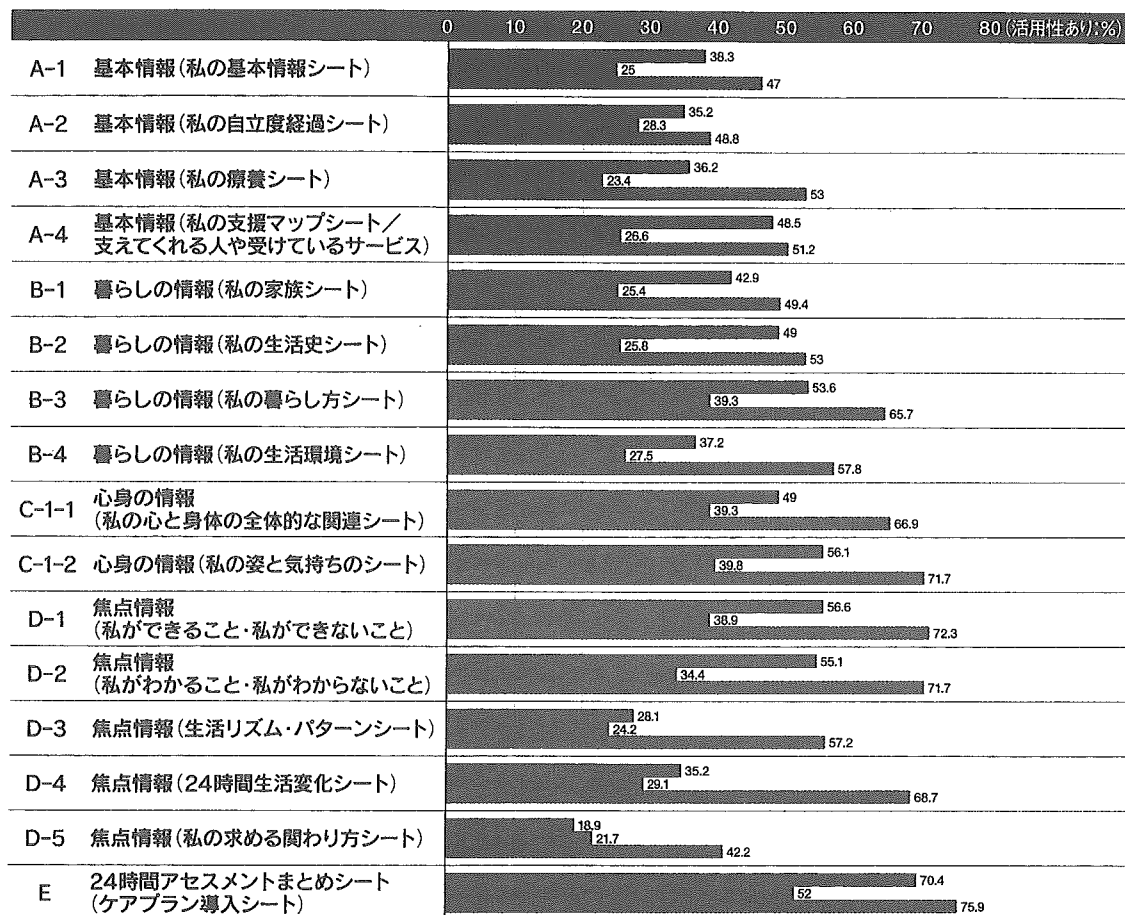
「センター方式」の有用性は?

2004年度には、センター方式の有用性について検討がなされました。その結果、約4分の3が有用性を認め、教育ツールとしての有効データが示されました。図3は、各事業所におけるケアアセスメントとプランの有効性を示したものです。

今後、要介護認定を受けた方の半数ま

図3 センター方式シートのケアマネジメント過程での活用性(事業所類型別)

●アセスメントとケアプランの展開ツールとして活用



A-1 ~ A-4 はAシート群、
B-1 ~ B-4 はBシート群、
C-1-1 ~ C-1-2 はCシート群、
D-1 ~ D-5 はDシート群、
E はEシートをさす

■ 居宅介護支援事業所 (n=196)
■ 居住系サービス (n=166)
■ その他居宅サービス事業所 (n=244)

ではないとしても、在宅やグループホーム、小規模多機能居宅介護においても、主なアセスメント・ツールとして各方面で利用されるものと思われます。

尊厳あるケアを求めて

「人がその人らしく最期まで生きること」は、憲法で保障されている権利です。しかし実際は、施設という特殊な環境の中で「与えるケア」に終始しがちです。それは、仕方のないことなのでしょうか？
“決められた”ケアを提供することは、受動的な生活を助長しているのではないだろうかとは私は考えています。高齢者に

は、「与えるケア」ではなく、「支えるケア」や「よりそうケア」が重要です。

今は、認知症の“その人”を中心とするケア、いわゆる「パーソンセンタードケア」が注目されています。さらに今後、介護施設は大規模施設から30床程度の小規模多機能地域ケアに転換されようとしています。

そうした環境やハード面の転換にとどまらず、同時にケア提供者の理念や心の転換が必要です。つまり、「新しい認知症ケア」には、認知症をもつその人とともに暮らす「共生の姿勢」が求められます。

認知症ケアに携わるスタッフには、集

団ケアからの意識改革が必要で、そのような観点からのケアマネジメントとチーム医療が、今後重要であることはいままでもないでしょう²⁾。

参考文献

- 1) 認知症研修研究東京センター：認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式、中央法規出版、2005。
- 2) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のアセスメントとチーム医療、痴呆性高齢者の臨床的パス、日経研；2004；46-48。

著者プロフィール

えんどう・ひとし
1982年、滋賀医科大学卒業。1987年、名古屋大学医学部大学院修了。1990年、米国国立老化研究所客員研究員。1993年、国立療養所中部病院内科医長。2004年3月より現職。日本老年医学会評議員・老年病専門医、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年精神医学会評議員・専門医、日本認知症ケア学会評議員。



介護保険とアルツハイマー病

遠藤英俊*

キーワード アルツハイマー病 介護保険 認知症ケアマッピング (DCM) センター方式

はじめに

アルツハイマー病は、初期には要介護状態ではないにしても、ある程度進行した場合には認知症に伴う生活の自立度低下のため要介護状態となる。高度に進行した場合には介護者もバーンアウトとなるケースも珍しくない。そこで2000年に創設された介護保険制度によって、アルツハイマー病のケアはデイサービスやショートステイの利用、さらには介護施設の充実によって飛躍的に前進し、良い影響を受けてきたことはいうまでもない。近年ではアルツハイマー病の医療の進歩も著しいが、ケアの変化も大きい。また、認知症介護研究・研修センターも大きな役割を果たしてきた。2006年からは介護保険制度の改正が図られ、それによってアルツハイマー病のケアにおいても大きな影響がある。本稿では、最新のケアの現状について総括し、医師にとって必要なケアの分野の知識をまとめたい。

I. アルツハイマー病の介護保険の利用

アルツハイマー病とは「認知機能の障害によ



*えんどう・ひでとし：国立長寿医療センター包括診療部部長。
昭和62年名古屋大学医学部大学院修了。
主研究領域／老年医学、介護保険、ケアマネジメント、回想法。

り生活に支障が出ること」が定義であり、生活上、要介護状態となる。早期であれば安否確認や訪問介護による生活の支援、そのうちにデイサービスやデイケアの利用、またショートステイの利用を行うことで、機能低下の予防や介護者負担の軽減も図られる。その点でアルツハイマー病の患者や介護者への介護保険のメリットは大きい。これまでのように、周辺症状の対応に介護者が追われ、疲れ果て、介護施設に何とか入所をさせてきたことから考えれば、サービスを選択利用できることで大きな支えになっている。そして最近では6,000を超えたグループホームもあり、介護施設はニーズに合った必要な存在である。それらの整備の重要性はいうまでもない。今では当たり前になってきた介護保険の有用性を忘れてはならない。

