

介護保険制度の現状と展望

遠藤 英俊¹⁾

1) 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

- ◇ 現行の制度では、要支援・要介護者の悪化するケースが多いことが分かったため、今後は筋力トレーニング・口腔ケア・栄養改善を取り入れて予防・維持を図る介護予防が重要になる。
- ◇ 平成18年度から運用される介護保険制度改正の主要なポイントは、①地域包括支援センターの設置、②介護予防、③包括ケアマネジメント、であり、これらの制度が介護保険の中核となる。
- ◇ 国の方針として、今後は在宅療養が中心となる。自宅での療養だけでなく、施設ケアも、地域包括支援センターの設置によってより小規模な地域での展開となり、小規模多機能型サービス拠点の設置やユニットケアが推進される。
- ◇ 高齢者の虐待では、精神的虐待の報告が多い。経済的虐待には医療関係者では解決できない問題もあり、虐待についての知識を深めて防止を図る必要がある。

KeyWords

介護保険制度改正
地域包括支援センター
介護予防
ユニットケア
認知症ケア
高齢者虐待

【連絡先】

〒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

はじめに

介護保険制度が改正され、平成18年4月から順次新しい仕組みが運用される。一昨年、厚生労働省から「2015年の高齢者介護」という報告書が出された。この「堀田レポート」と通称される報告書に、今回の介護保険制度改正の基になった理念が示されている。その考えに沿って、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護給付部会などでの検討が進められ、法律が成立した。

今回の改訂は5年前の介護保険制度の発足に匹敵するインパクトのある改正であると思っている。しかし、非常に革新的な部分と運用に懸念のある部分とが混在している。

介護保険制度発足からの流れ

介護保険制度が始まってからの3~4年間のデータを見てみると、要支援・要介護が激増し、現在すでに400万人を超える方が給付を受けている(図1)。この増え方は実は当初の予想どおりではあったが、その内容に問題があった。

図2は、平成12年から13年にかけて島根県内のある地域での認定状況の変化を見たものである。要支援の方の5割が1年後には悪化していることが分かってきた。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持にはつながらない。そこで、今回の新予防給付という考え方が出てきた。具体的には、100万人から200万人いる要支援や要介護1の方に対して、新予防給付として筋力トレーニング・口腔ケア・栄養改善を行うというものである。しかし、対象者のアセスメントの主体が一様では

図1 要介護度別認定者数の推移(2000年4月末～2004年1月末)

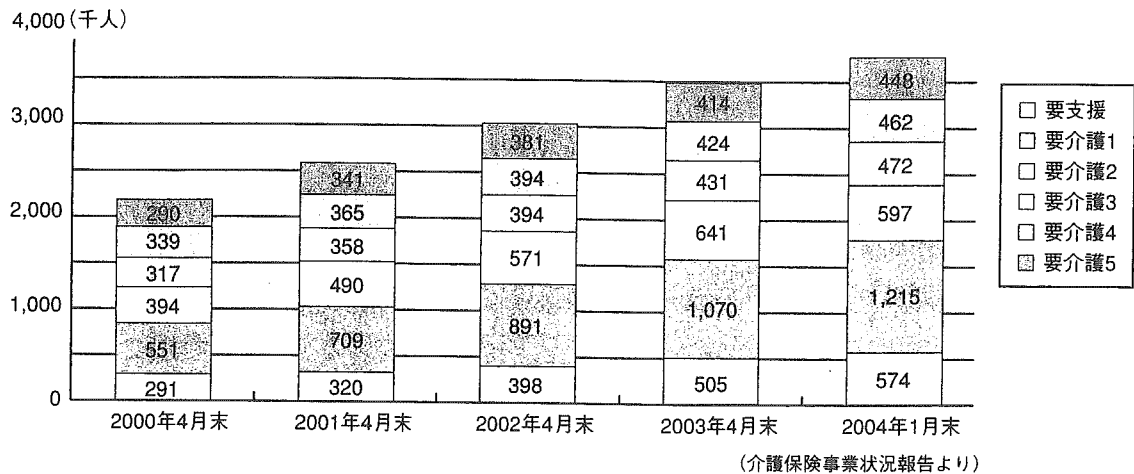
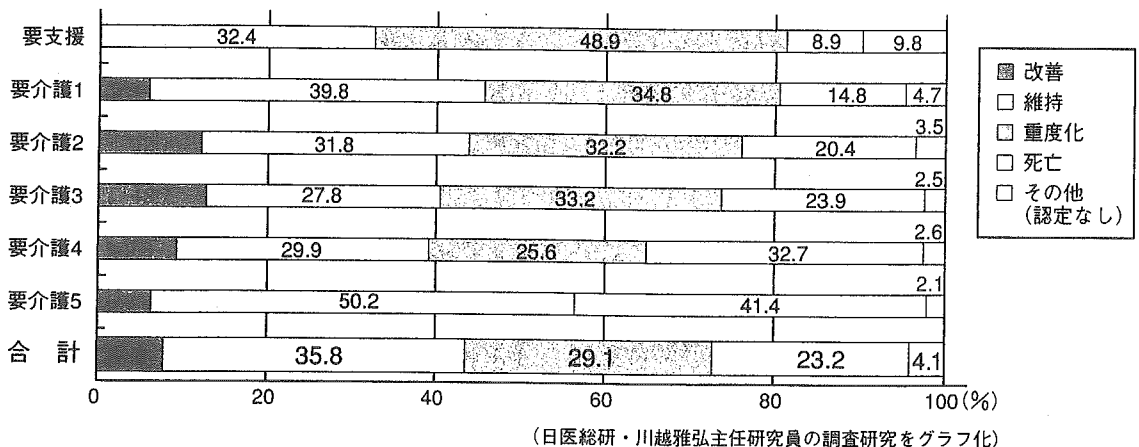


