

- Miyamoto H: High correlation between the bacterial species in denture plaque and pharyngeal microflora. *Gerodontology* 2003; 20: 84-87.
- 22) Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, et al.: Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res* 2001; 80: 340-345.
- 23) 安藤彰悟, 川口豊造, 森田一三, 奥村明彦, 中垣晴男: 高齢者の保有歯数と咀嚼能率. *口腔衛生学会雑誌* 2000; 50: 12-22.
- 24) 田村文蒼, 水上美樹, 小沢 章, 秋山賢一, 菊池原英世, 曾山嗣仁ほか: 某老人保健施設入所者の実態調査—顎位の安定性, RSST, フードテストと日常の食形態との関連について. *口摂食嚥下リハ会誌* 2000; 4: 69-77.
- 25) 田高悦子: 認知症高齢者の看護. *新老年学* (大内尉義, 秋山弘子編), 第三版, 東京大学出版, 東京, 2010. p1517-1519.
- 26) 角 保徳, 西田 功: 高齢者歯科医療の確立を一医療連携の必要性一. *口歯会誌* 2009; 62: 17-20.

Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients

Yasunori Sumi¹⁾²⁾, Nobuyoshi Ozawa²⁾, Yukihiko Michiwaki³⁾, Yukihiko Washimi⁴⁾ and Kenji Toba⁵⁾

Abstract

Aim: The oral management of dementia patients is critical to prevent aspiration pneumonia and maintain patients' quality of life. However, the oral health status of these patients has not been adequately elucidated thus far, and it is not well understood how oral care is managed for mild dementia patients. To provide effective oral management for mild dementia patients, we investigated their oral health status and how their oral care was managed.

Methods: We enrolled 10 outpatients aged 66 to 85 years old who regularly visited our neurology clinic. All of the patients had mild dementia. We conducted 2 questionnaire studies regarding oral hygiene and dentures and performed an oral examination to evaluate the changes in oral hygiene status over time. The questionnaire was designed to explore the understanding of oral hygiene methods. Oral care instructions were given to the patients and their caregivers. Three surveys of 2 questionnaires each were performed. The survey was conducted at the initial visit, and 3 months and 6 months later.

Results: Although oral care instructions were given to the patients and their caregivers, neither their plaque index nor gingival index showed major improvement over time. Based on the results of these questionnaires, patient awareness of oral hygiene did not change over time.

Conclusion: It is difficult for patients with mild dementia to perform oral care by themselves. It is important to make oral hygiene habits second nature in middle-aged patients, to introduce oral management to be performed by the caregivers and to promote early dental intervention to improve and maintain oral hygiene status in mild dementia patients.

Key words: *Oral care, Mild dementia, Oral management*

(*Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2012; 49: 90-98)

1) Department for Advanced Dental Research, Center of Advanced Medicine for Dental and Oral Diseases, National Center for Geriatrics and Gerontology

2) Division of Oral and Dental Surgery, Department of Advanced Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology

3) Department of Oral Surgery, Musashino Red Cross Hospital

4) Department of Cognitive Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology

5) National Hospital for Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology

< 各論 >

4. 認知症

Cognitive rehabilitation for the elderly

鳥羽 研二

Kenji Toba (院長) / 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

key words

認知症
生活機能
手段的ADL
短期集中リハビリテーション

認知症の診断基準は、アルツハイマー病も脳血管性認知症も「社会的活動に支障がある」ことが診断要件に盛り込まれており、社会的活動を測定する身近なツールとして生活機能評価がある。認知症の日常生活活動度低下は疾患の重症度、病型に影響され、リハビリテーションを行う上で認知症の診断と機能評価の双方が重要である。多くの非薬物療法の成績が蓄積され、これを踏まえた認知症短期集中リハビリテーションが行われている。実施施設の普及、効果の長期的検証が求められている。

リハビリテーションが必要となる
認知症の生活機能低下項目1. 認知症の診断基準に含まれる
日常生活活動度

アルツハイマー型認知症(以下、アルツハイマー)の診断基準(DSM-IV)では、中核症状である短期記憶あるいは長期記憶の障害があること、抽象思考、判断の障害、構成力の障害、失語・失認・失行、性格変化のうち少なくとも一つが存在することとともに、社会生活、職業、対人関係の障害が存在することが診断の要件として定められているが、抽象的な表現のためわかりにくい。日常生活活動度と認知症の重症度に関する記述は、FAST(Functional Assessment of Staging in Alzheimer's

Disease)¹⁾がアルツハイマーに限定された重症度記述であるためわかりやすい(表1)。後に詳述するが、表1中の下線のみ項目は手段的ADL、ゴシック体下線の項目は基本的ADLに属するものである。買い物などが早期に障害され、その後、中等度になると基本的ADLの項目の複雑な行動である入浴や着衣などに軽度の自立低下がみられるようになり、やや高度になると入浴や着衣の介助に加え、尿失禁が出現し、最高度になって初めて移動障害である歩行や姿勢の維持の障害が観察される。この表はアルツハイマーの進行を表しているため、認知機能と生活活動の乖離があった場合にアルツハイマー以外の病態を示唆することもあり、有用な表であるといえる。

2. 軽症認知症の生活機能低下項目

FASTに記載されていない生活項目であっても、早期に異常が指摘されることが少なくない。Lawtonらによる手段的ADL(Instrumental Activities of Daily Living:IADL)²⁾は、独居機能に関連する買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理、電話の利用、料理、家事、洗濯の8項目で評価する。

図1³⁾のIADLは、男女共通のものとして、左上から電話、買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理と、独居機能としては男女とも重要であるが、個体間で比較し得る場合、性差を考慮する必要がある炊事、家事、洗濯の合計8項目に分類される。

集団で比較する場合には、男性では料理、家事、洗濯をもととしない

表1 FAST (Functional Assessment of Staging in Alzheimer's Disease)

1. 正常	
2. 年齢相応	
3. 境界	新しい場所への旅行困難
4. 軽度	過不足ない買い物, 家計, 行事の段取り障害
5. 中等度	買い物不能, 自動車運転危険, 入浴促し要, 適切な洋服選択介助
6. やや高度	a) 着衣失行, b) 入浴介助, c) トイレの水を流さない, d) 尿失禁, e) 便失禁
7. 最高度	a) 最大6語の言語, b) 一つの単語のみ理解, c) 歩行障害, d) 着座障害, e) 表情喪失, f) 混迷