II. 介護保険の改正に伴う最近の動向

高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」をベースに、今年度(2005年)介護保険法の改正がなされ、2006年4月以降、介護保険制度の改正の動きが本格的に加速される。その趣旨は、2025年ではなく、団塊の世代が高齢化する2015年に超高齢社会になる、そのための保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移す必要があることが認識され、認知症ケアの普遍化を目指すことが指摘された。

表1 地域包括支援センターの3つの機能

- ①総合的な相談窓口機能
 - ・初期相談対応, 相談支援, 実態把握, 権利擁護など
- ②介護予防マネジメント
 - ・介護予防プランの作成などの介護予防サービスの利用に要する業務
 - ・介護予防サービスの一部実施など
- ③包括的・継続的なマネジメント(マネジメントの統括)
 - ・市町村, 関係機関との調整
 - ・ケアマネジメントなどのバックアップなど

その第一段階として2004年12月に「認知症」へ痴呆の名称変更がなされた。これはイメージチェンジすることで、認知症への理解と対応を進めようとしている。

介護施設のユニットケア化が徐々に図られようとしている。介護福祉施設における個室70%の確保と、介護老人保健施設における個室50%の確保が目標とされている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設で小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。

つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また、地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスでは「生活圏域」単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成(専門資格化を含む)が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになってきている。

地域包括支援センターは、総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として2006年以降に創設される(表1)。職員体制としては、社会福祉士(総合的な相談窓口機能)、保健師(介護予防マネジメント)、スーパーバイザー的ケアマネジャー

表2 高齢者虐待の類型

1. 身体的虐待: 意図的に物理的な力を行使し、身体の傷、痛みまたは欠損を結果としてもたらすもの
2. 性的虐待: あらゆる形態の高齢者との合意のない性的接触
3. 情緒的/心理的虐待: 脅し、侮辱、威圧などの言語による、または非言語による虐待的行為によって心理的または情緒的な苦痛を意図的に与えること
4. 放任(ネグレクト): 意図的または結果的にケア提供者がケア提供にかかわる約束、または義務を履行しないこと
5. 経済的虐待: 許可なくして高齢者の金銭、財産、または、その他の資源を使うこと
6. 自己放任/自虐(セルフネグレクト): 高齢者自身による自身の健康を損ねたり、安全を脅かすような、怠慢な、または自虐的なふるまい
7. 遺棄・放置: 介護や世話ができなくなった者、または介護や世話を拒否する者が高齢者を病院やナースিংホームに置き去ること

(包括的・継続的なマネジメント)など、保健医療福祉に携わる専門職種を必置すべきとされている。アルツハイマー病の患者や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的な対象となる。

さらに被虐待高齢者の8割程度は認知症があり、虐待を防止するための早期発見と介入を行う必要がある。表2に虐待の類型を示した。医師は特に身体的虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する。高齢者虐待防止法案も検討されている。特に介護者支援に配慮する必要がある。

Ⅲ. 認知症の介護予防

認知症の介護予防はエビデンスが十分でないことから、筋力トレーニング、口腔ケア、栄養プログラムのみが先行している。したがって、認知症の介護予防はより若い高齢者を対象に地域支援プログラムとして位置付けされよう。音楽療法や学習療法など種々の取り組みがなされているが、そこでは回想法が重要な位置を占めるとされる¹⁾。

介護保険制度の改正により、各市町村の地域

包括支援センターにおいて、介護予防の対象者には介護予防ケアマネジメントが提供される。すなわち、介護予防プランに位置付けられ、デイサービス、デイケアをはじめ訪問リハビリテーションなどが対象となる²⁾。しかし、質の良いサービスがなければ介護予防の効果はない。また、定年後の生き甲斐づくりの活動も認知機能低下の予防に役立つに違いない。戸外での活動や運動も有効と思われる。また、認知症患者に音楽を取り入れた運動療法を行ったところ、気分や認知機能において改善がみられた。15例の中等度から重度の患者で3か月間介入をしたところ、Mini-Mental State Examination (MMSE) のスコアが有意に改善した³⁾。さらにバイアスロンをする人を対象とした研究で、言語性短期記憶を改善することを示した報告もある⁴⁾。

認知症の非薬物療法には、病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや、多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容は音楽療法、芸術療法、運動療法、現実見当識訓練などがあり、それぞれの療法により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではない⁵⁾。しかし、認知症患者の表情や抑うつなどの気分が良くなったり、反応が良くなるなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知症そのものは改善することが困難であるが、認知症の行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の改善が観察されたり、認知機能の維持ができることにより、間接的ではあるが認知症の進行を遅延できるかどうか大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリテーションを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。さらにいえば、これらの取り組みをミニデイや宅老所などで行えば認知症の進行遅延が可能となることを示唆しており、認知症の介護予防そのものとなる。また、デイサービスやデイケアで行えば

アクティビティとなり、より専門的に行えば認知症の認知リハビリテーションとなる。

IV. 認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式

パーソン・センタード・ケア (person centred care ; PCC) とは、言葉のとおり「人/人格中心のケア」とか、「その人らしいケア」と訳される。医療・看護の世界にも「患者中心の医療」という言葉がある。患者の意思を尊重した個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる。認知症という疾患により、一般患者に比べ関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難がある。そのため、認知症患者との距離を縮めていくにはその人に合ったケアが必要となる。これがPCCである。この考え方をベースに作成されたのがセンター方式のアセスメントである⁶⁾。これを本人や介護者を含めたチームで時間をかけて作成することで認知症のケアプランは大きく改善される。今後はこのアセスメントが日本全国に広がり、グループホームや施設のユニットケアにおいて、ケアマネジメントの向上に寄与することが期待される。

V. 認知症ケアマッピング (DCM)

認知症ケアマッピング (dementia care mapping ; DCM) は、1989年にイギリスの心理学者 Tom Kitwood らにより提唱された、PCCの概念に基づいた認知症ケアの評価ツールのことをいう。DCMの実施にあたり、PCCの概念の理解は不可欠といえる。DCMは、患者の行動を24のカテゴリーに分類し、well-beingとill-beingのスケールを用いて患者の行動を評価しフィードバックしていく認知症評価のツールである (表3)。

マッピングとは患者行動の記録を取ることであり、6時間に5分ごとに患者の行動をカテゴ

表3 well-being と ill-being

【well-being】

- 満足した方法で望みを表すことができる。または自信をもっている状態
- 身体がリラクセスしている
- 他の感情のニーズへの感受性
- ユーモア
- 自己表現、想像能力がある（サインのようなものを示す一踊る、描く）
- 日常生活でのいくつかの場面で喜びや満足がある
- 助けられている、有益な状態
- 社会とのコンタクト、関係をもつ、開始する
- 愛情、優しい思いがある
- 自然な敬意を示す（健康を気遣う、出席する、何かしてもらったあとにお礼を言う）
- 感情で満たされた表現ができる（ポジティブな感情、ネガティブな感情の両方が表現できる）
- 認知症をもつ他者への受け入れができる

【ill-being】

- 孤独、悲しみ、悲嘆を一人で抱えている
- 怒りをこらえている
- 不安、心配事がある
- 退屈でかたまり
- 無関心、引きこもり
- 失望している
- 身体的不安、苦痛や痛みがある

これらの状態を+5、+3、+1、-1、-3、-5の6段階で評価をする。+の状態がwellの状態、-の状態がillの状態と考え、患者が今どの状態であるかの把握を行う。

リーとスケールを用いて判断・決定していき、個人の得点化を行い、個別的評価・全体評価を実施する。それをスタッフ間へフィードバックし、well-beingの状態になるようにカンファレンスのなかで対策を練り、ケアの改善をしていく方法である。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

