

表2 Zarit 介護負担尺度

	スコア				
	思わ ない	たまに 思う	ときど き思う	よく 思う	いつも 思う
1. 患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
2. 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
3. 介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
4. 患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
5. 患者さんのそばにいると腹が立つことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
6. 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
7. 患者さんが将来どうなるか不安になることがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
8. 患者さんはあなたに頼っていると思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
9. 患者さんのそばにいて、気が休まらないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
10. 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
11. 介護があるので、自分のプライバシーを保つことができないと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
12. 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
13. 患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
14. 患者さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか	0点	1点	2点	3点	4点
15. 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
16. 介護にこれ以上の時間はさげないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
17. 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
18. 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
19. 患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
20. 自分は今以上にもっと頑張って介護をするべきだと思いますか	0点	1点	2点	3点	4点
21. 本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか	0点	1点	2点	3点	4点
22. 全体を通してみると、介護をするということはどうくらい自分の負担になっていると思いますか	全く負 担では ない	多少負 担に思 う	世間な みの負 担だと 思う	かなり 負担だ と思う	非常に大 きな負担 だと思 う
	0点	1点	2点	3点	4点

(荒井由美子：Zarit 介護負担スケール日本語版の応用，医学のあゆみ，186：930-931，1998)

年齢は 79.6 ± 10.9 歳 (平均値 ± 標準偏差) であり，50 歳代が 5% (38 人中 2 人)，60 歳代が 13% (5 人)，70 歳代が 26% (10 人)，80 歳代が 37% (38 人中 14 人)，90 歳代が 18% (7 人) であった。要介護度は，要介護 1 が 37% (38 人中 14 人) と最も多く，要介護 2 が 13% (5 人)，要介護 3 が 16% (6 人)，要介護 4 が 24% (9 人)，要介護 5 が 5% (2 人)，要支援が 3% (1 人) であった。介護者の内訳は，配偶者が 34% (38 人中 13 人)，実子

が 34% (13 人)，嫁が 32% (12 人) であった。1 回目測定時のクリクトン高齢者行動評価尺度は 21.7 ± 6.9，Zarit 介護負担尺度は 30.8 ± 16.2 であった (いずれも平均値 ± 標準偏差)。

1 回目測定時の両評価尺度の合計スコアおよび要介護度間の関係を図 1 に，相関係数および p 値を表 5 に示す。クリクトン高齢者行動評価尺度と要介護度の相関係数は 0.751 ($p < 0.0001$)，クリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度

表3 1回目測定時の被験者背景の分布

		高齢者数
性別	男性	15人 (39%)
	女性	23 (61)
年齢	54~59歳	2人 (5%)
	60~69	5 (13)
	70~79	10 (26)
	80~89	14 (37)
	90~98	7 (18)
要介護度	要支援	1人 (3%)
	要介護1	14 (37)
	要介護2	5 (13)
	要介護3	6 (16)
	要介護4	9 (24)
	要介護5	2 (5)
	測定なし	1 (3)
介護者	配偶者	13人 (34%)
	実子	13 (34)
	嫁	12 (32)

の相関係数は0.465 ($p=0.0032$), Zarit 介護負担尺度と要介護度の相関係数は0.258 ($p=0.123$)であった。

1回目および2回目のいずれにおいても要介護度が調査できた15人のうち、1回目測定時から要介護度に変化があった高齢者は2人のみであり、その内訳は1回目測定時の要介護2が要介護4に変化した1人および1回目測定時の要介護3が要介護4に変化した1人であった。各評価尺度の合計スコアおよび1回目から2回目への変化量を表6に示す。いずれの評価尺度も1回目から2回目への変化量は小さく、有意な変化は認めなかった。

1回目と2回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量の関係を図2に、相関係数および p 値を表7に示す。クリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量の相関係数は0.635 ($p=0.0035$)であった。

Ⅲ. 考察・結論

クリクトン高齢者行動評価尺度とZarit 介護負担尺度および要介護度との間に相関が認められた。

表4 1回目測定時のクリクトン高齢者行動評価尺度およびZarit 介護負担尺度の合計スコア

	高齢者数	平均値±標準偏差
クリクトン高齢者行動評価尺度	38人	21.7±6.9
Zarit 介護負担尺度	38	30.8±16.2

クリクトン高齢者行動評価尺度は、項目ごとに障害の程度を基準として介護者が評価する尺度である。また、項目は認知症によくみられる症状から構成されている。今回の調査結果で、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて介護者が評価した結果が介護負担と相関したことは、介護負担が介護者からみた認知症の障害の程度に依存することが反映されたものと考えられる。また、Zarit 介護負担尺度は身体的負担のみならず精神的負担を反映する尺度であり、クリクトン高齢者行動評価尺度が、移動、服装、食事などの身体的負担に関連する項目および交流（コミュニケーション）、対人接触（協調性）、落ち着きのなさ（不穏）などの精神的負担に関連する項目から構成されていることを反映した結果と考えられる。今回の調査結果は、クリクトン高齢者行動評価尺度によって、介護負担や要介護度を間接的に推測することが可能であることを意味している。

期間を空けて測定した際のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量とZarit 介護負担尺度の変化量に相関が認められたことは、クリクトン高齢者行動評価尺度を用いて、高齢者の症状の変化を介護者の視点から評価することで、介護負担の軽減もしくは増大といった変化を推測することが可能であることを意味するものである。

Zarit 介護負担尺度では、同じ障害の程度の高齢者であっても介護者の立場など介護者側の要因によって評価結果が異なる^{4,6)}。クリクトン高齢者行動評価尺度では高齢者の障害の程度を観察した結果で直接評価することから、クリクトン高齢者行動評価尺度はより客観性が高い尺度であるとされる。さらに、項目数が少ないため、より短時間で評価できるメリットがある。