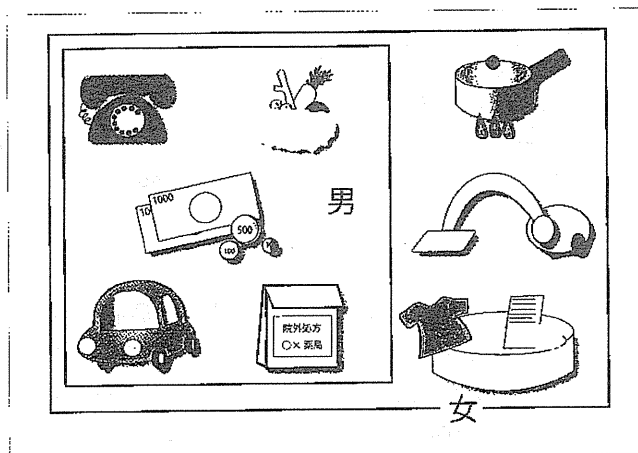


図1 手段的ADL(Lawton)=独居機能の評価

(できない)場合があるため注意する。

杏林大学もの忘れセンター受診者697名を対象にIADLを測定し, 早期に低下する項目を抽出した。さらに臨床認知症評価法(CDR)0.5を満たし, 軽度認知障害(MCI)と診断された113名と, MMSE (Mini-mental State Examination)が20点以上の軽症認知症を対象に, MCIであることを従属変数として総合的機能評価各項目[ADL (Barthel Index), IADL, 抑うつ (Geriatric Depression

Scale), 意欲 (Vitality Index), 認知機能 (MMSE)]をMCIと認知症で評価し, 各スケールが2群間で有意に異なるかどうかについて対応のないT検定を行うとともに, 有意な項目については年齢, 性を強制注入したモデルにおいて多変量解析を行い, 独立した危険因子を決定した。

外来で認知症またはMCI患者に行ったIADL検査では, 買物, 料理, 服薬管理が早期に低下しており, 認知症の

早期発見に役立つことを報告した⁴⁾(図2)。

さらにMCI 113名との対比の検討から, 男性では買い物, 女性では料理ができないことが初期認知症とMCIとの鑑別に役立つことが判明した⁴⁾。これらのオッズ比は5倍を超えており, 80%以上の確率で認知症をMCIと区別できることを意味する。

しかしながら, 正常とMCIをIADLの配点で区別することは不可能であり, 各下位項目の配点を積み付けし, 再検討する必要がある。さらに料理にしても, 作れる作れないといった二者択一ではなく, レパートリーや味付けの変化など, 微細な変化が記述された事例の集積による研究 (Narrative Based Medicine) が求められている。

3. 中等度認知症に認められる生活機能障害

認知症が進行すると, ある日突然尿失禁が出現し, 家族は狼狽することが少なくない。いったいどのような泌尿器科の病気ののだろうかと不安の種になる。泌尿器科を受診して切迫性尿失

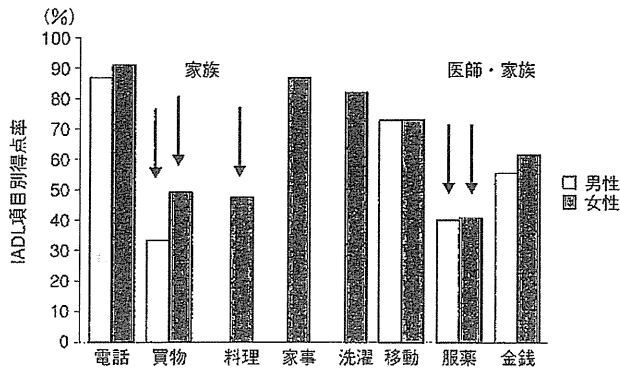


図2 どの生活自立手段が失われやすいか

表2 生活機能各項目の変化量(1年以上の観察群)

	初診時	最終	p値
BRTL (100)	96.21±0.75	88.56±1.84	0.0001
IADL (100%)	70.29±2.37	52.60±2.98	<0.0001
MMSE (30)	20.19±0.45	19.56±0.56	0.3796
DBD (28)	5.68±0.40	6.58±0.48	0.1480
GDS (15)	5.13±0.33	4.09±0.31	0.0241
VITL (10)	8.88±0.15	8.43±0.16	0.0395
ZBI (88)	21.91±1.54	29.20±1.92	0.0034

n=107, 平均期間(ヵ月)=21.0±8.0

BRTL: Barthel Index, IADL: Instrumental ADL,
MMSE: Mini Mental State Examination,
DBD: Dementia Behavior Disturbance Scale,
GDS: Geriatric Depression Scale,
VITL: Vitality Index, ZBI: Zarit Burden Interview

析した⁴⁾。対象は杏林大学もの忘れセンター継続通院症例171名(78.0±6.1歳)で、男性57名(77.54±6.06歳)、女性114名(78.40±6.12歳)であった。測定項目は日常生活機能である基本的ADL (Barthel Index)とIADL(Lawton & Brody)を記録し、他にMMSEやADLに対する意欲(Vitality Index)を測定し、周辺症状は認知症行動障害尺度(DBD)を用いて縦断的に記録し、解析した。平均観察期間は16ヵ月である。

観察期間1年未満の群64名の解析(平均観察期間8ヵ月)では、MMSE(20.16→20.23)、IADL(%) (62→57)、ADL(91→89)といずれも有意な変化は認められなかった。

一方、観察期間1年以上の群107名の解析(平均観察期間21ヵ月)では、MMSEは20.2から19.6と有意な低下ではない状態であり、ADLの軽度ではあるが有意な低下(96→89)と、IADLの著明な低下(70→53)を認めた(表2)。

認知機能よりIADLの変化がさらに鋭敏な指標として有用な可能性があり、今後、認知症の日常診療において経過観察する上で健康保険採用が望まれる。

禁との診断により抗コリン薬が処方されることも少なくないが、アルツハイマーには不適切な薬剤も含まれていることに注意すべきであろう。

認知症の自然経過かどうかについてはFAST分類ではやや精密度に欠ける。我々は長谷川式簡易知能評価スケール(HDSR)と尿失禁の出現頻度を検討し、HDSR 10点で約半数が尿失禁となるこ