図2 要介護度別認定状況の変化(2000～2001年)



なく、市町村もしくは市町村が委託するところが行うことになる。つまり、アセスメントの主体が異なるので、予防給付を実施する施設にも大きな変化があるものと予想される。

また、老人保健(老健)施設では1年経過すると入居者の28.9%、いわゆる特養ホームでは18.8%の認知症が悪化するという調査結果が出ている。これに対して、在宅に極めて近い小規模な施設であるグループホームでは、悪化率が1年後に6%であった(図3)。このふたつの調査結果を基に、国は今後30床以上の規模の特養ホームは作らないという、大胆な計画を立てている。つまり言葉を変えれば、発想を大きく変えて、これからの施設ケアは小規模かつ多機能ケアに代えていくという方向性を打ち出したということである。それに沿って、今後の施設ケアは個室化・ユニットケアが主流となり、老健でも5割を個室にしなければならなく

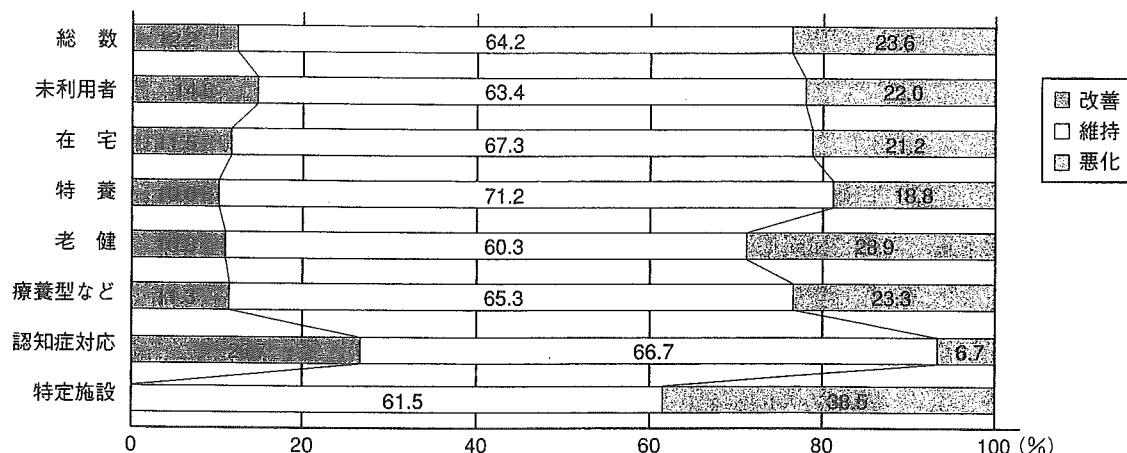
なる。基本的には、施設は地域に展開する形へと変わり、施設であっても在宅であっても個別ケアに移行することになる。

ソフトの面での介護保険の改正の大きな点は「介護予防」というキーワードで、筋力トレーニングが目玉になっている。モデル事業では、筋力トレーニングを行うと5割くらいには効果があるが、18%は悪化したというデータが出ている。有能な人材を配置しないと、筋力トレーニングの効果を出すことは難しいと思われる。

介護予防アセスメントの拠点となるのは地域包括支援センターであり、介護予防研修や社会福祉士が相談窓口となる虐待防止などについての研修が、これから次々に実施される。新しい施策としての介護予防が成功するかどうかは大いなる実験だろうと考えている。

施設ではユニットケアが推進されるが、これま

図3 利用施設別に見た認知症度改善/維持/悪化の状況(2000年と2001年との比較)



でと同じ人員配置でユニットケアを行うと、ケアの質が下がるというわれわれのデータがある。

もうひとつ大きなテーマは、介護保険にかかる財源の問題である。介護保険の保険料が上昇し、赤字の市町村が増えてきている。介護予防の導入も給付対象者を減らし、保険料を減らしたいという財源の問題が背景にある。また、食費・居住費の支払いも介護保険からの給付を自己負担に変えていくという流れがあり、平均で2~4万円程度の利用者負担になると予測されている。これが実現すると、大きな打撃を受けるのは老健施設と思われる。老健施設は利用者の出入りがあり、食費や生活費が例えば月に4、5万円上がった場合に、いったん退所した方が老健施設に戻ってくるかどうかという心配がある。経済的な問題から在宅を希望される家庭がかなり出てくるのではないかと。それが1~2割出てきた場合に、経営的に難しくなる老健施設が出てくるのが考えられる。今後の老健施設は、ショートステイを増やす、在宅者の利用促進を図る、などの対策が必要になるとと思われる。