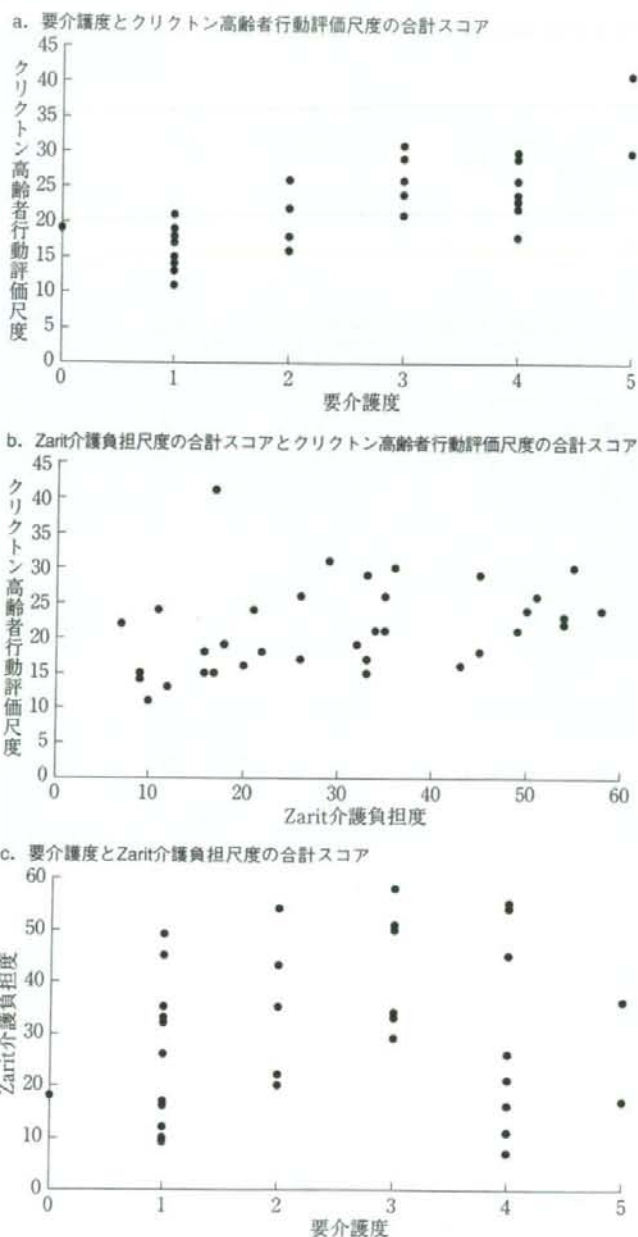


図1 クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit介護負担尺度の合計スコアおよび要介護度の関係(1回目測定時)

今回の調査では、期間を空けて測定した際、クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit 介護負担尺度で有意な変化は認められなかった。これは、測定の間隔が短く変化が小さかったこと、および対

象とした高齢者数が少なかったことが原因と考えられた。測定間隔をより長くして、より多くの高齢者を対象として検討することで、要介護度の変化との関係を含めて、より明確な結果を得ること

表5 クリクトン高齢者行動評価尺度, Zarit 介護負担尺度および要介護度の相関 (1回目測定時)

	高齢者数	相関係数 (r)	p 値
クリクトン高齢者行動評価尺度と要介護度	37人	0.7650 ¹⁾	<0.0001
クリクトン高齢者行動評価尺度と Zarit 介護負担尺度	38	0.4654 ²⁾	0.003
Zarit 介護負担尺度と要介護度	37	0.2686 ¹⁾	0.108

¹⁾ Spearman の相関係数²⁾ Pearson の相関係数

表6 クリクトン高齢者評価尺度および Zarit 介護負担尺度の推移および変化量

	高齢者数	1 回目	2 回目	変化量	p 値 ¹⁾
クリクトン高齢者行動評価尺度	19人	19.26±5.77	20.42±8.30	1.16±5.05	0.3306
Zarit 介護負担尺度	19	27.68±13.24	28.79±12.93	1.11±10.10	0.6392