とを報告している⁴⁾。

4. 認知症の治療過程における生活機能の変化

認知症の長期予後を生生活機能も含めて調査した研究は、わが国では見当たらない。

我々は認知症の経過を介護状況も含む総合的機能評価(CGA)を用いて解

認知リハビリテーションの既存の成績

1. 問題行動全般

問題行動全般の改善に関しては、無作為対照試験において有意な成績は得られていないが、Rogersら⁵⁾は認知症患者84名に対する25日間の観察研究において、行動訓練による有意な問題行動の減少を報告している。筆者らは

6ヵ月間のグループホームでの観察研究により、DBDスコアの減少($p=0.14$)を示した⁷⁾。この方法の実施困難性を示すものとして、Mattersen⁸⁾は施設間比較研究において40%が脱落し、Doyleら⁹⁾は3週間の行動訓練における反応者は29~43%であったと報告している。観察研究では看護補助者教育によって、問題行動エピソードの減少が報告されている¹⁰⁾。また、ドアの開放病棟では問題行動数が減少したという報告もある¹¹⁾。

2. 興奮, 攻撃性

興奮, 攻撃性に関しては非薬物療法の有効性が多く示されている。以下に列挙する。

①活動療法, 運動療法

無作為化対照試験により、活動療法群は対照群より興奮を30%以上改善し¹²⁾、運動療法群は安眠療法群に比べ、有意に興奮を改善した(-20% : +150%)¹³⁾。

観察研究では、散歩によって有意に暴力行為(staff incident reports of aggression)が減少(-30%)している¹⁴⁾。

②レクリエーション療法

8週間のレクリエーション療法により、興奮のエピソードが50%減少¹⁵⁾し、73%のスタッフがやや有効と判定している¹⁶⁾。

③ペット療法

28名に対する1時間のペット療法の観察研究において、定性的ではあるが興奮の改善が示されている¹⁷⁾。

④ビデオ, 模擬再現療法

興奮に対する本療法の有効な成績は

なく、無効の成績が示されている¹⁸⁾¹⁹⁾。

⑤音楽療法

18週間交差試験(crossover trial)において65%の興奮の改善²⁰⁾がみられ、観察研究においても、9~63%の興奮症状の改善が報告されている²¹⁾²⁴⁾。音楽療法のタイミング(食事中²¹⁾、入浴中:²³⁾²⁴⁾、録音か生演奏²²⁾において特に差はみられない。また、好きな音楽を選択してもらうと効果が47~80%と高いことが示されているが²⁵⁾、十分な統計解析の観察研究はない。

⑥白色雑音療法

不要な刺激音を遮断するための、広範囲な周波数帯に対する不規則雑音による効果を調べた観察研究において、13名中9名が反応している²⁶⁾。

⑦マッサージ

ハンドマッサージによって有意に(42%)改善したという報告²⁷⁾があるが、多くは無効²⁸⁾³⁰⁾である。

⑧高輝度光線療法

2~4週の本治療により有意に興奮が改善している³¹⁾³²⁾。

⑨アロマセラピー

無効³³⁾の報告のみである。

⑩環境改善

露天風呂入浴や自然浴により興奮が有意に改善した³⁴⁾、また特別ケア病棟によって53%改善したという報告がある³⁵⁾。

⑪教育

看護補助者教育によって20%の興奮が有意に改善した³⁶⁾。観察研究では、2ヵ月の抑制廃止プログラムによって、抑制減少と興奮症状改善(agitation scores)がみられ³⁷⁾、患者との交わり増

加(刺激療法)によって興奮が85%減少した成績もある³⁸⁾。

暴力行為に関しては無効であるという報告が多い³⁹⁾。

3. 徘徊

有効な報告はほとんどない。

個別対応強化によって50~80%徘徊が減少したという報告があるが対象症例数が少ない(4名)。環境改善では外出欲求には無効であったという報告⁴⁰⁾があり、また30名に対する15週間の音楽療法の徘徊に無効⁴¹⁾であったという報告がある。スタッフ教育に関する報告はない。

4. 支離滅裂言語

個別社会適応訓練⁴²⁾や、ビデオによる模擬再現⁴³⁾が支離滅裂言語減少に有効であるとされている。

5. 無気力, 意欲の低下

①行動療法

対照群をおいた前向き観察研究で、中等度以上の認知症において、排尿誘導による意欲の向上が認められている(図2)⁴⁴⁾。デイケア利用の認知症症例では在宅単独に比べ、意欲の保持が有意に優れている(山田:日老医誌。印刷中)。

②音楽療法

音楽療法など感覚刺激療法は無気力など陰性症状に対し、有効な成績は報告されていない。

③スタッフ教育

看護補助者教育は陰性症状に対して無効であった⁴⁵⁾。

表3 認知症短期集中リハビリテーション
前後の周辺症状の変化(有意差)

	対照群	認知リハ群
物をなくす	ns	p=0.003
昼間寝てばかり	ns	p=0.0023
介護拒否	NA	p=0.0072
何度も同じ話し	ns	p=0.022
暴言	NA	p=0.0097
言いがかり	NA	p=0.0006
場違いな服装	NA	p=0.0023
ため込み	ns	ns
無関心	ns	p=0.0072
昼夜逆転	ns	p=0.0593
常同行動	p=0.08	ns
散らかし	ns	ns
徘徊	ns	ns

認知症短期集中リハビリテーション

1. 認知症短期集中リハビリテーション導入までの経緯

認知症リハビリテーションは今に始まったものではなく、全老人保健施設の学術委員会を中心として「認知症高齢者に対する行動療法は認知機能を高める」と確信をもって10年以上前からすでにやっていた取り組みである。2006年の介護報酬改定により、老人保健施設に認知症短期集中リハビリテーション実施加算(理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が1回20分以上の個人療法、1回60点、週3回までで入所から3ヵ月以内まで請求できる)が軽症の認知症(MMSE、HDSRがおおむね15点以上)に認められ、リハビリ期間が規定されたために効果の検証研究が容易になった。

2006年度は、まず認知症短期集中リハビリテーションは本当に効果がある

かという調査を行った。ここでは、特に情緒的なものを含めて良い結果が出たが、残念ながらHDSRで測定した認知機能についてはやや改善があったものの、有意差は得られなかった。同時に周辺症状にも改善傾向があったものの、これも有意差は認められなかった。これは解析した対象者がリハビリテーション施行群49名、対照群(コントロール)36名と少なかったことによるものと考えられる。