制度改正の主要なポイント

今回の改正で最も重要なのは地域包括支援センターの設置である。市町村に3,000弱の地域包括支援センターを置くことになっている。センターの機能としては、ひとつは初期相談、家族支援などの相談窓口の設置、2番目に権利擁護への取り組みがある。成年後見制度から虐待問題まで扱う必要がある、担当者には十分な研修が必要となる。

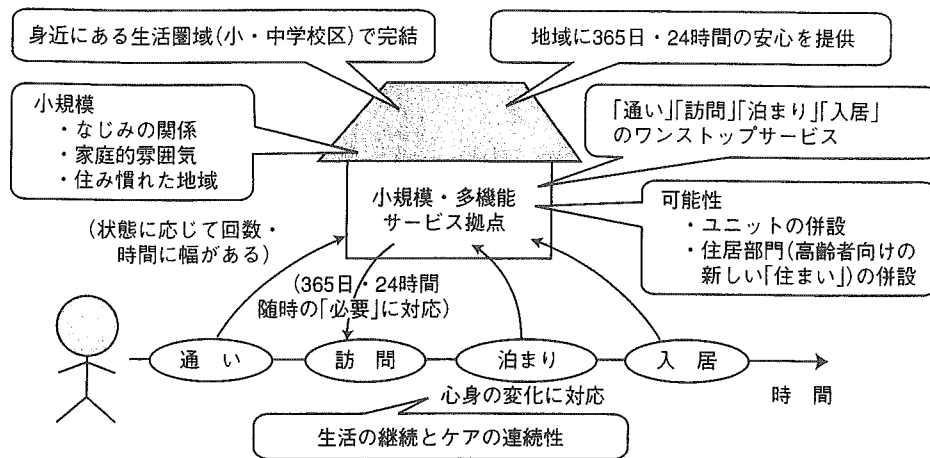
改正の2番目に介護予防がある。運営協議会を作って介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託は保健師が責任を持つことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止の方向にあり、今後は地域包括支援センターが介護予防サービスを事業者委託することになるため、優れた機能を持つ事業者の選定が重要になる。

次に、ケアマネジメントの問題がある。ケアマネジャーに主任ケアマネジャーという上級資格を設け、今までのケアマネジャーリーダーが就任する予定である。将来的にはケアマネジャーの5人に1人が主任ケアマネジャーになり、場合によっては、市町村でケアマネジメントを統括する役割を担うことになる。ケアマネジャーの研修強化、背番号制度、再研修を単位制にする、などが計画されている。これらの制度が介護保険の一番の中核となる改正点である。

在宅ケアの推進

国は、在宅療養中心という考え方を持っている。しかし、個々の家族に介護負担を強いるのではなく、介護の社会化と言っていた流れを変えるものではない。変形在宅あるいは第3の施設という、新しい考え方に基づいた施設型在宅が提案されている。施設入所の対象者は、例えば特養ホームでは3.5~3.8の要介護度であるが、おそらく今後は4以上に上がり、介護度の高い人だけが施設に入ることになるとと思われる。特養ホームには2年く

図4 小規模・多機能サービス拠点のイメージ図



らい前にポイント制度が導入され、以前より介護度の重い人が入るようになったが、この傾向は今後さらに加速されると思われる。

一方では、これまで以上に介護度が重い人でも在宅が可能な体制を作っていくことが検討されている。地域ケアでは、訪問介護もケアプランに沿ったものだけではなく、例えば、昼間の時間帯のほか夜でも対応する、緊急の対応もできるようにしていくことなど、自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備についても検討されている。

認知症のケア

要介護認定を受けた方の半数が認知症であったというデータを見て国は愕然(がくぜん)とし、ADL中心の身体的ケアから認知症中心のケアへと転換を図ることになった。認知症高齢者に対するケアを高齢者ケアの標準とすべきと言っているが、一方、介護予防はADLが中心であり、この辺は矛盾していると筆者は感じている。

身体ケアモデルから身体ケア+認知症ケアモデル、もしくは予防モデルへの転換が図られ、地域における総合的・継続的認知症ケア支援体制の整備が計画されている。

認知症ケアの地域における展開

認知症ケアは、地域で展開することを目指して導入された。すなわち、小学校区や中学校区程度の広さの利用者の生活圏域内で完結する、安心で身近に感じる即時対応が可能な地域密着型のケア