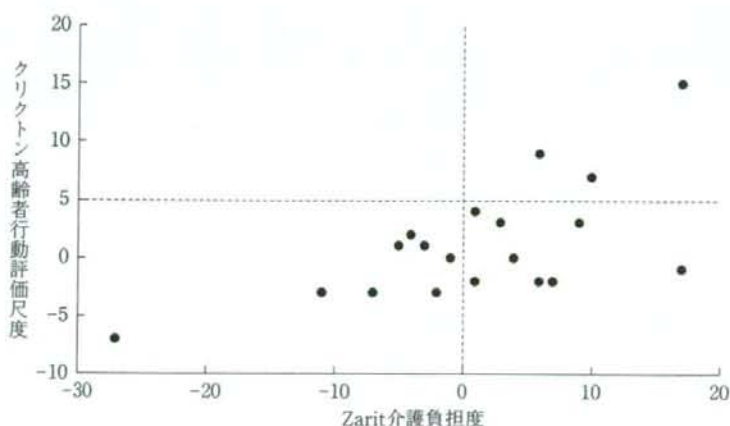
¹⁾ 対応のある t 検定

図2 クリクトン高齢者行動評価尺度およびZarit介護負担尺度の合計スコアの1回目測定時から2回目測定時への変化量の関係

表7 1回目と2回目のクリクトン高齢者行動評価尺度の変化量と Zarit 介護負担尺度の変化量の相関

	高齢者数	相関係数 ¹⁾ (r)	p 値
クリクトン高齢者行動評価尺度の変化量と Zarit 介護負担尺度の変化量	19人	0.6348	0.004

¹⁾ Pearson の相関係数

ができると考える。

今回の調査結果から、介護者からみた高齢者の障害の程度を指標として評価するクリクトン高齢者行動評価尺度の合計スコアは、介護負担や要介

護度と相関し、その変化を測定することで、介護負担の変化を推測できるものと考えられた。

文 献

- 1) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, **51**: 281-287 (1997).
- 2) 荒井由美子: Zarit 介護負担スケール日本語版の応用. *医学のあゆみ*, **186**: 930-931 (1998).
- 3) Cole MG: Inter-rater reliability of the Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale. *Age Ageing*, **18** (1): 57-60 (1989).
- 4) 遠藤英俊, 三浦久幸, 田島稔久, 大西丈二ほか: 介護者負担アセスメント法の進歩. *Geriatr Med* (老年医学), **40** (1): 45-48 (2002).
- 5) 梅本充子, 遠藤英俊: 認知症高齢者における行動評価尺度クリクトンに関する研究. *日本認知症ケア学会誌*, **4** (2): 393 (2005).
- 6) Washio M, Arai Y, Izumi H, et al.: Depression among caregivers of the frail elderly, three years after the introduction of public long-term care insurance for elderly. *Int Med J*, **10**: 179-183 (2003).

Study for relationship between Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale and caregiver burden in people with cognitive dysfunction

Hidetoshi Endo *¹, Mitsuko Umemoto *², Shosuke Satake *¹,
Zenjiro Matsuyama *¹, Hisayuki Miura *¹

* 1 National Center for Geriatrics and Gerontology, Department of Comprehensive Geriatric Medicine

* 2 Nagoya Women's University, Faculty of Human Life and Environmental Science, Department of Living and Welfare Science

The relationship among Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale (CGRS), Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) and Care needs grading for long term care insurance (CNG) was investigated in the elderly subjects who commuted from home to day services facilities or day care centers. The behavior was scored on each rating scale twice, at the about 16-month interval.

Total score of CGRS was correlated with total score of ZBI (Pearson's correlation coefficient: 0.465, $p=0.0032$, $n=38$), and also with CNG (Spearman's correlation coefficient: 0.751, $p < 0.0001$, $n=37$). The amount of change as represented by difference between the first and second scoring on CGRS was correlated with the amount of change in ZBI (Pearson's correlation coefficient: 0.635, $p=0.0035$, $n=19$).

We can consider that the caregiver burden and CNG are evaluated indirectly from CGRS, and that the change in caregiver burden is estimated by measurement of the change in total score of CGRS.

Key words: Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale, Zarit Caregiver Burden Interview, Care needs grading, cognitive impairment, care-giver burden

高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断

高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と 認知症疾患の鑑別診断

遠藤英俊・洪 英在・佐竹昭介・三浦久幸



高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断

遠藤英俊, 洪 英在, 佐竹昭介, 三浦久幸

抄 録

高齢者総合機能評価 (CGA) は高齢患者の ADL や認知機能の評価を入院時や初診時に行うことで、高齢患者の診療に有用であり、認知症患者においても医療面だけでなく、生活面の情報を得ることで、全人的、包括的医療に有用である。CGA は認知症の鑑別、周辺症状の把握に利用可能である。さらに CGA は鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。認知症の診療には CGA のほか、チーム医療が重要である。これにより高齢者をより多角的、多面的すなわち、包括的・全人的医療を実践することが可能となる。

Key words : 認知症, CGA, 鑑別, 後期高齢者医療制度

老年精神医学雑誌 19 : 756-761, 2008

はじめに

高齢者総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) はもともと高齢者医療の柱として、医学的診断だけでなく、高齢者をより全体として (holistic), より包括的に理解するために学問的に確立されてきた。これまで信頼性や妥当性が検討された ADL, IADL, 抑うつ, 認知機能の指標を用いて定量化している。しかし CGA については最近、少しずつ考え方が変化してきており、その効果を検証し、臨床や地域にフィードバックをする方向がみられる。また後期高齢者医療制度では、診療報酬上も総合評価を行うことが加算の対象となっており、病院ではその結果を基に入院時計画, 退院時計画, 退院カンファレンスを行うことが求められている。その点では高齢者認知症においては両者が重なる場合も多く, CGA

を用いた診断と鑑別も可能であり、同時に重要である。そこで本稿では CGA と認知症の鑑別の考え方と可能性について述べる。

高齢者総合機能評価について

高齢者総合評価とは高齢者を、生活面を含めて、医学的な側面からより理解するためにつくられたものである。表 1 にその主な内容を示した。この表からいえることは、CGA は ADL, IADL, 家庭や社会背景については同じものをみているが、より医学的側面をみており、とくに抑うつ気分、認知機能を簡単なスケールを用いて定量化している¹⁾。つまり要介護度は ADL, IADL については CGA と部分的に相関するが、利用される場が異なるため、比較そのものは意味がない。しかし高齢者を異なる視点で鑑別することはそれなりに重要である。また CGA の結果を基にカンファレンスを開催し、高齢患者の情報の共通化と情報交換が重要である。チーム医療のもととなるものが CGA である。高齢者医療のこの CGA とチーム医

Hidetoshi Endo, Young-Jae Hong, Shosuke Satake, Hisayuki Miura : 国立長寿医療センター包括診療部
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

表1 高齢者総合機能評価 (外来・入院・地域)

身体機能情報：視力，聴力，会話，尿失禁
日常生活指標：基本的ADL (Barthel Index), Lawton Scale, 手段的ADL (老研式活動能力指標)
社会的/経済的環境：問診表
QOL：VAS, SF36
うつ状態：Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)
認知機能：MMSE