2007年度は、解析対象者を266名(リハビリテーション施行群が203名、対照群が63名)と3倍に増やし、本当に効果があるのかについて検証した。この結果、「意欲」について明確な効果が出たばかりでなく、中核症状である認知機能に対しても有意な改善が認められ、薬物療法に匹敵する効果が得られた。さらに、周辺症状に対しては非定型精神薬や漢方薬などの効果は知られているが、ほぼそれに匹敵する非

常に強い改善効果が認められた(表3)。しかも、頻度の高い周辺症状のその約8割に有効であるというインパクトのある成績である⁴⁶⁾。

2. 認知症短期集中リハビリテーションの適応拡大

2007年度の成績のサブ解析において、中等度の認知症に対しても効果が認められたことから、2009年度より中等度の認知症(MMSE、HDSRが5点以上)にも適応拡大され、さらに老人保健施設入所者だけでなく、デイケア、療養型医療施設へも適応が拡大された。

デイケアなど、在宅型介護施設におけるサービスにも適応が拡大されたのは画期的である。ただし、デイケアにおいては週2回までの制限がある。

また、1回60点であった介護報酬も1回240点に引き上げられ、ようやく人件費とのバランスを考えられるレベルになった。

3. 認知症短期集中リハビリテーションの具体的実施方法と長期効果の検証

今回の解析対象では、回想法、現実見当識訓練、記憶訓練療法、記憶学習療法、音楽療法、運動療法、作業療法、言語コミュニケーション療法が単独または組み合わせで実施された。

主要な方法は、実施例をDVDビデオで作成して、研修会受講者すべてに配付した(表4)。

認知症リハビリテーション終了後の維持ができるかについて集団療法を

表4 認知症短期集中リハビリテーションのまとめ

1. 開始時の両群間に、差はなかった。
2. 臨床的認知症重症度(NM)は、リハビリ群で有意に(p<0.0001)改善した。下位項目では、記銘力、関心・意欲・見当識が改善した。
3. 認知機能(HDSR)はリハビリ群で有意に(p=0.001)改善した。
4. 周辺症状(DBD)はリハビリ群で有意に(p=0.0064)改善した。下位項目では、出現頻度の高い「同じ話を繰り返す」「物をなくす」「無関心」「昼間寝てばかり」といった症状と、「暴言」などの陽性症状にも改善がみられた。常同行動、徘徊は不変であった。
5. 意欲(Vitality Index)はリハビリ群で有意に改善した(p=0.0004)。
6. ADLはリハビリ群で有意に(p=0.0009)改善した。
7. 活動はリハビリ群で有意に(p=0.0207)改善した。
8. 抑うつは両群とも不変であった。

認知機能短期集中リハビリテーションの前後で対照群を設け、効果を比較した。

行った群と行わなかった群で比較すると、3ヵ月後の維持は集団療法で引き継いだ群が優れていたが、個別療法の効果には及ばなかった。短期集中リハビリテーションをどの程度のインターバルで行えば効果が持続するかは今後の検討課題である。また今後、デイクアでの普及によって在宅期間の延長、介護負担の軽減などの直接効果の検証がなされるべきであると考えられる。

文 献

- 1) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al : Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann N Y Acad Sci 435 : 481-483, 1984
- 2) Lawton MP, Brody EM : Assessment of older people ; self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9 (3) : 179-186, 1969
- 3) 鳥羽研二 編 : 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 厚生科学出版, p15, 2003
- 4) 小林義雄, 鳥羽研二, 木村紗矢香, 他 : 日本老年医学会関東甲信越地方会シンポジウム抄録.
- 5) 神崎恒一 : 老年医学的综合機能評価

(CGA : comprehensive geriatric assessment) の研究開発及びCGA活用による地域連携の推進のための高齢者医療連携システムの開発. 平成22年度長寿医療研究開発費 分担研究報告書.

- 6) Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, et al : Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. J Am Geriatr Soc 47 (9) : 1049-1057, 1999
- 7) 鳥羽研二, 他 : 効果的医療技術の確立推進研究, 寝たきりプロセスの解明と主たる因子に対する介入効果に関する研究(鳥羽班). 総括研究報告

書, p15-16, 2003

- 8) Matteson MA, Linton AD, Cleary BL, et al : Management of problematic behavioral symptoms associated with dementia ; a cognitive developmental approach. Aging (Milano) 9 (5) : 342-355, 1997
- 9) Doyle C, Zapparoni T, O'Connor D, et al : Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. Int Psychogeriatr 9 (4) : 405-422, 1997
- 10) Montes JC, Ferrario J : Calming aggressive reactions--a preventive program. J Gerontol Nurs 15 (2) : 22-27, 1989
- 11) Namazi KH, Johnson BD : Pertinent autonomy for residents with dementias ; Modification of the physical environment to enhance independence. Am J Alzheimers Dis Other Demen 7 (1) : 10-15, 1992
- 12) Rovner BW, Steele CD, Shmuley Y, et al : A randomized trial of dementia care in nursing homes. J Am Geriatr Soc 44 : 7-13, 1996
- 13) Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, et al : A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents ; do sleep and agitation improve? J Am Geriatr Soc 47 (7) : 784-791, 1999
- 14) Holmberg SK : Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric

鳥羽 研二 (Kenji Toba)

1978年 東京大学医学部医学科 卒業
 1978年 東京大学医学部附属病院, 東京警察病院で内科研修
 1980年 東京大学医学部老年病学教室 入局
 1984年 東京大学医学部 助手
 1989年 テネシー大学生理学教室 客員研究員
 1993年 東京大学医学部 講師
 1996年 フリンダース大学老年医学・社会福祉学 厚生省派遣研究員
 1996年 東京大学医学部 助教授
 2000年 杏林大学医学部高齢医学 主任教授
 2006年 杏林大学病院 もの忘れセンター センター長 (兼任)
 2010年 独立行政法人 国立長寿医療研究センター 院長
 専門分野 : 老年医学, 認知症, 転倒, 尿失禁, 動脈硬化