を実現することである。サービス計画の策定にはサービス圏域という概念を導入し、市町村長の介護保険事業計画として圏域単位でのサービス提供の完結が基本となる。

ケアの在り方としては、地域全体で見て、そこに当然ながら医療も必要であり、かかりつけ医も必要となる。介護保険発足

時にはグループホームが設けられたが、今回の介護保険の改正では新たに小規模多機能型のサービス拠点を立ち上げ、そこが中心となり認知症ケアを実施していく。小規模・多機能サービスの拠点は、在宅利用者の容態変化に対応したさまざまな介護サービスを随時適切に、すなわち365日・24時間切れ目なく一体的・複合的に提供する(図4)。基本的な考え方は、「通い」を中心として、要介護者の容態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活を支持することを目的としている。

施設は約10人単位の個室で、10人単位で簡単な食事ができ、施設職員と一緒に生活していくようなイメージのユニットケアに変わっていく。施設はこれまでとは構造も運用も変わり、一部は施設の外へも展開することになる。

認知症ケアの世界の流れを見てみると、デンマークでは施設はもうなくなり在宅で介護をしている。ドイツは介護保険が運用され始め、ケアの質が重視されるようになってきたが、大きな赤字が出ている。スウェーデンではユニットケアが、オランダや英国は person-centered care に沿ったケアが提供される仕組みになっている。

高齢者の虐待問題

身体虐待を受けた人は外傷などがあり、病院に来ることが多い。現在は、医師には発見したときの通報義務がないが、高齢者虐待防止法案ができると、生命に危険が予測される場合には警察・市町

表1 高齢者虐待リスクアセスメント表

(各項目の点数を合計し、5点以上で要注意)

	0	1	2	3
日常生活自立度	J・A	B	C	—
問題行動	無	有	—	—
本人の経済状態	よいと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	よい	どちらともいえない	—	悪い
要介護状態になる前の家族との人間関係	よい	悪い どちらともいえない	—	—
介護の負担感	無	—	有	—
主介護者に対する他の家族の協力	有	無	—	—
家族の飲酒問題	無	—	有	—
主介護者が怠惰な生活をしている	していない	している	—	—
主介護者の介護サービス受け入れの状況	積極的	—	勧められていやいや 拒否	—

(名古屋市高齢者虐待調査研究会作成)

村の窓口や地域包括支援センターに通報しなければならない。この法律は、介護者の制裁ではなく、介護者を支援し虐待を止めることを目的としている。性的虐待や心理的虐待、特に在宅における心理的虐待の報告は非常に多い。ほかに意図的に食事を提供しない、病院に行かせないなどの「放任」がある。この放任は気付かないと発見されず、こうした虐待の種類があるのだということを知っていなければならない。

また、われわれ医療関係者には解決が難しい虐待として、経済虐待がある。厚生労働省から昨年資料が発表されたが、そのなかで目立ったのが男性介護者による虐待である。自分が働かずに親の年金で生活している人がかなり存在する。高齢者本人が納得してお金を渡しているのであればよいが、介護者が勝手に通帳などを持っていってしまうケースがある。これは医療では解決できず、弁護士に依頼するなどして成年後見制度を使うことになる。さらに、自己放任(自分で食事を拒否)や置き去り(施設や病院に置きっ放しにして家族がどこかへ行ってしまう)ということがまれにある。

虐待される人は、われわれの調査では、要介護度の高い人が多く半数が要介護3以上であり、7割が要介護認定者で、認知症の人が5～6割いる。全国調査では、被虐待者の8割に認知症があるというデータがある。虐待は医療機関や訪問介護で見つけやすいが、虐待対策としてきちんと通報を義務

付ける法律が必要である。名古屋市では、平成17年度に2,300万円の予算をかけてシェルターを作り、また虐待防止相談センターも作った。神奈川県では横須賀市が先進的な取り組みを行っているが、今後はすべての市町村がこうした対策を取る必要がある。

虐待の発見については、リスクアセスメント表が開発されている(表1)。要介護度、問題行動の有無、認知症の有無、本人の経済状態、人間関係、家族の負担が高いなどの項目について重み付けをして、点数化している。16点満点であるが、5点以上では虐待のリスクがあるというデータが出ている。訪問看護師やケアマネジャーがこれを携えて評価を行うことで、虐待のリスクを発見できる。

おわりに

介護保険の改正には、ハード面とソフト面のふたつがある。ハード面では、地域包括支援センターの設立、小規模多機能型のサービス拠点の設置が中心となる。実際の運営に当たっては細部に問題がないわけではないが、今回の改正は特に認知症のケアに対して影響が大きいと考えられる。ほかに、高齢者虐待防止、車の運転や告知の問題など今後の課題も少なくない。さらに、プライマリケアのレベルでは早期診断と早期治療をどのように的確に行うか、地域における連携システムをいかに構築していくかが重要になる。

認知症の ケアマネジメント

国立長寿医療センター包括診療部 遠藤 英俊

● 抄録

認知症のケアマネジメントは、平成 18 年度以降の介護保険の改正を端緒にハード、ソフトとも返還期を迎えている。とくに「パーソンセンタードケア」という理念のもとに、グループホームやユニットケア、さらには小規模多機能居宅介護と認知症のケアが変わりつつあり、なかでも認知症ケアマネジメントセンター方式が厚生労働省により推進されており、徐々に利用されつつあるところである。このアセスメントを用い、個別ケアを実現していくことが新しい時代の認知症のケアマネジメントの方向であると確信している。また今後は、地域包括支援センターができ、認知症対策の相談、助言の窓口ともなり、高齢者虐待防止や成年後見制度の利用の促進も含め、地域の医療と福祉の認知症対策の中核として機能することが計画されている。介護支援専門員を中心に在宅であれ、施設であれ、認知症のケアマネジメントが前進することを期待している。