VI. かかりつけ医、サポート医の研修と対応

認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。真に地域医療

の最大の担い手として、医師はこれまでもかかりつけ医として役割を果たしてきた。しかし、認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部にみられた。急性期病院においても認知症の診療に困難を来し始めている面もある。そこでわれわれは病棟での診断・治療・看護の指針となる認知症のクリニカルパスを作成した⁷⁾。一方、地域では厚生労働省と日本医師会が協力して、地域の核となるサポート医の研修を行い、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症になっても安心して地域で生活を継続できる体制を構築できることを計画している。今後の新しい動向として期待される。

おわりに

認知症のケアは現在、person centred care の理念に則り、さまざまな取り組みがなされ始めている。介護保険の制度を利用して、在宅療養を継続している認知症高齢者も多くみられる。また介護施設はケアの改善を図り、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後、かかりつけ医、サポート医は地域での認知症の医療とケアに大きく関与することが期待される。

..... 文 献

- 1) 遠藤英俊：いつでもどこでも「回想法」—高齢者介護予防プログラム。ごま書房、東京、2005。
- 2) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し—新・予防給付を中心として。群馬県医師会報 2004；676：8—16。
- 3) Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, *et al* : Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil* 2004；18：253—260。
- 4) Grebot C, Gros Lambert A, Pernin JN, *et al* : Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. *Percept Mot Skills* 2003；97 (3 Pt 2) : 1107—1114。
- 5) 中村重信編：痴呆疾患の治療ガイドライン。ワールドプランニング、東京、2003。
- 6) 認知症介護研究・研修東京センター編：認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式の使い方・活かし方。中央法規出版、東京、2005。
- 7) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリニカルパス。日経研出版、名古屋、2004。

痴呆診療：診断と治療の進歩と問題点

日時 平成 17 年 3 月 14 日 (月)

場所 日本内科学会事務局会議室

司会 栗山 勝 (福井大学第二内科)
 井形 昭弘 (名古屋学芸大学)
 佐々木 健 (きのこエスポアール病院)
 月岡 関夫 (群馬県医師会)
 遠藤 英俊 (国立長寿医療センター包括診療部)

(発言順)

栗山 本日は、ご多忙中お集りいただきましてありがとうございます。痴呆の問題は日本が長寿社会になったということがいちばん大きな基盤になっているわけです。日本における長寿社会の現状と、これからの理想像といったところから、まず口火を切っていただけたらと思います。井形先生よろしくお願いいいたします。

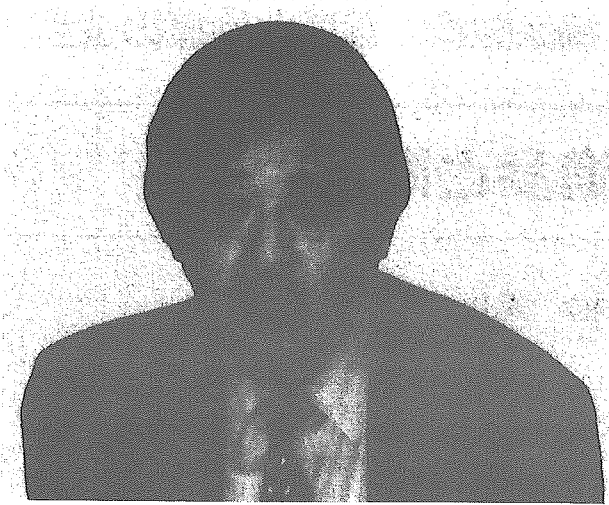
長寿社会の現状

井形 私は平成 5 年国立長寿医療センターの創設準備のために名古屋へ赴任しました。やっと昨年、ナショナルセンターがスタートしましたが、そんな関係で介護保険も含めていろいろ長寿社会の政策立案に密接に関与してきました。いつも思っているのは、長寿社会、高齢社会の創造は人類が始めて経験する大事業であるということです。日本は平均寿命が世界一ですから、わが国はその大事業の最先端にいる訳です。しかも、わずか 20 数年という短い間に世界一の長寿国になってきたわけですから、我々は好むと好まざるに係わらず、自分の手で未来を創造していかなければいけない責務を担うに至っています。

長寿社会は、一般に暗いイメージが多いのですが明るい未来が展望できると信じています。それには健康づくりなどのいろいろな努力が不可欠ですが、医学、医療の進歩と相俟って、やがて老年病も次々と征服されるでしょう。長寿という表現には、幸せな長生きでないと意味がないという、我々の強い願望が込められており、そういう意味でも、我々の手で幸せな高齢社会は実現することができていく筈です。

一般的には、高齢者になったら、すべての方が支援を必要とするようなイメージがありますが、65 歳以上の高齢者のうち、お世話を要する人は現在約 16% でその 7 倍もの、元気で健康で意欲がある高齢者がドッと社会に出ることが長寿社会の本態です。これが社会のマイナスになるはずはなく、問題はこの階層のエネルギーをどのように結び付けるかということにかかっていると思います。

つまり、長寿社会には光の部分と影の部分とがあり、光の部分が非常に大きいと申し上げたいと思いますが、影の部分がないわけではありません。その影の部分のもっとも大きな部分が、認知症(痴呆)の問題でしょう。事実、要介護者の約半数が何らかの認知症の症状を呈してい



栗山 勝氏

ると言われています。そういう意味で日本の未来、長寿社会の創造にとって、認知症の解決なしには将来はあり得ないという強い決意を持つべきではないかと思えます。

亡国病といわれた脚気、梅毒、結核が解決したのも、そう昔のことではありません。長寿医療研究センターが創設されたときに、長寿科学の研究者にアンケート調査を行いました。アルツハイマー病の解決は第1回目の調査では2010年、5年後の第2回目でも2013年という、極めて楽観的な答えが出ました。楽観的すぎるかもしれませんが、多くの亡国病と言われたものが次々に解決した輝かしい歴史と、いま認知症の研究に集められているおびただしい分子生物学的なデータからいえば、これから20年も30年もわからないままということはありません。もし認知症の予防・治療が可能になったとしたら、いまの医療も福祉も大きく変わると思っています。そういう意味で、我々は理想的な長寿社会を創る責務を持っているし、我々の努力でそれが可能となろうと常日頃いっておるわけです。

栗山 数日前にテレビ番組で放送されていたけれど、現在日本は65歳以上の家庭が10世帯に1世帯だそうです。私もちょっと気になりましたので、私の住んでいる福井県はどうなっ

てるのかと調べましたら、7.8世帯に1世帯が65歳以上の人だけで住んでいる計算でした。驚くような数字で本当に高齢者の方の生活というのは、社会的問題も含みいろんな意味で問題点があると思えます。

いま先生おっしゃいましたように、ネガティブな部分とポジティブな部分があると思えます。確かにお年寄りということは、精神的にも肉体的にもやはり若いときとは違った要素があると思えますけれども、それを視点をかえてポジティブに見てゆくと、お年寄りでないといけないところをクローズアップさせて、社会に還元していくということは、いくらでも私たちの考え次第でできることがあると思えます。とにかく、長寿社会の問題点が解決しないと未来はないということですので、これから真剣に痴呆のことは考えないといけなないと思えます。

「認知症」について

いま井形先生のお話のなかにも出てきましたけれども、「認知症」という言葉について、去年の12月24日に今後は「認知症」という言葉を使いましょうということが出されました。これに関して、まだいろいろご異論があると思えます。実はこの編集委員会のときに、今回の特集号で、「認知症という言葉をもう使ったらどうだろうか」という話が出ました。確かに日本医師会では「認知症」というのを積極的に使おうという方向です。厚生労働省からの通達文を読みますと、行政用語と一般用語は積極的に使う、法律用語としては次の国会で検討する。医学用語としてはまだ運用にあたっては慎重に使いましょうと書いていますが、先生方のお考えはいかがでしょう。

井形 私は以前から、「痴呆」というのは白痴の「痴」に阿呆の「呆」ですから、こういう言葉は使うべきでないということを強く主張してきました。言葉というのは非常に大事で、現在