- nursing unit. *Arch Psychiatr Nurs* 11 (1) : 21-28, 1997
- 15) Buettner L, Lundedren H, Lago D, et al : Therapeutic recreation as an intervention for persons with dementia and agitation ; An efficacy study. *Am J Alzheimers Dis* 11 (5) : 4-12, 1996
 - 16) Aronstein Z, Olsen R, Schulman E : The nursing assistants use of recreational interventions for behavioral management of residents with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis* 11 : 26-31, 1996
 - 17) Churchill M, Safaoui J, McCabe BW, et al : Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 37 (4) : 16-22, 1999
 - 18) Hall L, Hare J : Video respite™ for cognitively impaired persons in nursing homes. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 12 : 117-121, 1997
 - 19) Camberg L, Woods P, Ooi WL, et al : Evaluation of Simulated Presence ; a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 47 (4) : 446-452, 1999
 - 20) Gerdner LA : Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 12 (1) : 49-65, 2000
 - 21) Goddaer J, Abraham IL : Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Psychiatr Nurs* 8 (3) : 150-158, 1991
 - 22) Brotons M, Pickett-Cooper PK : The effect of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer disease patients. *J Music Therapy* 33 : 2-18, 1996
 - 23) Clark A, Lipe A, Bilbrey M : Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 24 : 10-17, 1998
 - 24) Thomas DW, Heitman RJ, Alexander T : The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *J Music Therapy* 34 : 246-259, 1997
 - 25) Gerdner LA, Swanson EA : Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Arch Psychiatr Nurs* 7 : 284-291, 1993
 - 26) Burgio L, Scilley K, Hardin JM, et al : Environmental "white noise" ; an intervention for verbally agitated nursing home residents. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 51 (6) : 364-373, 1996
 - 27) Kim EJ, Buschmann MT : The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Studies* 36 : 235-243, 1999
 - 28) Snyder M, Egan EC, Bruns KR : Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatr Nurs* 16 : 60-63, 1995
 - 29) Snyder M, Olson J : Music and hand massage interventions to produce relaxation and reduce aggressive behaviors in cognitively impaired elders ; a pilot study. *Clinical Gerontologist* 17 : 64-69, 1996
 - 30) Brooker DJ, Snape M, Johnson E, et al : Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behavior in severe dementia. *Br J Clin Psychol* 36 : 287-296, 1997
 - 31) Lovell BB, Ancoli-Israel S, Gevirtz R : Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Res* 57 (1) : 7-12, 1995
 - 32) Thorpe L, Middleton J, Russell G, et al : Bright light therapy for demented nursing home patients with behavioral disturbance. *Am J Alzheimers Dis* 15 : 18-26, 2000
 - 33) Brooker DJ, Snape M, Johnson E, et al : Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *Br J Clin Psychol* 36 (Pt.2) : 287-296, 1997
 - 34) Whall AL, Black ME, Groh CJ, et al : The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *Am J Alzheimers Dis* 12 (5) : 216-220, 1997
 - 35) Cleary TA, Clamon C, Price M, et al : A reduced-stimulation unit ; effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *Gerontologist* 28 : 511-514, 1988
 - 36) McCallion P, Toseland RW, Freeman K : An evaluation of a family visit education program. *J Am Geriatr Soc* 47 (2) : 203-214, 1999
 - 37) Werner P, Cohen-Mansfield J, Koroknay V, et al : The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents. *Geriatric Nursing* 15 (3) : 142-146, 1994
 - 38) Hussian RA : Modification of behaviors in dementia via stimulus manipulation. *Clinical Gerontologist* 8 (1) : 37-43, 1988
 - 39) McCallion P, Toseland RW, Lacey D, et al : Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 39 (5) : 546-558, 1999
 - 40) Cohen-Mansfield J, Werner P : The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 38 (2) : 199-208, 1998
 - 41) Groene II RW : Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer type. *J Music Therapy* 30 : 138-157, 1993
 - 42) Cohen-Mansfield J, Werner P : Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia.

<各論> 4. 認知症

- Int J Geriatr Psychiatry 12 (11) : 1079-1091, 1997
- 43) Woods B : Dementia Care ; Progress and Prospects. J Mental Health 4 : 115-124, 1995
- 44) Toba K : Urinary incontinence in the elderly-functional assessment and therapy. Nihon Ronen Igakkai Zasshi 39 (6) : 606-609, 2002
- 45) McCallion P, Toseland RW, Lacey D, et al : Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. Gerontologist 39 (5) : 546-558, 1999
- 46) 認知症短期集中リハビリテーション調査結果概要. 老健19 : 17-20, 2008
- 47) Tanaka K, Yamada Y, Kobayashi Y, et al : Improved cognitive function, mood and brain blood flow in single photon emission computed tomography following individual reminiscence therapy in an elderly patient with Alzheimer disease. Geriat Geront Int 7 : 305-309, 2007

認知症を取り巻く環境変化

認知症短期集中

リハビリテーションの効用

鳥羽 研二

認知症短期集中リハビリテーションが

介護保険で認定されるまでの経過
平成17年まで、全国老人保健施設協会学術委員会によって、認知症に対する非薬物療法の効果の報告書が厚生労働省に提出され、介護保険で認可するかどうかの議論が行われた。当時は、認知症の専門家の中で、非薬物療法に対する理解は極めて低く、効果を疑問視する声も多かったという。しかし、米国精神神経学会は、非薬物療法のレビューを掲載し、その中で、エビデンスレベルも検討されてきており、有効性の高いとされた項目は複数に上る(表①)。

介護保険で認可された内容は、リハビリテ

ーション職(P.T、O.T、S.Tのいずれか)がマ
ンツーマンで、20分以上、週3回、1回600
円を入所から3カ月以内算定できるというもの
であった。人件費に比べ極めて低コストしか認
められなかった、実際の効果を見極めるとい
う国の姿勢が反映されていたと考える。

効果の検証

平成18年度から、認知症短期集中リハビリテ
ーションは本当に効果があるかという調査(厚
生科学研究)が開始され、筆者が研究班の責任

①認知機能訓練のEBM (A~Dはエビデンスレベル)