療は欠かせないものである。さらにバージョンアップするためにはQOL評価の導入とその応用、そして患者へフィードバックすることである。

要介護者とCGAについてはレーダーチャートを用いた分類方法が峯廻²⁾によるレポートに詳しい。つまり脳血管障害と、アルツハイマー病、パーキンソン病など病気による特徴をADL, Nutrition, Complication, Risk Factor, Social, Mentalの6つに分析して、レーダーチャートにすると病気の特徴、要介護高齢者の個人の特徴が明確にできるというものである。医療や介護へのアプローチとして興味深い。

つまり認知症診療において、高齢者総合機能評価の利用法としては認知症疾患の鑑別に利用することと、さらに介護や治療の選択、QOLに配慮した全人的医療を行ううえで有用である³⁾。高齢医療において、その絶対数の増加のために認知症診療は欠かせない。高齢者の特有な症状に合わせた医療を行うためにも、CGAとチーム医療は車の両輪のごとく重要である。CGAは鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。CGAは鑑別のほか、病気の経過や診療計画の立案にも有用である。

2 認知症の鑑別

認知症の診断のための神経心理テストには、簡易な神経心理検査としてはMini-Mental State Examination (MMSE) や長谷川式認知症スケール (HDS-R) があり、複雑な検査として、Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(ADAS cog.) などがあ。基本的に記憶障害や認知機能の評価を行うための尺度がある。さらに最近では鑑別のためには形態画像や機能画像が欠かせないツールとなっている。

アルツハイマー型認知症は進行性で、記憶障害を特徴とし、生活に支障がでるため介護が必要となる。認知症の約5割以上を占め、CT, MRIによる脳萎縮と早期に脳SPECTでの後部帯状回の血流低下が診断の参考になる。その所見を図1に示した。血流低下部位をみることで鑑別診断の参考になることはいうまでもない。

血管性認知症は60歳代の男性に多く、階段状に悪化し、急にもの忘れなどが悪化する場合がある。またまだら認知症ともいわれ、症状の変動が特徴的である。またアルツハイマー病との合併や、混合型認知症も存在し鑑別診断が困難な場合もある。表2にアルツハイマー病と血管性認知症の鑑別を示した。臨床経過や画像診断のほか、スケールとしてHachinski虚血スコアが有用である。4点以下であればアルツハイマー病で、7点以上であれば血管性認知症を考える。表3には認知症をきたす主な疾患とCGAを用いた鑑別対照表を示した。認知症の診断にCGAを用いることで、高齢者医療の臨床と認知症診療が融合することが可能となる。

鑑別のステップとしては、まずは認知機能を診断すること、他の認知症でない疾患と鑑別すること、次に症状を初期に明確に把握するために尺度が重要であること、第三にその病気の経過や薬物の有用性や有害事象をみるうえでも有用である。

SPECT(脳血流パターンで病気を鑑別)

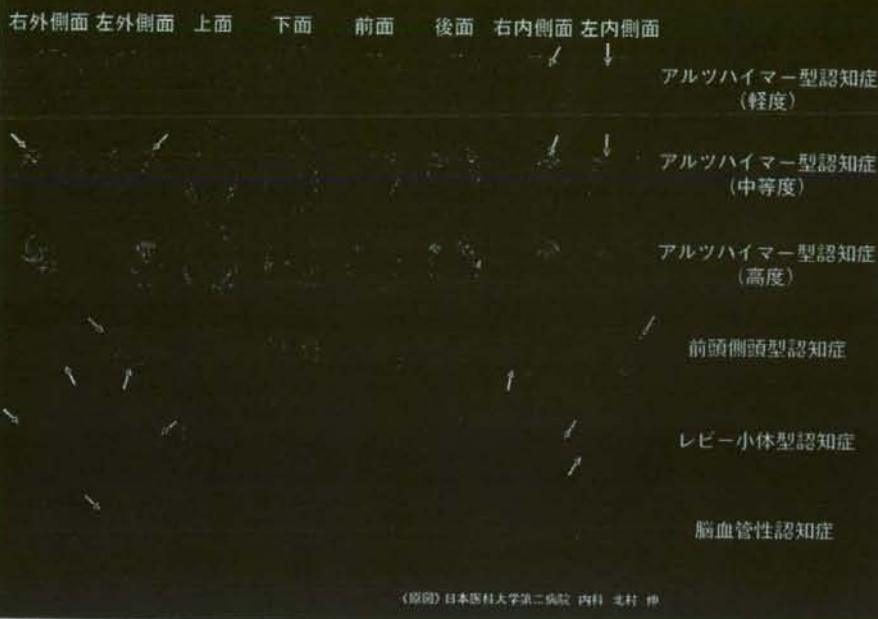


図1 SPECTによる認知症疾患の鑑別

表2 アルツハイマー型認知症と血管性認知症との主な鑑別点

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症
認知症と関連する脳血管障害 病歴 画像 (CT, MRI)	なし なし	あり あり
Hachinski 虚血スコア	4点以下	7点以上
経過	徐々に悪化	階段状に悪化, 進行停止
神経症候	なし	あり
脳循環代謝所見 (SPECT, PET)	側頭葉, 頭頂葉, 後部帯状回で低下	病巣に一致した低下 広範な低下

びまん性レビー小体病は初期には記憶障害は目立たない場合もあり, 注意力, 前頭葉皮質機能, 視空間認知障害が目立つこともある。現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れることがある。またパーキンソニズムが出現する場合もある。そのため鑑別には振戦や筋硬直, 歩行障害などのパーキンソン症状の神経所見をみておく必要がある。