Key Words : 認知症, 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

ケアマネジメント学, (4) : 24-28, 2005

はじめに

2003 年 6 月に厚生労働省からだされた「2015 年の高齢者介護」報告によれば、介護保険の利用者の分析から、身体ケアモデルから痴呆ケアモデルへの転換と痴呆ケアの普遍化が目標とされた。その答申を受ける形で、2006 年 4 月以降に介護保険の改正が実施されようとしている。そのなかで国が第 1 に行ったのが、厚労省によって学識経験者の意見を踏まえ、平成 16 年 12 月より痴呆という用語を一般用語や行政用語において「認知症」と言い換えることであった。用語を換えることで、認知症の印象や概念も変わる。その中心の 1 つとなるのが、認知症のケアマネジメントの確立であ

る。認知症介護研究研修東京センターが中心となり、現場を中心にアセスメントが作成された。そこで現在検討されているのが認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式といわれるものである。高齢者の増加に伴い認知症をもつ人も急激に増加し、超高齢社会において認知症のケアは避けて通れない。認知症のケアマネジメントは認知症を的確にアセスメントする方法や専用のサービスの欠如のために、これまで認知症のケアの提供において十分ではなかったといえよう。そのため今後、このセンター方式アセスメントが在宅であれ、施設であれ、認知症をもつ人の場合には、政策的にも広く利用されるようになると思われる。

I. 認知症ケアマネジメント・センター方式

介護保険では、サービスの質を確保するための共通方法として、ケアマネジメントが導入された。

Hidetoshi Endo
Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National
Center for Geriatrics and Gerontology
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

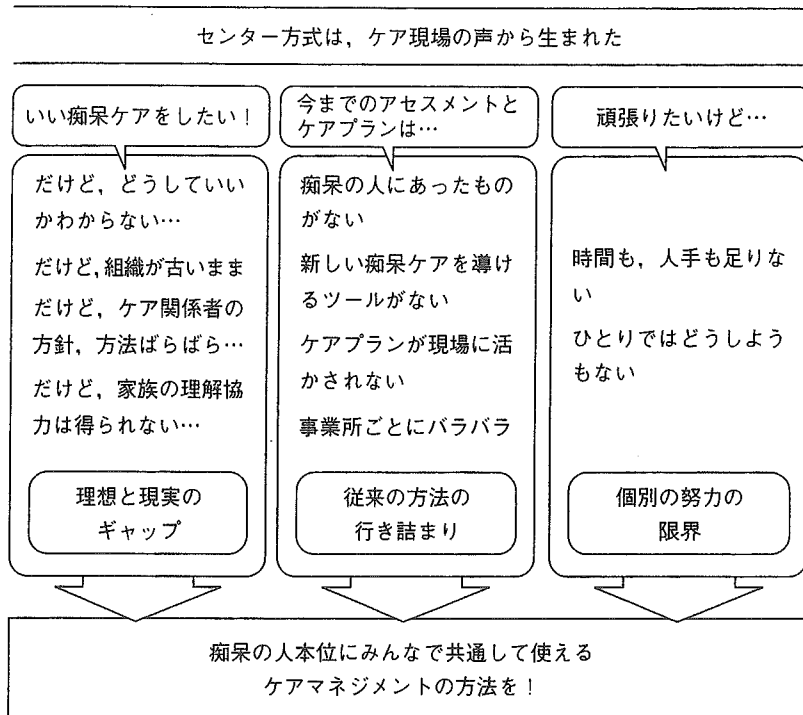


図1 センター方式の経過

それは、利用者の暮らしとケアの課題を見極め(=アセスメント)、課題解決のための計画(=ケアプラン)をつくり、実践してみた結果を点検し、よりよくしていく一連のシステムである。認知症の1つのモデル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る¹⁾。しかし、とくに認知症をもつ人の場合、なにをアセスメントし、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なかった。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た。そんななか、“新しい認知症ケアを目指して、関係者がいっしょに使える共通の方法と仕組みをつくりたい”というケア現場の強い要望を出発点に、『新しい認知症ケア』を目指した認知症高齢者ケアマネジメントシートの開発が始まった。そして「認知症介護研究・研修センター(東京・仙台・大府)」を中心に認知症ケアに関する研究者や現場

表1 センター式アセスメントの理念

① 尊厳, 利用者本位
② 安心, 生の充実
③ 自立支援, リハビリテーション
④ 安全・健康・予防
⑤ 家族や地域と共に進むケア(地域包括支援)