有効性が確立

介護者の教育：在宅復帰、入所減少 A

行動異常に対する介護者の対処訓練が有効 (BPSD、うつ) A

運動療法は認知機能低下を抑制 A

記憶訓練は問題行動、うつに有効 B

有効な可能性

現実見当識訓練は記憶力、在宅復帰率向上 D

回想法は抑鬱に効果 (ROTとの併用有効) D

無効な可能性大

Validation

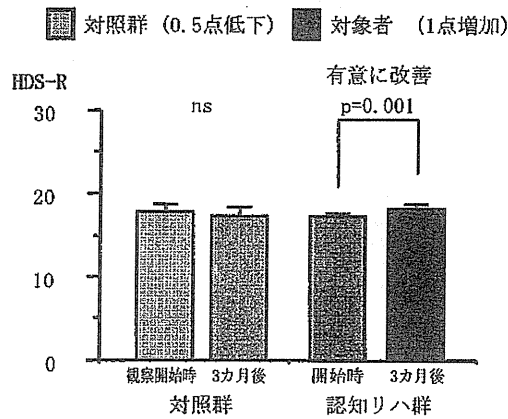
者を任じられた。平成19年度で解析対象者を35施設271人(対象206名、86・1±8・1歳、HDS-R・17・8±6・8、対照65名、84・6±7・4歳、HDS-R・17・3±5・9)で効果を検定した結果、「意欲の向上」「活動」「ADL」についてはっきり効果が出たばかりでなく、中核症状である認知機能に対しても有意な改善が認められた(図②)。

わずか3カ月のリハビリとはいえ、薬物療法に匹敵する効果が認められた。なお、対照群は通常のグループレクリエーションを継続した群である。

特筆すべきは、周辺症状に対しては、非定形精神病薬や漢方薬などに匹敵する非常に強い改善効果が認められた。しかも頻度の高い周辺症状の8割くらいに有効であるというインパクトのある成績が得られた(表③)。

周辺症状の内容を検討すると、何度も同じ話を繰り返す、物をなくすといった、中核症状関

②認知リハビリテーション前後のHDS-Rの変化
認知機能 (HDS-R)



連のエピソードや、無関心、昼間寝てばかりいるといった陰性症状に効果があったばかりでなく、暴言という陽性症状や、昼夜逆転といった概日リズム障害にも効果があったことは予想外

③周辺症状下位項目の前後の値の有意差

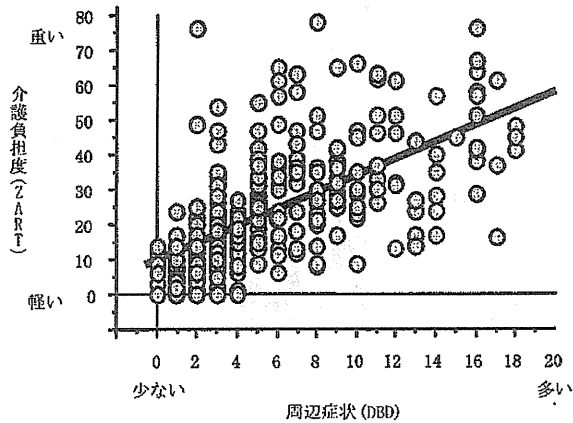
	対照群	認知リハ群
物をなくす	ns	p=0.003
昼間寝てばかり	ns	p=0.0023
介護拒否	NA	p=0.0072
何度も同じ話	ns	p=0.022
暴言	NA	p=0.0097
言いがかり	NA	p=0.0006
場違いな服装	NA	p=0.0023
ため込み	ns	ns
無関心	ns	p=0.0072
昼夜逆転	ns	p=0.0593
常同行動	p=0.08	ns
散らかし	ns	ns
徘徊	ns	ns

NA=not available

の驚きであった。認知症の行動障害は、今回認知症行動障害スケール (DBDスケール) で測定しているが、杏林大学の忘れセンターにおける450人以上のデータから、このDBDス

④介護負担と周辺症状

ZART = 10 + 2.4 x DBD; R= 0.61, n=476



ケールと介護負担は非常に強い正の相関が得られている(図④)。

在宅復帰への大きな手がかり

周辺症状というのは「物をなくす」、「昼間寝てばかりいる」、「介護拒否」、「何度も同じ話」、「暴言」など家族の介護負担に大きく関わる症状で、この周辺症状が3カ月間のリハビリとはいえ相当改善が見られたということは、老健施設の当初の目的であった在宅復帰への大きな手がかりになる。

中等症以上の認知症に関するサブ解析と

介護報酬の改定

今回の症例でHDS-R15点未満で再解析を行ったところ、これも予想外のことであったが、HDS-Rや周辺症状はより明確な改善効果が得られた。これらの成績は、平成21年4月からの介護報酬改定に反映され、1回2、400円の

に大幅なアップが認められたばかりでなく、中等度以上の認知症にも適用拡大され、さらに療養型病床やデイケアでも行えるようになった。現在利用可能施設は、老人保健施設では10%未満で、全国老人保健施設協会のホームページで公開している。今後急速な普及が期待される。

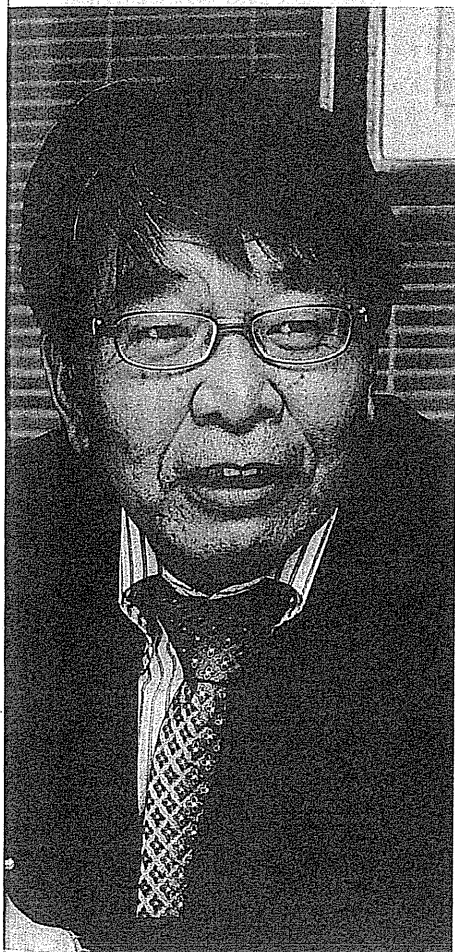
(国立長寿医療センター 病院長)

文献

- 1) 鳥羽研二：認知症ケアと医療の地域連携…新たな認知症ケアネットワークの構築に向けて、*Geriatric Medicine*, 45, 1073-1075(2007)