はもう「めくら」とか「ちんば」とかいう差別言葉は使わないのに、「痴呆」だけ残ってることに非常に違和感を持ってました。

以前何回か名称を変えようということが議論されたことがあったのですが、「一旦定着したものを変えるのはいかがなものか」とか、「痴呆という名前で社会の理解をいただいているのに、いまさら変えるのは」という患者さんの声があったということも聞きました。しかし、名称が代るだけでも、認知症患者の復権ができると思います。健康な人が痴呆を見て「ああはなりたくない」とか「あれは気の毒だ」とか、ある意味では偏見ですが、その上にあった病名だと思います。

最近、国がお膳立てして痴呆(現在は認知症)介護研究・研修センターが全国に3カ所できまして(国立長寿医療センターのある大府にもできました)、そのセンター所長会議でこの話題が出て厚生大臣に直訴したところ、大臣が即座に「変えましょう」と言ってくれたのです。それで一般から名前を募集したり、議論したりしました。「もの忘れ症」という言葉も出たと聞いていますし、「恍惚の人」と言っていましたから、私は「恍惚病」でいいと考えたりしていました。でも、結局「認知症」という名称に落ち着き、現在急速に定着しつつあります。これが定着すれば、いまさら専門用語であっても敢えて痴呆を使いましょうという主張は少なくなると思います。あえて「認知症」を避けて「痴呆」という言葉を使うメリットはないでしょう。先生方のお考えはいかがですか。

佐々木 私は、こういう仕事に携わって20年になりますが、いまちょうど、名前を変える機が熟したんじゃないかと思います。「認知症」に対する世間一般の認識、あるいは医師の認識、あるいは介護に携わる人の認識が、ここ5年ぐらい、とくに介護の分野で大きく方向転換をしています。いま井形先生がおっしゃったように、いままでは健康な人の立場から見て、働きかけ



井形昭弘氏

をしていたというところがありますが、ちょっとそれは間違いではないかなという考えが出て来まして、そういう中から、「痴呆症」という言葉も変えなければいけないという気運が高まり、名前が変更されたのだと思います。これは画期的なことでもあるし、現在、急速にこの言葉が浸透してきているというのは、やはり世の中のムードというのもあると思います。

去年、アルツハイマーの世界大会が京都でありましたが、そこで画期的なことは、当事者の方も発表されました。そのような気運と連動して、名前も変わってきたというのは、非常に私はいいいことだと思っています。

月岡 昨日、群馬県でもの忘れ検診に従事している医師の研修会がありました。そこでもほとんど「認知症」という言葉が使われていたね。ただ、アルツハイマー型痴呆とか、そういう疾患名はやはり使いますが、一般的にはほとんど「認知症」を皆さん使われていると思います。

遠藤 いま佐々木先生が言われた、ものの方というか、痴呆症の方の立場に立って変わるということ、[パーソンセンタードケア]と言うようになりました。認知症という名前は、厚生労働省にとっても、イメージ戦略の第一歩です。高齢者介護研究会という委員会できて、



佐々木健氏

その報告のときは「痴呆」を使っていたけれども、痴呆性高齢者の普遍化という理念ができたとき、それを受けた形の国の政策の第一歩じゃないかなと思っていますので僕も賛成です。ただ医学界のほうからいえば、医学用語の整理ができていないので、たとえば、脳血管性痴呆という痴呆が入っている病気をこのままでいいのか、変えていくのかという医学的なコンセンサスは、早急に学会なり識者が考えていく必要があるだろうと思っています。

栗山 個々の問題もまだあると思いますね。この特集号を組むとき、認知症診療という名前を使おうと提案して、先生方に原稿依頼の手紙を出しました。そうすると、やはり何人かの先生からは、「ちょっと早計ではないだろうか」という手紙をいただき、今回だけはやはり「痴呆」という言葉を使うことにいたしました。しかし、今後は「認知症」という言葉はさらに、広がっていくということは間違いないと思います。

井形 有吉佐和子が『恍惚の人』を書いたのは、1970年代だと思いますが、これを恍惚と言ったのは、痴呆という言葉を使いたくないという気持ちがあったと推測しています。あの本のタイトルを「痴呆の人」と書いたら、ベストセラーにならなかったと思いますね。

佐々木 認知症の「認知」という言葉が出て

きたのは、非常に画期的だと思います。余談ですけれど、最近、台湾でも名前を変えたんですよね。台湾では「失智症」という名前に変えました。智恵の「智」ですよ。そうすると、その語感からみれば、すべての人格というか、智恵という非常に人間にとって大事なものを失う病という意味になり、日本人の感覚からいえば、少しくついなと感じます。それに対して今度、日本で決まった名前というのは、非常にいいなと思っています。

井形 外国では、デメンシアとかデメンツと呼んでいますが、「これに差別の意味がありますか」ということを聞いたら、「差別の意味はありません」と言いますね。正常からちょっと偏ったというほどの意味だというふうに聞きましたけどね。

診断と治療

栗山 この特集号は、診断と治療という2つの柱で構成されております。お集りいただいた先生方は、実地の診療に非常に深く関わっている先生方ですので、診断と鑑別診断、それから治療ということで、実際の診療で何を強調しているかということをお聞きしたいと思えます。特に早期診断という点と、2大疾患であるアルツハイマーと血管性痴呆の鑑別点などをあげていただきたいと思えます。それから、患者さんに病名を告知するときにはどうしているかということも多くの先生方が知りたいことだと思います。まずは遠藤先生からお話しいただけますでしょうか。

遠藤 やはり最近、臨床の場では、画像診断のなかでも脳SPECTが統計解析を行うことで非常に重要な意味を持ってきました。脳SPECTで、いわゆる後部帯状回、もしくは楔前部がアルツハイマーの早期に障害を受けやすいということがわかって、おそらく画像診断的に85%以上の確率でアルツハイマーの診断が可能であり、

前痴呆状態があっても3年ほど早く診断ができるともいわれています。

過激な言い方をすれば、長谷川式テストが満点でも、脳SPECTでアルツハイマー病が診断できてしまうということにもなります。非常に素晴らしいことである一方で、今度4月から個人情報保護法案が出ますが、診断名を法律上、原則的に御本人に告知をすることになりますので、逆に非常に大きな問題点もあると思っています。

昨年の12月頃にNHKで痴呆の早期診断は難しいという番組がありましたが、じつはそうではなくて、脳SPECTでアルツハイマーの早期診断が可能になったということですので、強力な診断機能が備わったということになります。今後早期の治療をどうするかということが重要になってきます。

栗山 SPECTの話は非常にトピックスだと思っています。Zスコアというのをとって、Zスコアのイメージングをし、健常者の平均と比較するという手法です。eZISという名前と呼ばれていると思いますけれども、非常に画期的な診断方法ができたということは、確かに言えると思います。

佐々木 しかしほとんどの日本の現場では、そういう最先端の診断技術を利用できずに、認知症の方を相手にしていると思います。診断技術は急速に発達を遂げているにも関わらず、その後をどのようにフォローするかという方法すなわち治療という点も、まだまだお寒い現状だろうと思います。

鑑別診断というのはやはり、非常に平凡なことなんですけれども、患者さんの状態なり日常生活なり、発言なり行動なりを詳しく聞いたり観察をしたりするというようなことを抜いては考えられないと思います。私はとくにその点を重要視しています。

栗山 それは、治療と密接に結びついてきますので、後でまたお話ししたいと思います。月岡先生は具体的に県の医師会を通じて非常に



月岡 関夫氏

いい検診システムを実行していると聞いていますが、そのことをお話し願いますか。

月岡 まず、群馬県でなぜこんなことを始めたかということですが、痴呆の方は現在急速に増加しています。やはり専門の先生方だけでは対応できないだろうと思います。一般の開業医の先生方にもそういう知識を持っていただいて、対応するシステムをつくり上げておかないと間に合わないだろう、というのが根底にあったわけです。