前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia; FTD) は前頭葉から側頭葉前上部が障害されることが特徴である。障害部位に一致する判断力の低下や反社会的行動をとるなど前頭葉症候群を主徴とする臨床症状を呈する。つまり鑑別には行動や尺度によって評価を行うとよい。

正常圧水頭症は記憶障害のほか, 歩行障害, 尿

表3 CGAと認知症の鑑別対照表

	CGA	認知症	鑑別疾患と病態	検査
1. 記憶障害の有無	MMSE	認知症 アルツハイマー病	せん妄やうつ MCI	CT, MRI, SPECT
2. 見当識障害の有無	MMSE	認知症	MCI	CT, MRI, SPECT
3. 生活機能障害	ADL, IADL	認知症	MCI	-
4. 症状の変動	Hachinski 虚血 スコア	血管性認知症	他の疾患	MRI, SPECT, CT
5. 幻視の有無	+	レビー小体型認知症	他の疾患	SPECT, MRI, CT
6. 判断力の低下	+	前頭側頭型認知症	他の疾患	CT, MRI, SPECT
7. 周辺症状の有無	GDS-15 QOL DBC シート	アルツハイマー病	前頭側頭型認知症 血管性認知症 せん妄	
8. 脳血管障害の既往の有無	Hachinski 虚血 スコア GDS-15	血管性認知症	うつ	CT, MRI, SPECT
9. 身体所見, 神経所見の有無	N/A	レビー小体型認知症	妄想, パーキンソン病	SPECT
10. 画像所見による鑑別	N/A	アルツハイマー病	正常圧水頭症 慢性硬膜下血腫 血管性認知症	CT, MRI, SPECT, PET (アミ ロイドPET)
11. 血液検査による鑑別	N/A	ビタミン欠乏症	甲状腺機能低下症	ビタミン 甲状腺機能

失禁が特徴である。とくにCT, MRIで脳室の拡大などの画像診断による鑑別診断の有用性が高い。

甲状腺機能低下症に伴う認知症は内分泌疾患で治療可能な認知症に位置づけられる。血液検査で甲状腺機能のチェックが必要である。

図2に認知症診断のステップに応じたCGAの利用について概略図を示した。この流れに沿ってステージに応じた、また目的に応じた適正な尺度の利用が望ましい。

さらに図3に後期高齢者医療制度における高齢者の総合的な評価のイメージを示した。入院時に簡易CGAを行い、その後必要があれば問題のあるドメインの詳細なCGAを行う。これを基に診療計画を立案する。診療計画は入院時計画と退院

時計画からなり、退院時にはカンファレンスを行うことで、診療報酬上の加算がついている。

高齢者総合外来における認知症

高齢者総合外来でCGAを施行した患者の分析を行った。対象は平成17年7月以降の高齢者総合外来受診者（ほとんどが初診時）である。初診対応医師あるいは研究補助員により初診時に可能な限りCGAを施行した。項目としてはMMSE（認知機能）、GDS-15（うつ状態）、CDR（認知症重症度）、VAS（自覚的QOL）、Behave-AD（認知症周辺症状）、Up and Go test/FRT（身体機能）、Barthel Index（ADL）、Lawton Scale（IADL）、老研式活動能力指標（IADL）、介護負担感尺度

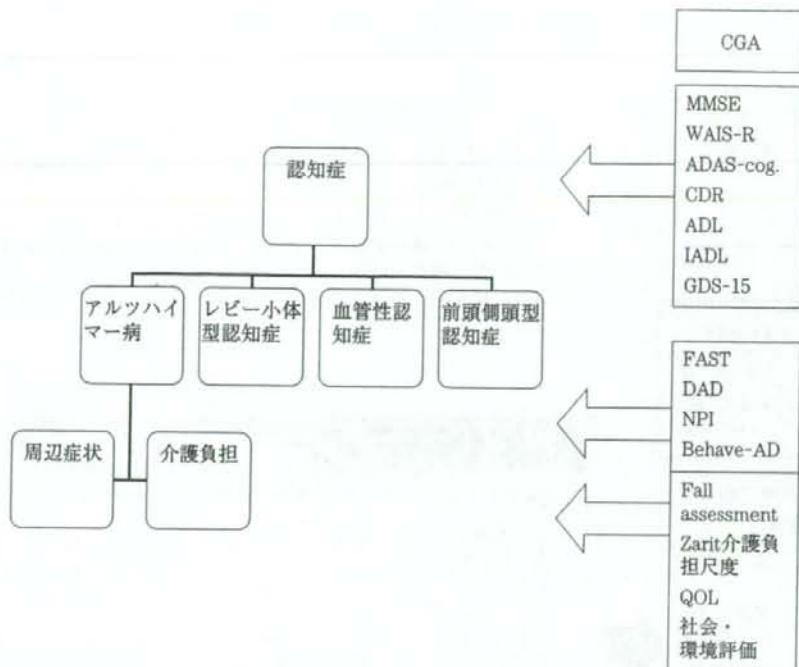


図2 認知症の鑑別とCGAの関係図

(ZBI), 身体的・社会的環境評価(介護力等)等である。

結果としてCGAを試みた外来患者407人のうち、単一評価項目のみ使用(ほとんどMMSEのみ)は164人であった。MMSEとGDS-15の2項目施行は160人であった。7項目以上評価は83人であった。