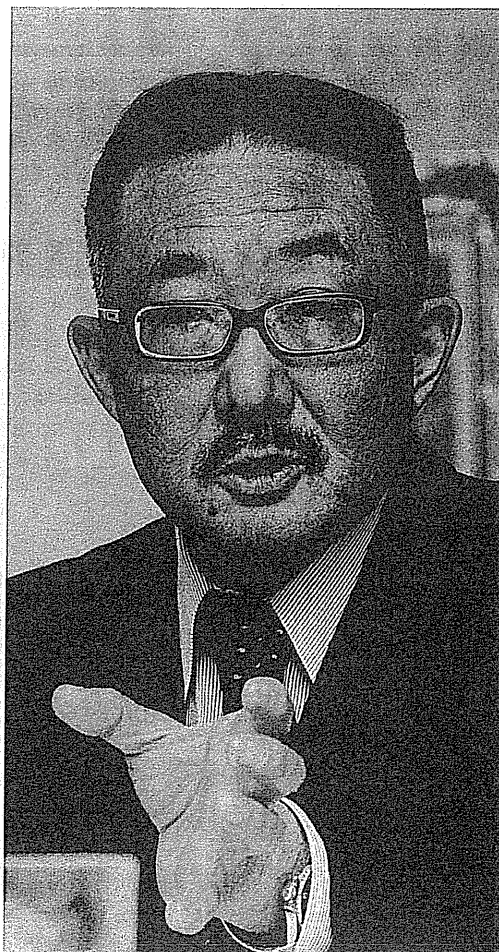
認知症・BPSDの薬物治療と抑肝散の位置づけ

認知症の中核症状とされる記憶力低下、判断力低下、実行機能障害などの認知機能障害は臨床像の一部でしかなく、一方で妄想、無気力、焦燥、行動異常などの多彩な周辺症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) がご家族に大きな介護負担を強いています。したがってBPSD治療では、これらの介護負担を軽減するとともに患者さんの心身の予後も改善させるような包括的な薬物治療が求められています。ここでは認知症をご専門に診療、研究されてきた先生方からBPSDに対する薬物治療と抑肝散の位置づけについてご提言いただきました。 (2010年2月3日開催、お肩書は当時)



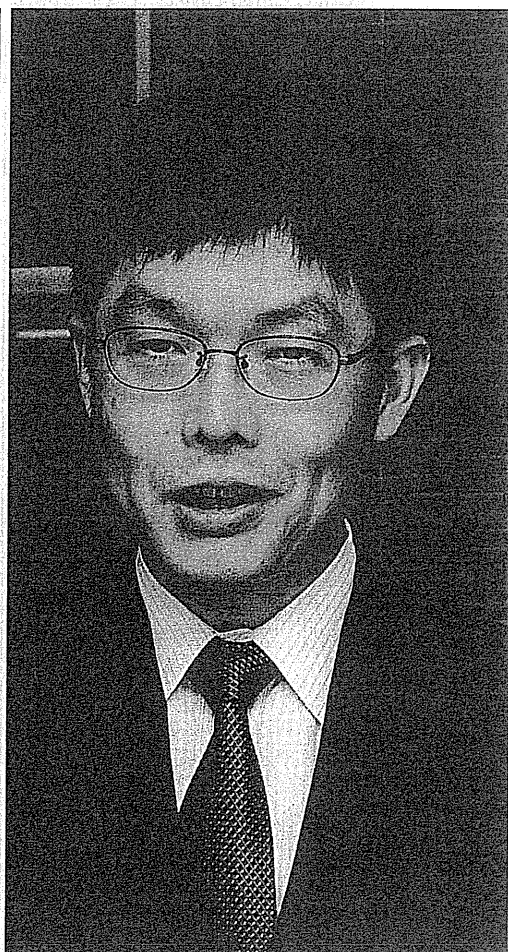
鳥羽 研二

杏林大学医学部高齢医学
教授/司会



河野 和彦

名古屋フォレストクリニック
院長



水上 勝義

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 精神病態医学分野
准教授

認知症治療の現状と問題点

鳥羽 本日は認知症のBPSDに対する薬物治療について、ご専門の先生方とともに考えてみたいと思います。認知症には、アルツハイマー病(AD)、レビー小体型認知症(DLB)、脳血管性認知症(VD)、前頭側頭葉変性症(FTLD)などの疾患タイプがありますが(図1)、まず河野先生、現在の認知症の薬物療法についての全体的な問題点からお話いただけますか。

河野 認知症の中核症状をターゲットにする初めての治療薬として、ドネペジルの登場に多くの医師が活気

づきました。しかし、ここ2~3年は暴力、徘徊、幻覚、無気力などのBPSDが介護者を苦しめているとして問題となっています。家族会の場合でも介護のコツを習得するよりもストレスを発散したり、慰め合う場になっていることが多く、認知症患者を介護されるご家族は非常に深刻な状況にあると感じています。認知症の進行をくい止めることを主眼にするのが内科学の視点だとしたら、老年科学には介護者を助けることにも配慮するという認識があります。ところがBPSDに効果があるといわれている治療薬が、認知症の疾患適応を得ていない点は大きな課題です。

鳥羽 認知症の薬物療法について

は、河野先生のように認知症を専門に診療されてきた経験豊富な医師と、一般病院でときどき認知症も診療する医師あるいは診療所の医師とでは、治療薬の使い分けの知識にかなり差があるような気がします。

河野 最近では認知症の治療薬について、多くの論文からエビデンスを解析し、お勧め度Aなどと分類して治療薬を整理されているマニュアルも出版されています。研究的には頭の整理ができてよいのですが、認知症をあまり多く診療されていない医師がこのようなマニュアルをもとに治療法を検討すれば、とりあえずはお勧め度Aから使用することを考えてしまうでしょう。

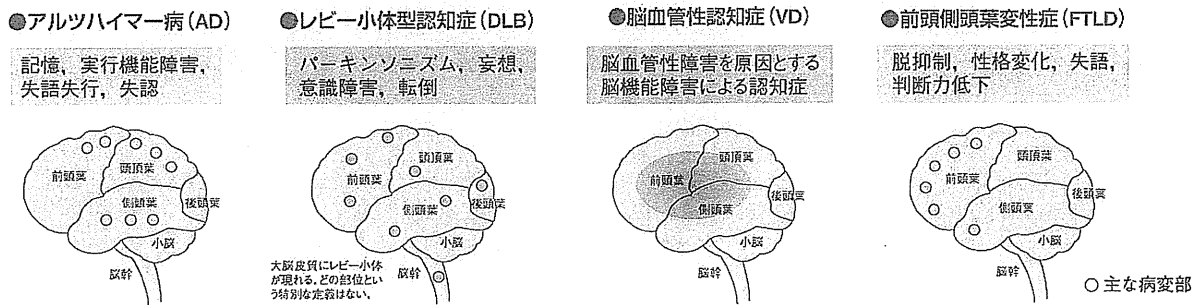


図1 認知症の各疾患タイプの特徴と主な病変部

河野和彦. 認知症治療28の満足. 女子栄養大学出版部. 2009. を一部改変.