それと同時に、アルツハイマーの治療薬というのもだんだん開発されてきてまして、現在30%ぐらいの効く症例が出てきたと報告されています。早期の治療が非常に重要だろうということがありまして、システムを作ろうということになったのです。まず「脳の健康度チェック」というのをつくり一次検診を行います。初期は20項目ありましたが、現在は10項目になっています。このなかに2項目だけはうつ病の項目が入っています。これはうつ病も見逃したのでは困るだろうということで、うつ病の項目が入っています。

この検診システムの1つの特徴は、老健法の基本健診時に行うということです。これには個別と集団がありますが、だいたい年配の方は1年に1回、かかりつけの先生のところで健診を受



遠藤英俊氏

けに行かれる機会があります。そのときにやってもらおうと、症状のない人のチェックができるだろうということです。

一次検診で3項目引っ掛かった場合次に二次検診として、MMSE (Mini Mental State Examination) を行います。MMSEが24点以下の場合には、かかりつけ医に判断していただいて、三次検診として専門機関で鑑別診断を行ってもらおう。そこで明らかに痴呆があった場合、その後介護施設での対応あるいは、かかりつけ医の先生が治療をやってみたいということでしたら、かかりつけ医で治療を行ってもらいます(図1)。鑑別医の先生方はともかく鑑別診断を行って、追跡にしろ治療にしろ、またかかりつけ医に戻します。フォローはかかりつけ医がやるということにしてあります。

これまでは患者さんが来られてもどこで専門的な診断をやったらいかがわからなかったのが困っていましたが、今度は「ここに行けばいいよ」ということを示しまして、県下で現在56カ所に紹介しています。またSPECT検査は群馬大学に紹介すると決めております。今年は検診した人が7,000人を超えたと思います。

栗山 7,000人検診されて、早期診断では、MIC (Mild Cognitive Impairment) だとか、AACD (Age Associated Cognitive Decline) だとかは、

7,000人のうちの、だいたいどのくらいスクリーニングされてくるのでしょうか。

月岡 2003年のデータでは脳の健康度チェックの被験者が5,139名で、MMSE被験者が1,633名、さらにこのMMSEが24点以下が281名で、このなかで異常なしとされた人が109名、経過観察にまわった方が119名、要精検にまわった方が53名でした。そしてアルツハイマーが12名で、脳血管型の痴呆が4名。それから、軽度認知機能障害 (MCI) が1例で未受診者が31名でした。年度によってずいぶん違っていて、アルツハイマーが多い年もあれば脳血管性が多かったという年もありますし、多少まだバラツキがありますが、だいたいこんなところです。

栗山 統計的には、少し少ないかなというような感じもするんですけどいかがですか。

月岡 60歳以上の完全に元気で正常な人が検診に来ますからこんなところでしょうか。

栗山 こういう検診を受けようという気になるところで、少しスクリーニングされるのかもしれないですね。

月岡 高崎市の個別検診のデータがあるんですが、これはちょっと高くなります。高崎市の場合は、無差別に全員をやるのではなくて、危ないという人をどうしても検診するのである程度医者のお考えが入ります。

栗山 とにかく、いま先生が言われたように、これはもう痴呆の専門医で解決できるようなものじゃないということですね。内科の先生が中心になると思いますけれども、実地医家の先生がすべて興味をもってやっていかないと、とても間に合わないということだと思います。そしてそれはそれで、役割分担みたいなことがありますので、連携医療ということを軸に、かかりつけの先生でやってもらうことと、専門的な診断と専門的な治療が必要なきには、すぐに連携をしながらやっていくというような、体制が重要だと思います。

遠藤 その点について、群馬県のもの忘れ検

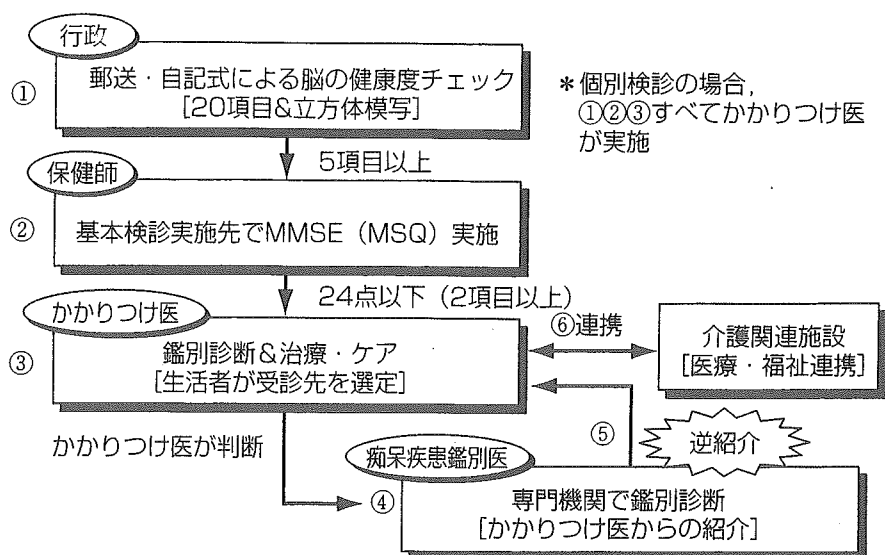


図 1. 群馬県もの忘れ検診システムフローチャート（集団検診の場合）

診を踏まえてお話をしたいんですけれども、国の老健局と日本医師会の理事の先生方を中心に話し合いが進んでおり、昨年（平成 16 年度）から、かかりつけ医の研修というのを企画しています。できれば平成 17 年度からは事業化するというのを計画しています。

それは、たとえば整形外科の先生のところに、介護保険の主治医意見書を依頼に行っても、「俺は痴呆のことは知らん」と言わずに、かかりつけ医のところでも一回、受け止めていただくというシステムをつくりたいということで、かかりつけ医の先生に勉強していただくカリキュラムというのを、現在作成しているところです。そしてそれを教える医師とか、地域で相談、連携をとる医師のことを、今回は専門医と言わずにサポート医と言ってます。痴呆のサポート医を養成してゆき、全国で 800 人程度の規模で計画されています。かかりつけ医の先生と痴呆のサポート医、専門医が連携をしつつ、診断・治療を地域単位で行ってゆくという仕組みです。今後そういったシステムを全国的に展開する計画です。

栗山 サポート医を国が認定するのですか。

遠藤 まだ明確にはなっていませんが、研修をしていきますので、最終的には修了証書を渡

して認定的な話になると思います。実際はただ、専門家を念頭にしてるのではなくて、地域で連携がとれるような先生を念頭に置いていますので、基本的には地域医師会の推薦で、地域連携を中心とした事業ということになると思います。

月岡 全国で 800 人ぐらいというと足りないのではないのでしょうか。

遠藤 初年度 4~500 人で、最終的に最小地域医療圏に一人という予定ですので、将来的にはもっと増えると思います。

月岡 群馬県では鑑別診断施設が、はじめ 8 カ所でしたが、とても間に合わないというので、いま 56 カ所に増えました。やはり、これを一人ひとりやるとけっこう鑑別診断に時間がかかるんですね。

遠藤 1 時間ぐらいはかかりますね。

月岡 そうです。一度に受診されると、外来に支障を来すので、かなり増やしました。このサポート医の計画でもかなりの人数が必要なという気がしますね。

遠藤 群馬県で 56 だとすると、50 県あれば人口を考慮しても 4,000 人以上の専門家がいるということになりますよね。

栗山 今後だんだん充実させていくというような方向なんではないでしょうかね。

遠藤 はい。

栗山 具体的な話で、患者さんの診断がついたときに、患者さんにどう説明しているかということをお話し願えないでしょうか。

佐々木 人によると思うんですがね、認知症の人が100人いれば、100通りの説明があると思います。

「明らかにアルツハイマー型の老年痴呆です」とか、「レビー小体病です」とか、そういうようなのはあまり言わないようにしておりますが、そういう面では認知症というのは非常に言いやすくなったと思います。「普通のもの忘れよりも、もっとこれは忘れていきますよ」というような言い方とか、「どういうのが原因ですか」と聞かれたらもう少し説明を加えています。現実的には、一律にこうあらなければならないというようには決められないと思います。