表2 センター方式アセスメントの5つの視点

① その人らしさ
② 安心・快
③ 力の発揮
④ 安全・健康
⑤ 暮らしの継続性

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」が開発された。

II. 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ある。しかし施設という特

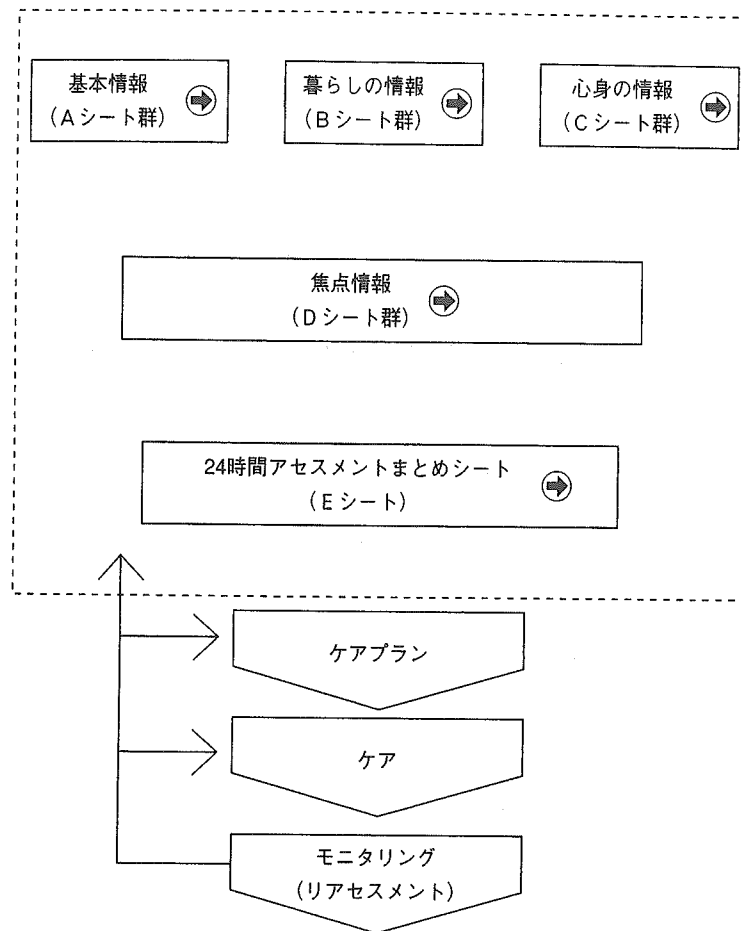


図2 センター方式シートのA～Eまで5つのシート

殊な環境のなかで「与えるケア」に終始しているのは、仕方のないことであろうか？ 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考えている。高齢者には与えるケアではなく「支えるケア」や「寄り添うケア」が重要である。今後介護施設は大規模施設から29床程度までの小規模多機能地域ケアに転換されようとしている。そういう環境やハード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ある。つまり新しい認知症ケアとは認知症をもつその人と共に暮らす共生の姿勢が求められる。そのとき介護職は集団ケアから個別ケアへの意識改革が求められる²⁾。そういう観点からのケアマネジメントが重要であることはいうまでもない。

Ⅲ. パーソンセンタードケア(PCC)について

「その人らしいケア」とは尊厳あるケアである。しかしその人らしくあるために、その人をよく理解することが重要であり、得てしてそれがむずかしい。このアセスメントは記述式であるが、これを利用すると「認知症その人」がよくみえるように作成されている。今後多くのサービス事業者や施設で利用されることを期待する。またこのセンター方式はこれまでのアセスメントとは視点が異なるため、革命的でもある。この点の理解が進まないと古い体質の現場は混乱する可能性もある。

認知症ケアマッピング(DCM)とは、PCCを基に構築されており、認知症の行動やスタッフのかかわりなどを分析し、その人にあったよりよい認知症ケアを提供していくための認知症ケアにお

ける評価ツールの1つである。痴呆ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み 2001-スタンダード2においてPCCを実施するように規定され実施されている。

DCMは、1989年イギリスの心理学者Tom Kitwoodらにより提唱されたパーソンセンタードケア(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。医療・看護の世界にも「患者中心の看護」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³⁾。

認知症という疾患は一般の患者に比べ、関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難を要する。そのため、介護者側が認知症患者側との距離を縮めていくためにその人にあったケアが必要となる。これがPCCである。これを評価するためにキットウッド博士によりDCMは考案された。DCMは、患者の行動を24のカテゴリーに分類し、well-being(よい状態)とill-being(悪い状態)のスケールを用いて患者の行動を評価し、ケア担当者にその結果をフィードバックしていく認知症評価のツールである。表1と2にその内容の一覧を示した。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、人材育成にもつながり、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて介護施設を選択し、1日6時間、5分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、宅老所などのケアの評価、ケアの標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。また3か月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