7項目以上評価者83人について分析した。平均年齢は 80.1 ± 7.9 歳であり、男性:女性=26:57であった。その結果、受診時病名についてはうつ、不眠など58人、もの忘れ、認知症周辺症状など認知機能に関連した受診42人、糖尿病12人、脳梗塞6人、狭心症2人、その他は呼吸器、消化器、内分泌疾患等多岐にわたっていた。受診時ADLが自立していたものは42人であり、同様にIADL(Lawtonと老研式)の自立(老研式は11点以上)はそれぞれ40人、14人と半数以上は低下していた。認知機能(MMSE)24点以上は30人、GDS-

15が5点以下は63人で、初診時認知障害が指摘された人数(42人)以上に実際の認知障害の合併が多いことが示された。その他、自覚的QOLは68人の記載者のうち、50点以下は6人と機能障害のわりに自覚的QOLの低い人は少ない。また、介護力が十分である人は68人中10人で介護力不足の現状が明らかであった。以上の結果から、CGAを施行することにより、単に認知症を漫然と診るだけでなく、フレイル(frail)エルダリーを診る視点において多角的、多面的に高齢者を診察することが可能となる。

おわりに

高齢者総合機能評価は要介護高齢者を分析、分類する方法と確立されているが、依然エビデンスは十分ではないと考えている。CGAを認知症診療に応用することは、多様な症状やニーズを抱えている対象疾患の特徴からみても合理的である。

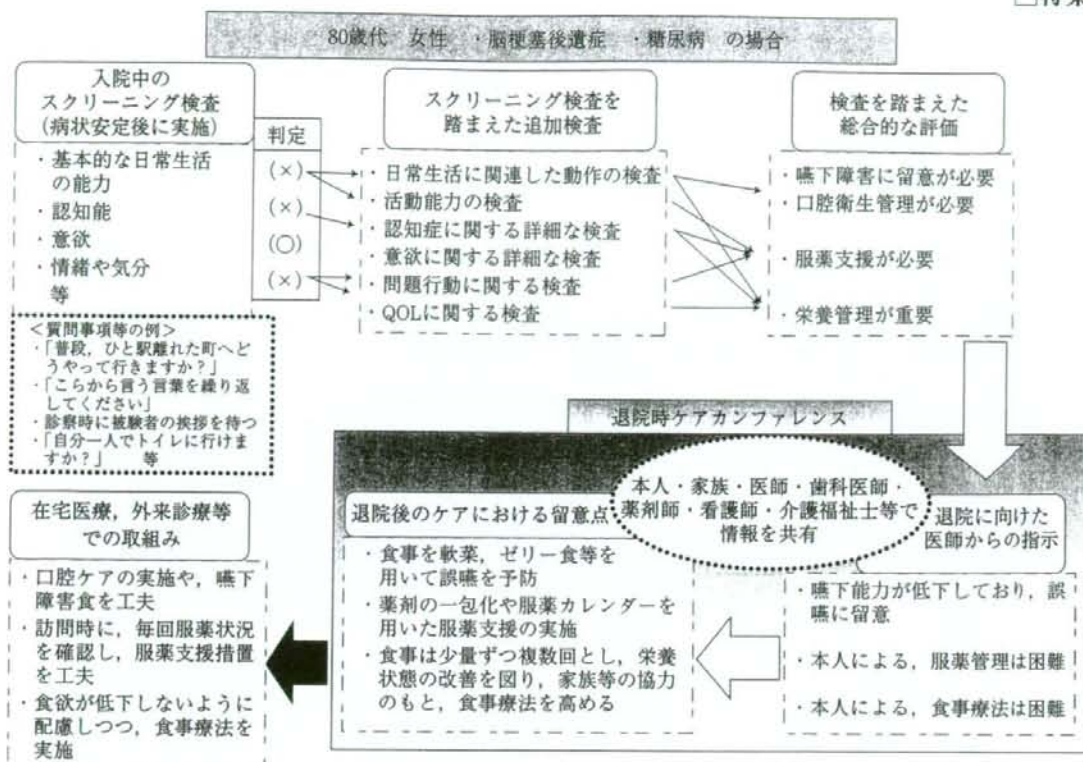


図3 後期高齢者医療制度における高齢者の総合的な評価のイメージ

しかしCGAはより簡便で、よりよいものに改善していく過程が重要であり、今後も変化していく必要がある。またそれをどう用いるか、すなわちカンファレンスを行うなどしたチーム医療の充実が欠かせない。

文 献

- 1) 峯廻攻守：要介護老年者の医学的総合機能評価。日老医誌，36：206-212 (1999)。
- 2) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し。群馬県医師会報，676：8-12 (2003)。
- 3) 鳥羽研二 (編著)：高齢者総合的機能評価ガイドライン。厚生科学研究所，東京 (2003)。

日本臨牀 66巻 増刊号1 (2008年1月28日発行) 別刷

アルツハイマー病

—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム—

III. 臨床編

社会的対応

アルツハイマー病と介護保険

遠藤英俊

III. 臨床編

社会的対応

アルツハイマー病と介護保険

Alzheimer's disease and long term care insurance

遠藤英俊

Key words : 介護保険, アルツハイマー病, 地域包括支援センター, 介護予防, 回想法

はじめに

平成18年4月に介護保険法が改正された。その主な改正点は、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われたことである。また地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防、虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割が期待されている。介護予防、リハビリの充実が重点化されており、特に運動機能向上、口腔機能向上、栄養改善などが重点化されている。施設においてユニットケア化、小規模多機能居宅介護サービスの拡充が図られようとしている。

本稿ではアルツハイマー病と介護保険法の改正の関係とその影響、そして今後の動向について概説する。

1. 改正介護保険法の趣旨について

2015年高齢者介護研究会の報告をベースに介護保険法の改正がなされ、平成18年4月より改正介護保険法が施行された。その趣旨は超高齢化に突入する2015年に備えて、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し、介護予防の重要性が認識された。その結果、