遠藤 現実的には、多くの専門家の話を聞いていると、アルツハイマー病の診断を「私は言わない」という先生と「言う」という先生と、真っ二つに分かれているような気がします。私は、比較的若い人には原則的に言うようにしています。実際にアルツハイマー病の場合で5割ぐらいは伝えていきます。もちろん初めてのときは言いませんけれども、検査が終わって今後どうしていくかという話をするときには、若い方には比較的告知する確率が高いです。お年寄りの方は、別にそこまで言わなくてもマイルドにしゃべってることが多いです。

私の患者ではないのですが、近くの病院で告知を受けた後に自殺された60歳くらいの方がおり、僕らも深刻に取り上げて議論しました。やはり若い方、とくに一人暮らしで若くしてアルツハイマー病と診断された場合に、非常に微妙な問題があり、自殺されるということがあるので、何回も分けて言うとか、家族が同席して説明をするとか、ご家族の方、本人の受入れ体制ができた段階で言うということが重要だと思います。それから医師の方も一人で言わずに看護婦

さんに同席してもらい話をするとか、あるいは最近は、臨床心理士に立ち合ってもらうのも良いと思います。最近よくナラティブ(物語り)・ベースト・メディスン(NBM)という言葉を目にしますが、言った後のフォローアップを臨床心理士とともに考えていくという取り組みも、我々は現在始めています。

まだ2例ほどですけど、勉強を始めているところです。臨床心理士とカウンセリングを含めながら我々といっしょに本人の悩みとかナラティブというのを聞きながら、徐々に本人のライフスタイルを変えていったり、治療も含めて考えていくというのを検討しているところです。

佐々木 アルツハイマーという言葉は、20年前はあまり知られていなかったんですけども、ここ急速に医学的な知識が普及をしました。認知症というのが病気であるという認識を持たれたのはいいことだったのかもしれませんが、他方アルツハイマー病は恐ろしい病気です。どんどん進行して行って、その人がその人でなくなる脳の破滅的な病気であるというように認識されています。確かに若年発症のアルツハイマー病の方は、そういうような経過をたどる方もいらっしゃるかもしれませんが、年を取られての発症の場合には、私が見るところによると少し経過は違うと思います。しかし、世間一般の常識としては、告知をするともう絶望してしまわれる方というのが現実です。我々医師はもう少し、病気としてのそういうネガティブな常識を変えるような努力も重要かと思っています。

私は、高齢になったアルツハイマー型痴呆というのは、非常に独断と偏見なんですけれども、脳の病気であることには間違いはないんですけども、悪性の脳の病気ではなくて、徐々にしか進行しない良性の脳の病気であるのではないかなという感じすら持っています。そういうイメージが普及すればそんなに絶望しなくてもいいし、もっと違う展開が出てくるんじゃないかなと思います。現在、認知症の方というのは、たぶん

7割ぐらいがアルツハイマー型の痴呆とありますが、この型の認知症は後期高齢者が増加してきますと増えてきますので、世間一般の方への情報の伝え方を変えていったらいいかなと思います。

遠藤 治療に関することですが、私は、診断した後、「今はいい薬があるんだ。2年たてば別の薬も出てくる。5年たったらワクチンが出てくる」というような、希望のある未来のある話もしています。「どんどんよくなっていく。治療が進んでいくので、一緒にがんばりましょう」というのは、診断して終わりではなくて、実はそこからスタートであるということですね。

栗山 最近の医学のジャーナルを見ている、明日なにか起こるかわからないぐらいの速度で研究が進み、治療法も開発されていると実感します。そういう希望を持ったようなことを伝えながら、患者さんに話をしないといけないと思います。

遠藤 4月以降の個人情報保護法案が、今はすごく気になっています。癌と認知症は除外されることでしたが診断した後に、告知する場合の法律上の問題をこれから僕らが考えなければいけない大事な時期になってると思いますね。

栗山 月岡先生、何かありますか。

月岡 やはり、病名の告知が問題で、検診をしまして異常だと判断された場合、鑑別診断の施設に送る紹介を書くんですけども、そのときにやはり、「痴呆の疑いがあるから」と書くのは一般の先生方にはかなり抵抗があって、なかなか言えない。また、どちらかというと精神科よりも神経内科に紹介してしまうという傾向があります。「今はいい治療薬もあるし」と言いますが、どうもまだ一般的には……。私はなるべく言うようにはしておりますが、でもかなり抵抗はあって、はっきり断られた人もいます。「私は違いますから」と。

井形 がんの告知ともよく似てますね。つまり、インフォームド・コンセントでは正しい知

識を共有して告知するというのが前提ですからね。だから、病気のイメージがどんどん変わりつつあるときに、先程佐々木先生の言われた徐々に進行する、むしろ良性であるとの表現は非常にいいと思いますね（笑）。

佐々木 実際に多くの症例に係わってみると、そのように思いますよ。だから患者さんには、「最後までもちますよ」って言ってるんですよ。80を過ぎた人には、「あなた、誰も200年も生きないんだから。まあ寿命までもちますよ」と。

月岡 ある会でも、若年者と高齢者のアルツハイマーは分けるべきだろうと言っていましたね。経過も違うし。

井形 がんのときもそうですけれども、告知したら、それから一緒にがんばろうという連帯感をもつべきですね。言って清々したと。あとは患者の自由というのは、主治医として無責任でしょう。

月岡 それは非常に大切に、私たちは開業医ですから、患者さんと一生付き合わなくてはならないので、それは覚悟してやるより仕方がない。私たちは最後まで付き合おうという覚悟でやっています。

栗山 これまでに話に出てこなかったことは、鑑別診断という面です。血管性痴呆との関係が重要だと思うんですけども、いかがですか。

遠藤 アルツハイマーと血管性痴呆の混合というか、血管性の病変を伴うアルツハイマー病、昔でいう混合型痴呆というんですか。両方の要素を持つて人たちの診断は、いま非常に難しいと感じています。アルツハイマー病単独だと、かえってホッとするときがありまして、血管性との混ざったようなタイプは難しいという印象をもっています。

もうひとつは、血管性痴呆の場合、よい治療法がないということです。代謝改善剤や血流改善剤ではなかなか治らないということがあって、こちらが悩ましい思いをすることがありますね。血管性痴呆の患者さんには血流改善剤を使いな

がら、日常生活のなかで運動とか、非薬物療法をお勧めしたりしてやっていますけど、いい薬が欲しいなと強く思います。

井形 鑑別診断に関しては、マーカーがいろいろ報告はされてるのですが、評価はどうですか。

遠藤 髄液検査で、タウと β アミロイドを測るという研究室レベルの診断方法ですが、まだ確定ではないと思います。ただ、タウに関しては約1年から2年早く診断ができるという話があるので、迷ったケース、それから早期のケースは、研究室レベルでも髄液検査をやってもいいとは思いますが。現在ではまだ限定付きだと思うので、私どもでは一般的にはやっていません。

栗山 アルツハイマー病では、髄液のタウが上昇し、 β 42のA β が低下するといわれていますが、マスで言えばそれは直線上にあります。個々の症例ではまだ問題点があり難しいですね。

遠藤 将来、バイオマーカーの開発は望まれるところですね。

栗山 血管性痴呆のことで、もう少し追加的な発言はないでしょうか。

月岡 先日、講演会で聞いたんですけども、アルツハイマーも血管性的変化があるとかかなり進行に影響を与えるということで、そちらのほうからも治療を考慮したほうがいいと思うのですが、やはりそうなのでしょうか。