IV. これからの認知症ケアの潮流

だれでもが安心して暮らせる社会を構築するこ

とは人間の理想である。たとえ認知症を患っても、尊厳を保ち、安らかに暮らせる社会こそが理想である。そのために教育も社会制度もしっかり構築することが重要である。真の福祉はそこから始まり、そこを求めて発展すると思う。制度上は今後小規模多機能型居宅介護に順次移行していくものと思われるが、認知症のためのサービスやコミュニケーション技法などがあり、さらにケア提供者の意識改革がどうしても避けて通れない。医師も看護師も急性期の病院では医療モデルも重要であるが、介護ではいわゆるQOLを追求した生活モデルの導入が必要である。そうでなければ認知症の長期にわたる生活を支援するケアはできないであろう。またオーストラリアのクリスティーンブライデンさんのように、アルツハイマー病患者自らが患者であることを告白し、その患者の悩みや気持ちを表し、その声に耳を傾けてほしいと主張しだしている。つまりこれからの介護提供者はより患者や病める人の声に傾聴し、そこからケアを始める必要があるからである。これは新しい認知症ケアの潮流に他ならない。

V. 尊厳ある生活療法

認知症の生活療法という分野があるとすれば、日常生活における通常の生活により、認知症の進行を遅延させることを意図した活動であると定義することができる。通常われわれが診療時に患者や介護者に指導することを記述してみる。物忘れを主訴に来院する患者のほとんどが新聞を読まない、テレビを見ない、字を書かない生活をしている。またはテレビを見てもほとんど眺めているだけという状況である。そこででてくる課題は、高齢者や退職後、もしくは料理などをしない状況で、することがないという状況がみえてくる。日常生活において、人と会話をすること、字を書くこと、歩くことなど当たり前のことが重要である。そしてケアアセスメントを立て、その後ケアプランを立案し、実際の介護サービスの提供となるが、ケ

アの提供にあたり、質のよいサービスとチームアプローチが重要である⁴⁾。

つまり、初期の段階では生活やケアそのものが生活療法というべきものであり、ADL（日常生活動作）、IADL（日常生活関連動作）を実行し、維持訓練することが生活療法そのものであると定義できよう。しかし近年グループホームやユニットケアにおいて生活を支援することが最大の目標であり、リハビリ的行為が否定される傾向がある。そのためにADLの低下が著しいのではないかというデータもある。散歩にしる、軽度負担の体操にしる、日常で行われる最低の日常行為である。さて生活療法はもともと作業療法においても実践されてきた。しかしここでは一般的日常生活のなかでの生活療法が重要である。こうした行為を日常的に、継続的に行うことが認知症の進行遅延に重要であると思われる。実際、運動、ダンス、音楽、ジャグリングなどは脳神経活動の賦活に有用であるとされている。排泄ケアも実は生活療法の1つであり、おむつを外すことでADLやQOLが改善する。このことをより検証し、標準化して、日本中に広めることがわれわれの役目である。

VI. 医療からみた認知症

アルツハイマー病については最近脳血流シンチの結果を画像統計解析することにより、早期診断が比較的確実にできるようになってきている。一方で、早期に診断が可能となってきたためにアルツハイマー病の告知の問題がでてきた。また個人

情報保護法の施行により、より診断については慎重に扱う必要がでてきている。65歳以下の初老期、若年期の認知症の告知は慎重であるべきであり、臨床心理士によるカウンセリングなども含め、面接を繰り返し、病気の理解を得て、病気を受け入れる準備の支援をしていく必要がある。そこでナラティブバイストメディスン（NBM）の重要性がある。薬の使用や生活療法の視点も相談しつつ、医療判断をしていく必要がある。

VII. おわりに

尊厳ある認知症ケアについて、筆者なりに現状の考え方、これからの新しい認知症ケアの方向性についてまとめた。キーワードはセンター方式アセスメント、パーソンセンタードケア、認知症ケアマッピングである。認知症になっても優れたケアマネジメントにより、本人ならびに介護者が安心して暮らせる社会がくることを祈念する。

【文献】

- 1) 内藤佳津雄, 今井幸充, 改訂高齢者障害スケール使用のための準備, 痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプラン, xi-xxii, ワールドプランニング(2004).
- 2) 長谷川和夫, 痴呆ケアの理念, 痴呆ケアの標準テキスト, 19-28, ワールドプランニング, 東京 (2004).
- 3) 太田黒友子, DCMを用いた評価方法とケアの導き方, 痴呆介護 5, 1, 32-44 (2004).
- 4) 遠藤英俊, 痴呆性高齢者のアセスメントとチーム医療, 痴呆性高齢者のクリニカルパス, 46-48, 日総研出版, 名古屋 (2004).