認知症ケアの普遍化を目指すべきとされた。その第一段階として、2004年12月に痴呆の‘認知症’への名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジをすることで、認知症への理解と対応を促進することを目的としたものである。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包括ケアの進展であり、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、相談体制の確立、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。こうしたサービスには‘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いる。

2. 地域包括支援センター

改正介護保険法の目玉は全国3,000カ所に及ぶ地域包括支援センターの開設である。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創設される。社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーなどの保健医療福祉に携わる専門職種が必置

Hidetoshi Endo: National Hospital for Geriatric Medicine 国立長寿医療センター

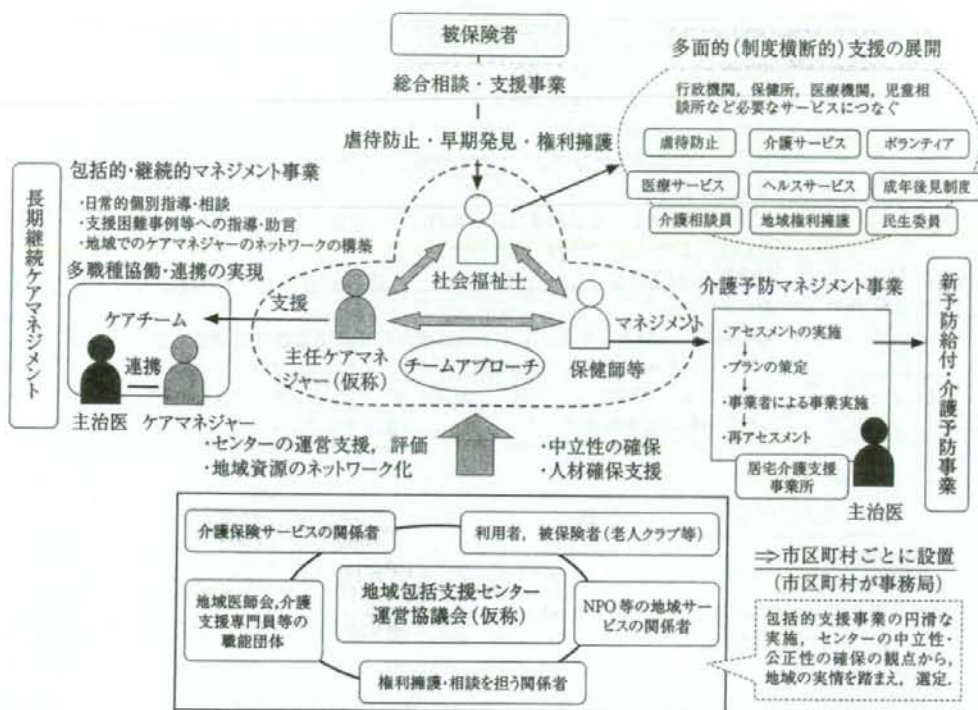


図1 地域包括支援センター(地域包括ケアシステム)のイメージ

とされている。認知症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。図1にイメージ図を示し、表1にその機能をまとめた。

更に地域包括支援センターは高齢者虐待の通報受理機関である。高齢者虐待の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。そういう背景から高齢者虐待防止・介護者支援法が成立した。特にこの法律では介護者支援に配慮する必要を示した。医師は特に身体虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する。生命にかかわる高齢者虐待は通報義務がある。表2に高齢者虐待の類型を示した。

3. 地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村が指定、監督を行うサービスとして位置づけられた(表3)。特に小規模多機能居宅介護サービスは一日でも長く在宅を続け、リロケーション

表1 地域包括支援センターの4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関する業務 介護予防サービスの一部実施 など
③ 包括的マネジメント(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
④ 権利擁護	

ダメージを回避する点で、新しい形のサービスといえる。その後には有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。

4. 介護施設の変化について

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。またユニットケア研修が必須化されている。介護福祉施設において個室は70

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(脅かし、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シングホームに置き去ること)

表3 地域密着型サービスの種類

- 小規模多機能居宅介護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
(29人以下の特別養護老人ホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
(29人以下の介護専用型特定施設)
- 認知症対応型共同生活介護
(認知症高齢者グループホーム)
- 認知症対応型通所介護

％が確保され、介護老人保健施設においては個室50％の確保が目標とされている。更に施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能居宅介護を行うことが計画されている。

5. 認知症の介護予防について

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した地域支援プログラムとして位置づけされよう。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、なかでも回想療法が重要な位置を占めるとされる³⁾。介護保険法の改正により、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づ

けられ、デイサービス、デイケアをはじめ訪問リハなどが対象となる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の予防に役立つに違いない。戸外での活動や運動も有効であると思われる。また認知症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人の中等度から重度の患者で3カ月介入したところ、MMSEのスコアが有意に改善した³⁾。更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。内容については音楽療法、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るが、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の改善は困難であるが、認知症の行動心理症状(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遅延が期待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。更にいえば、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、それはアクティビティであり、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。著者らは回想療法認知症に対する効果を検証しており、最近パソコン回想法と名づけたソフトを開発した。また認知症の個別ケアを推進するために、認知症ケアマネジメント・センター方式が開発された⁶⁾。困難事例において有用性が示されている。

6. 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、相談体制の確立、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。そこで著者らは認知症(痴呆症)のクリニカルパスを作成し、病棟での診断・治療・看護の指針を作成した⁷⁾。一方、地域では厚労省と医師会が協力して、国立長寿医療センターが地域の核となるサポート医の研修を開始した。サポート医はかかりつけ医研修を支援し、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す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。