遠藤 先程の脳SPECTもこの問題に関係することです。思ったこともない、予想したこともない部位が先に血流低下を示しているということが判ったわけです。頭頂葉とか海馬ではなくて後部帯状回というところが代謝が一義的なんだろうけど、初期に二次的な血流低下が生じているということですね。アルツハイマーの血流障害という問題は、現在重要な問題になってきていると思います。

非薬物療法と予防

栗山 告知の問題も昔はアルツハイマーとか痴呆だと言われたらもうどうしようもない、諦めの病気であるとのニュアンスが非常に強かったと思います。しかし、塩酸ドネベジル（アリセプト[®]）という薬が開発され、使ってみると患者さんの中には確かによく効く人もいらっしゃいます。そういう状況の中で、非薬物療法も重要な治療法です。非薬物治療のことで強調したいこと、こんな患者さんがよくなったとか、具体的な事例からこう学んだとか、そういうことがあったらぜひ教えていただきたいと思っています。

井形 僕は予防の重要性を入れてもらいたいと思っています。私はいつも思っているんですけども、アルツハイマーは75歳、80歳、85歳と、5年ごとに頻度が約2倍に増えてゆくのです。つまりリスクファクターは年齢であると本に書いてあります。しかし本当は老化度ですね。老化の程度は個人差が大きく暦の年齢では一括出来ません。一方老化の程度と発症率は平行しています。だったら老化を予防すれば、アルツハイマー病の原因がわからなくても発症は減る筈です。老年病はみなそうです。では、老化予防は何かということ、生活習慣病と言われるように、よい生活習慣が老化を予防できるのです。したがって、一般的に良い生活習慣を目標に健康づくりに励めば認知症も必然的に減るはずで、それに力を入れるべきだと思います。

栗山 アルツハイマーは生活習慣病と言い切る先生もいらっしゃるわけですね。確かにそういう要素が強いと思います。そのへんがわかってくると、早くから頭のトレーニングをして、予防をしていくということは非常に大事なことだと思います。遠藤先生は回想法などに非常に力を入れておられると思いますが、そのへんからお話をお願いします。

遠藤 僕たちは治療に関してどういうチョイ

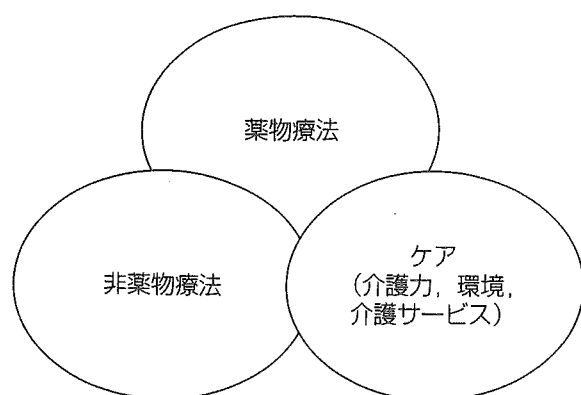


図2. 痴呆のマネジメント

スがあるかという、やはりひとつはお薬というチョイス、次に薬でない方法、それから佐々木先生も力を入れていると思いますが、環境やケアの力という治療もあります。僕はこの薬物療法、非薬物療養、ケアの3つが大事だと思っています(図2)。

アリセプト[®]に関していうと、飲まない場合にはアルツハイマー病は徐々に進行していきます。早期にはゆっくりだということはあるのですが、ある時期を過ぎるとグッと記憶力が落ちてきます。アリセプト[®]を飲んでいて、それが約1年ぐらい進行を遅らすことができます。最近はいろいろデータが出てきて、2年、3年と延びてるというデータもあります。それからMCIといえますか、超早期にアルツハイマー病を診断してアリセプト[®]を飲むと有効であるというデータも海外から出てきています。やはりアリセプト[®]はファースト・チョイスではないかと思っています。

非薬物療法に関してはたとえば毎日手作業をするなど、作業療法によるような取り組みとか、音楽療法もあります。音楽療法は、脳の血流の特定部位をよくするというデータもあり、おもしろいと思っています。回想療法、それから現実見当識訓練、それから認知リハビリというのも最近、特に心理の先生が行っているようです。それから芸術療法、運動療法、動物、絵画療法などもあり(表)、このへんは佐々木先生のほう

表. 認知症の非薬物療法(生活療法)

■作業療法
■音楽療法 (BPSDなどを減少させるデータあり、重度にも有用)
■回想療法(研究成果あり)
■現実見当識訓練(比較的よい報告あり)
■認知リハビリ
■芸術療法
■運動療法 (介護予防として有酸素運動が可能性あり)
■動物介在療法など

がお得意だと思いますけれども。

先程の生活習慣病ということに関しては、環境が変わるのも患者さんにはよくないのですが、1日1時間会話すると大変よい。「回想」とか、「思い出し」というのをテーマとして、話しやすくするための方法なんですけど、1日1時間きちんとお年寄りが会話を楽しむという場を設定する。そうすると、それが一番の予防ではないかと思っています。

回想法に力を入れています。それから科学的なデータからいうと、運動療法にも期待していきまして、前頭前野を刺激するような運動、たとえば、速歩でもいいんでしょうけれども、考えながら歩くというような運動療法がどうもよさそうだとされています。脳生理学の久保田競先生らがそういうデータが出されています。いま私がいちばん関心を持ってる治療法です。

非薬物療法はいろいろありますが、では、本当に効くのかというと、病気の本質は進行していく病気なので、今のところ周辺症状の改善、精神症状の軽減、それから残存機能の維持、それから対人交流、これはとても大事だと思いますけれども、コミュニケーションの改善、それから情緒の安定、意欲・活動性の向上というのを図られて、二次的に認知機能をゆっくり改善させる効果があるだろうとされています。同時に介護負担の軽減が認められるので、きちんと仕組みをつくって提供すると非薬物療法も捨

てたものではないと感じています。

月岡 群馬県の粕川村というところで、頭いきいき元気塾といって、痴呆の予防プロジェクトが行われていますが、問題はこうした予防法の有効性を立証する方法がないんですね。去年から始まったんですけれども、実際いろいろな運動をしたり、絵を描いたり、お手玉をやったり音楽をやったりしています。群馬の宮永先生が一生懸命になってやられているんですけれども、もう少し判定するうまい方法があるといいなと思っていますが、先生、何かございますか。

遠藤 僕らは、前後で認知機能の検査をしています。毎回チェックします。元気度とかしゃべる回数とかというチェック方法がありますが種類によって、どれが良いテスト方法かを選ばなければいけないと思いますが、私どもはベースにはミニメンタルテストを使っています。より予防的療法では、ミニメンタル (MMSE) ではあまり動かないので、我々はSKTという、ドイツから導入したより鋭敏な方法を導入してやっています。

栗山 SKTというのは何ですか。

遠藤 シンドローム・クルツ・テスト (Syndrome Kurztest) というものですが、キットがあるので大変は大変なんですけれども、軽度の人、早期もしくはミニメンタルで20点以上の人には、そのテストでやるとけっこう動きやすいです。主に変動するのは注意力なんですよね。非薬物療法によって記憶もちょっと動くんですけど、注意力がよく動いていて、意欲・活動性の向上というところが効いてきて、けっこう反応していいデータが出ています。我々はやらないグループもコントロールとして取って、やった群がどう変わったかという事を検討しています。やはりこういった評価法の検討というのは、今後の大事な研究テーマではないかと思っています。

栗山 ちょっと枝葉の話になってしまうかもしれませんが、鋭敏なテストを使うことが非常に重要だと思うんですね。

遠藤 軽い人の場合はとくにそうです。

栗山 浜松の金子先生は、カナ拾いテストというのを非常に強調されていますけれども、カナ拾いテストとこれを比べて云々とか、あるいはもっと感度のよいテストなど何かコメントないですか。

遠藤 カナ拾いテストは主に前頭前野のテストを見てるので、簡単という意味では非常にいい方法だと思いますが病気の本質である記憶力はみていません。SKTというのは注意力、記憶力をみるテストで、10分でできる検査です。欠点は、キットがいるということでしょうか。