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

【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、

◆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

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・家族のニーズに因應するために、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な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、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、健常老年者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)

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す迷う、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5%が痴呆に移行したと発表している。Reisbergら(1991)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、海外での報告では三〇―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

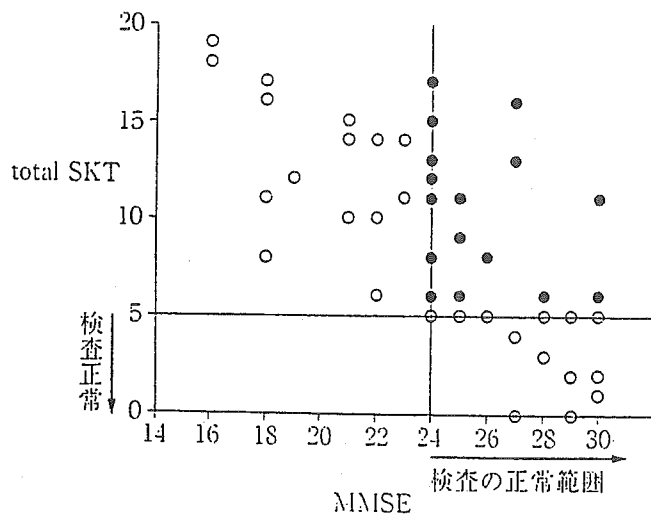
や痴呆の診断に用いた基準の違いや診断精度の差などによると考えられるが、認知機能が正常の高齢者では年間の痴呆症への移行率が1〜2%であることを考えると、MCIの診断を受けた人はいかに痴呆症となるリスクが高いかわかる。

(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。

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。Peterson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

図1 65歳以上の外来通院患者の
MMSEとSKTの相関



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Erzinkant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 Sym-drom 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で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

エクスラー記憶検査などの複雑心理検査や脳機能画像検査等を通じて、MCIであることが確認されている。

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

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。

脳の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するSPM (statistical parametric mapping) と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)

<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 解析法を用いて、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的な説明は未だ得られていない。しかしながら、MCI を ϵ_4 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。

(9) 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、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

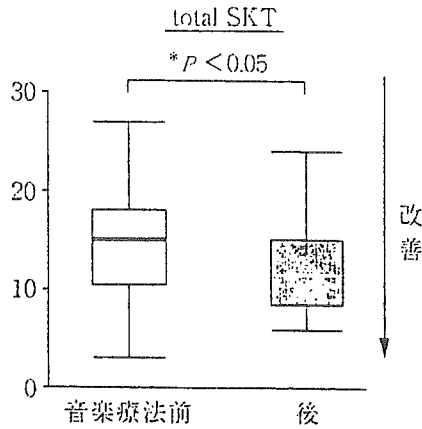


表6 痴呆症の非薬物療法

- 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ているのが、ABワクチン療法であろう。ABワクチン療法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	漬物糠、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

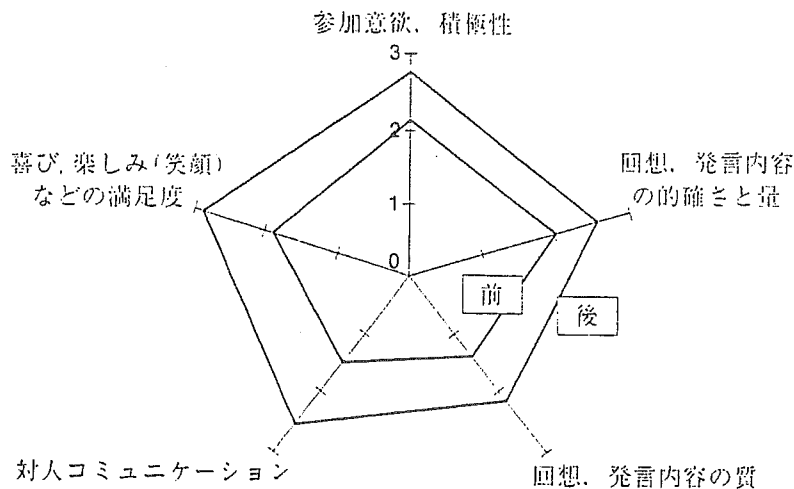
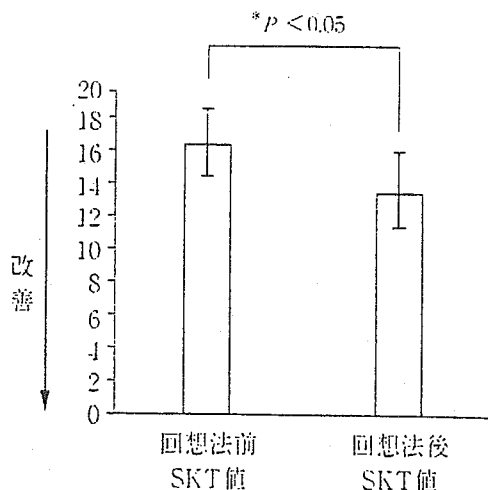


図4 テレビ回想法の軽度痴呆症群に対する認知機能(SKT値)への効果



ものである。認知機能検査には前述のSKTを用いており、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、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ズ

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(GDeps 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。SKI-1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ブ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パム・シユバイターにより「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。と考えられる。

(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を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 Petersen 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。② amnesic MCI の定義での診断を行って、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、⑤ MCI 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、⑥ MCI の治療に関しての倫理・制度面の整備、⑦ MCI・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 Development Rev 15: 101, 1988.
- 2) Petersen RC, et al: Neurology 56: 1133, 2001.
- 3) 師勝久幸, 他: 日医会誌 11(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。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かも含め、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