7. 療養病床の再編成について

医療制度改革における医療費適正化のための方策として、平均在院日数の短縮を計画的に行うこととされ、療養病床の再編成はその一環と

して行われる。療養病床は全廃されるのではなく、医療サービスの必要性の高い医療療養病床は存続する。その入所対象者は医療区分2と3が中心となる。療養病床は介護保険移行準備病棟や経過型介護療養型医療施設をへて、徐々に老健施設などへの転換が図られる。そして療養病床転換型介護老人保健施設へと転換していく。このために軽症の要介護者は施設の利用が困難となることが予想され、'介護難民'の出現が各方面で予想されている。方向としては、在宅療養支援診療所をかかりつけ医として在宅医療、在宅介護を選択せざるを得ない場合が多いと予想される。アルツハイマー病においても介護サービスを利用しつつ、一日も長く在宅介護を継続できる体制を作ることが重要である。

8. 今後の動向

介護保険法が改正され、幾つかの課題がまた明らかになってきた。例えば介護予防のサービスの質と量の問題、介護予防チェックリストの問題、小規模多機能居宅介護がそれほど増加していないこと、介護療養型医療施設が別の形態に転換されることなど、多くの課題がある。また若年性認知症の課題も山積している。しかしながら、最大の課題は受給者の拡大である。現在も議論が続けられているが、知的・身体・精神障害者も介護保険の対象となる可能性がある。しかし、その前途には多くの課題が存在する。

おわりに

認知症のケアは現在、パーソンセンタードケアの言葉にのっとり、様々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ることで、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かかわっていくことが期待される。

■ 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，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 676: 8-16, 2004.
- 3) Van de Winckel A, et al: Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. Clin Rehabil 18: 253-260, 2004.
- 4) Grebot C, et al: Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. Percept Mot Skills 97: 1107-1114, 2003.
- 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，2003.
- 6) 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，認知症介護研究・研修東京センター，2005.
- 7) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリティカルパス，日総研，2004.

2. 認知症の非薬物療法

国立長寿医療センター包括診療部長 遠藤英俊
杏林大学高齢医学教授 鳥羽研二

key words Alzheimer's disease, non-pharmacological treatment, short term rehabilitation for dementia, BPSD (behavirol psychological symptom of dementia)

要 旨

認知症の非薬物療法は病気の進行遅延やQOLの改善、周辺症状の軽減に有用性が認められ始めている。介護老人保健施設では認知症の短期集中リハビリテーションを行うと介護報酬上の加算が認められている。

非薬物療法としては食や運動療法などを含む生活療法の他、音楽療法や回想療法などが実施されている。

動 向

認知症の薬物療法はまだAlzheimer病に塩酸ドネペジル（アリセプト）があるのみである。これは病気の進行を止め、治癒させる薬剤ではなく、進行遅延を目的とした薬剤であり、効果も30～40%程度で充分とはいえない。そこで現状では認知症の介護予防においても、認知リハビリテーションの分野においても非薬物療法が注目を浴びている。中でも日常生活の中で取り組む非薬物療法のメニューについても解説し、こうした療法の有用性についても言及したい。つまり非薬物療法は最近の研究では、認知症の進行遅延の可能性、認知機能そのものを改善する効果という高齢者のQOLや周辺症状の改善に有用であ

ると考えられ始めている。

はじめに認知症に対する薬を使わない取り組みについて総括する。平成18(2006)年4月の介護保険の改正により、さまざまな理由で認知症のケアは大きく変わろうとしている。まずは介護老人保健施設における認知症の短期集中リハビリテーションの加算や特定高齢者に対する認知症の介護予防のように、認知症の介護予防やリハビリテーションといった活動に重点が置かれている。これは認知症の非薬物療法と同義語である。しかしその効果は感覚的には有用だが、依然エビデンスには乏しいといわざるを得ない。

また近年認知症ケアとしては「個別ケア」を重視し、家庭的な雰囲気を提供することが重要とされている。これからの認知症介護を考えるうえでグループホームや小規模多機能居宅型サービスを抜きにしては語れない。環境やケアがよければ、妄想や徘徊などの周辺症状(BPSD)が減少するといわれている¹⁾。そのためには個々の認知症高齢者を理解し、なじみの環境やなじみの関係をつくることが重要とされている。つまり生活の中から認知症にとって重要な活動を治療に応用する可能性があるからである。さらに呆けに効く薬はないとされた暗黒の時代からAlzheimer病のアリ

セプトに始まり、認知症も治療対象となってきた。そこには正確な診断が必要であり、認知症に関する新しい知識を得て、今後の在宅であれ、施設であれサービスの現場でのケアの充実に期待したい。

超高齢社会の到来に伴い、要介護高齢者が増加し、必然的に認知症患者の増加が予想される。その中でよいケアを提供するとともに、適切な時期に適切なリハビリを提供することが重要である。認知症高齢者のリハビリは大きく身体リハビリと生活機能維持リハビリ、そして認知機能のリハビリの三つに分けられる。本稿では介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションと生活療法を中心に概説する。

A. 認知症短期集中リハビリテーションについて

1. 認知症短期集中リハビリテーションの定義

- ①認知症短期集中リハビリテーションは、軽度の認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを最大週3回まで実施することを標準とする。
- ②当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師または認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるも

のである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。

- ③当該リハビリテーションにかかわる医師は精神科医師または神経内科医を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、および記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
 - ④当該リハビリテーションにあつては、一人の医師または理学療法士等が一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
 - ⑤当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。
 - ⑥当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE (mini mental state examination) またはHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね15～20点に相当する者とする。
 - ⑦当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されること。
- 短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- すなわち認知症短期集中リハビリのポイントは、まず医師による診断と指示が必要である。さらに個別リハビリを1回20分、週に1～3回、3カ