栗山 そのキットは、買うことができるのですか。

遠藤 買えます。私どももドイツで入手して来たんです。いま日本バージョンを作ってる所です。

月岡 カナ拾いは私たちも一部使っているんですけれども、やはり脳の健康度チェックリストのほうが引っ掛ける率はいいようです。

ケアの力

佐々木 非薬物的な療法で、いわゆる認知症の中核症状の認知機能を高める効果というのは、実際にいろいろテストしてみて、優位の差が出たから現実的にその人にとって認知力が高まったことがどれぐらい意味があるのかということと単純に結びつかないように思います。非薬物療法に期待される効果は、認知症をどのように見るのかという見方によって、変わってくると思いますね。認知症というのは、確かに医学で言えば認知力の低下ということが主なことなんでしょうけれども、もう少し広い意味でみれば、認知症というのは脳の障害だけではなくて、その他の様々な要素を含んだ病態としてとらえられます。非薬物療法で期待されるのは、脳の障害をよくするというよりは、それに絡まっているいろいろな原因というか、悪化する原因をよ

くするというところに非常に大きな効果があるように思います。

医学では、専門家は認知症を見る場合に脳の器質性障害として、非常に力点を置いて考えますけれども、現実には私のやってきた活動のなかでは、環境、あるいは人間関係が重要な要素と感じています。患者さんを実際に見ると、意外と機能的な、精神的な問題が非常に病態に大きく関与していると感じられます。だから、少し気分をよくしてあげるだけでも違ってきます。うつ病と痴呆症の鑑別というのはよく教科書的に出ていますけれども、現実的には認知症になっていてうつになってる人というのはかなりいるわけで、その機能性の状態を治すだけでも、痴呆全体の像というのは大きく変わってくるということを経験します。

そういう面で、非薬物療法はケアと絡んだものですが、ケアの力によっていままで医学で言われていた辺縁症状というのは、いいケアやいい係わりや、いい環境やいい何か働きかけをすることによって、ほとんど解決するのではないかと思う程です。これまで我々は中核症状の認知障害があるから、辺縁症状も直接そのために出てきているというような、非常に単純な論理でその対応を展開してきたように思います。しかし、実際その間にフィルターがあって、認知症の人が示すいろいろな辺縁症状というのは、10人いればそのフィルターはみんな違うわけですから、そのフィルターを通れば10人とも違います。辺縁症状は1つの概念でとらえるのではなくて、その人その人、個人の行動とか様子というようにとらえたほうが、辺縁症状はとらえやすいのではないかなと思っています。

井形 僕もそういうフィーリングですね。中核症状はみんな共通ですけれども、周辺症状は極めて多彩でしょ。それが脳のなかのアミロイドの量と平行して出るんだったら、そんな多彩なものが出る、そんなことはないわけですね。いまおっしゃったように、その人が置かれた環

境などによって変化するわけです。だから、それを念頭に置いた対策、非薬物療法が主になるだろうと思いますね。

栗山 介護の面でも、周辺症状がいちばんトラブルの素といわれていますね。だから、周辺症状を少しでもとってやると、介護の面でも取り扱いということに対して軽減できると思いますね。

遠藤 診断することも大事なんですけれども、じつは家族に対する介護負担の軽減や、本人の周辺症状をどう取ってあげるかがいちばん痴呆診療の大事なところじゃないかと思っています。

佐々木 先程申し上げましたように、後期に発病したアルツハイマー型というのは、徐々に徐々にしか進行しないものだと思います。しかし、実際の臨床では急速に進行する人がいたり、急に悪くなったりします。それは脳の病気が悪くなっているのではなく、その他の要素が悪くなっているからそうなると思われます。それは病気の本質、いわゆる脳の病気としてのプロセスから外れているというように思うんですね。そのあたりを、臨床的にどういようように関与していくかというのも、やはり我々は考えて治療していかないといけないと思います。

遠藤 骨折して1カ月入院すると症状がドツと悪くなるんですね。それは、ベッドの上で刺激のない生活をする環境が悪いと思われます。骨折や肺炎をきっかけに悪くなるという方がおられる場合、やはり医療側も環境に配慮、ケアに配慮するということが重要だと思います。介護の面はずいぶんと、そういう事が進んできていますが、医療の面ではそのへんちょっとまだ苦手なんじゃないかなと思いますね。

佐々木 しかしながら、レビー小体病で何か変なのが見えるとか、夜間譫妄だろうと言われていたのが、ドネペジルを使うとパッと消えるとか、そういうようなことも、最近はよく経験しますし、やはり薬の力も大きいなとは思いますが。

介護保険

井形 介護保険と連動して全国に3カ所認知症（痴呆）介護研究・研修センターが発足しましたが、その成果として認知症の新しいアセスメントとしてセンター方式が提案されています。従来のものと、どこが違うかという点、患者さんとか家族の立場に立ったアセスメントになっている点です。できればそれを用いて認知症対策の標準化を図りたい。厚労省はそう思っています。従来はどうしても問題症状の対応が前面に出ていましたが、こういった発想は、未来志向型のように思いますね。

遠藤 国は、今度の“2015年の高齢者介護”報告が出たときに、痴呆介護の普遍化が大事だと指摘しました。このケアマネージメントセンター方式では、ケアをするこっちが評価するんじゃなくて、その人から見たときにどう評価するかという発想の転換が入っていて、先ほどのパーソンセンタードケアという、その人らしいケアを提供するためにどうするか、どうアセスメントするか、どうプランを立てるかというように、発想の転換があるというのが画期的だと思います。

栗山 先生、すみませんが、その事をもう少し詳しく述べていただけますか。

遠藤 認知症の介護研究・研修東京センターがつくったものなのですが、国がバックアップしていて、17年度以降、多くのグループホームとか、ユニットケア、認知症をみる施設、もしくは在宅でこれを広めていくというのが国の政策に載っています。もともとはお年寄りを見るときに、こちらからどうお年寄りが問題を抱えているかという評価をしていたのが、その人から見たときに私はどういう問題があるか、どういうことを見て欲しいかというように発想の転換があります。すなわち、アセスメントする視点が全然違うわけです。その人が人間らしく生

きるためにはどうあるべきかということを前提にアセスメントプランを立てるという、発想の転換が行われた点がいままでのアセスメントとはちょっと異なり画期的だと思います。

井形 これについてはすでにかんがりの地区でモデル事業をやっていて、高い評価を得ています。だから、全国に標準化されたアセスメントとして普及するだろうと思っています。ぜひ関心を持ってください。医療にもその影響が波及するでしょう。

栗山 介護保険にも結びつく話になってきましたので、このへんで何か追加的なお話はありますか。介護保険の生みの親の井形先生のほうから何か。

井形 いくつかの側面がありますが、ひとつはグループホームをつくったことですね。これは、地域に密着した形で、少人数で施設みたいな形はしていますが在宅サービスの一端です。そこでは共同生活が主体で、それをサポートする人がつきます。病院だと管理する人がつきますけど、管理する人はいません。そういうことでやって、いい成績が出たものですから、急激に普及して導入のときに300だったのが、いま6,000を超えています。そして痴呆対策の主流にのし上がってきています。

介護保険を導入するときは、ドイツでもそうでしたが、痴呆患者でも身体的な障害に注目しておれば全部カバーできると思っていました。ですから、身体的なサービスをタイムスタディで計算し、コンピューターで要介護度というのを決定しました。コンピューターを入れたのは日本が最初なのですが、導入後間もなく問題点が指摘されました。認知症の人は、身体障害だけで評価することは出来ません。まず見守りが必要だし。そういうことで、痴呆の要介護度が低すぎると云うことになり、急遽、緊急に改訂した経緯があります。

だから、痴呆に関しては試行錯誤です。グループホームをつくり、それから痴呆の介護研究・