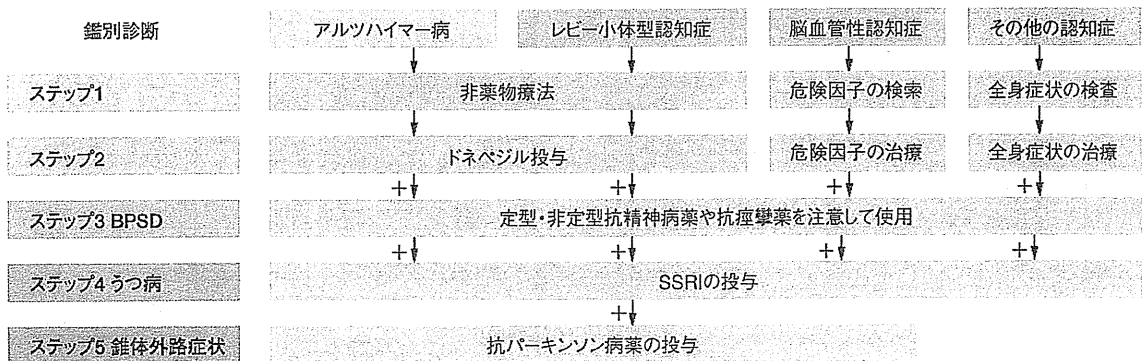


図2 改訂版認知症の治療ガイドラインのフローチャート

日本認知症学会, 編. 認知症テキストブック. 中外医学社. 2009. より.

しかし、認知症にはパーキンソン病 (PD) と DLB などの鑑別の難しい病態や、AD と VD の合併など診断の難しい病態なども多く (図2)、臨床ではこのようなマニュアルは使いにくいかもしれません。

DLBでは抑肝散が第1選択薬になる

河野 私も独自に認知症診療マニュアルを作っていますが、一般の先生方にはADにともなう陽性症状はチアプリドを第1選択薬として提案しています。抑肝散 (TJ-54) はこれまで脇役的な位置づけでしたが、私はDLBでは抑肝散を第1選択薬

としています。

(認知症疾患治療マニュアル「コウノメソッド2010」は名古屋フォレストクリニックのホームページに掲載されています。
http://www.forest-cl.jp/index.html)

鳥羽 水上先生は、認知症をとりまく現状について、どのようにお考えでしょうか。

水上 私は精神科ですからBPSDの強い方を診療することが多いのですが、症状の強い場合には抗精神病薬を使わざるをえないケースがありました。しかし、2005年に米国食品医薬品局 (FDA) とそれに続いて厚生労働省から、抗精神病薬は高齢者において死亡率を高めるとした警告が発表されたことで、抗

精神病薬を使わないBPSDマネジメントが求められています。2005年の岩崎鋼先生らのランダム化比較試験¹⁾で抑肝散がNPIスコアの有意な改善を示したことから、近年、抑肝散の臨床研究が数多く実施されBPSDに対する幅広い有効性が報告されています (表1)。関東20施設106例を対象とした無作為化クロスオーバー試験でも、抑肝散投与と非投与ではNPIスコアの合計点で優位な改善が認められました (図3)²⁾。抗精神病薬に代わる治療薬の1つとして、BPSDに効果を示す抑肝散の存在は臨床医にとっては非常に大きな意義があると思います。

表1-① 認知症のBPSDに対する抑肝散の治療効果を検討した主な臨床研究

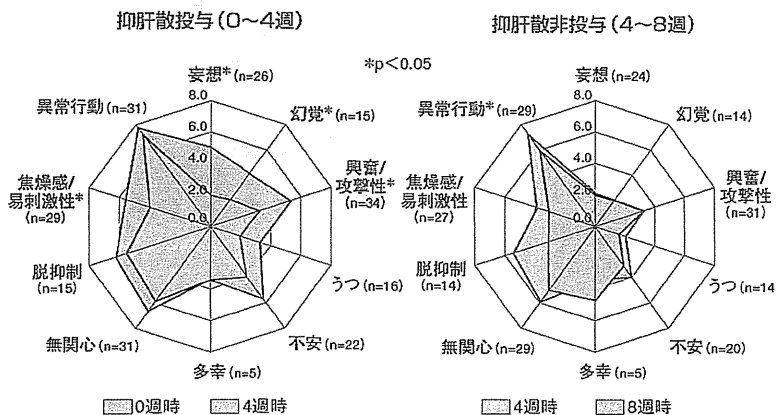
	目的	対象疾患	試験デザイン	登録症例数	施設数	投与期間	評価スケール
岩崎 ¹⁾ , 他 (東北大学)	認知症におけるBPSDとADLに対する抑肝散の効果と安全性を観察者盲検ランダム化比較臨床試験で検討	AD, VD, DLB, ADとVDの混合型	ランダム化比較試験	52例	—	4週	NPI, MMSE, Barhel
水上 ²⁾ , 他 (関東地区)	BPSDを有する患者に対する抑肝散の効果の検討 (BPSDに対する抑肝散の効果をクロスオーバー、多施設にて検討)	AD, DLB, ADとVDの混合型	クロスオーバー (非投与)	106例	20施設	4週	NPI, MMSE, IADL (外来), Barhel (入院), Zarit
門司 ³⁾ , 他 (九州地区)	アルツハイマー病の入院・入所患者に対する12週間の抑肝散の効果の検討 (スルピリドで症状が消失しなかったBPSD患者を対象とし、抑肝散投与群と非投与群で比較)		並行群間 (非投与/スルピリド併用)	16例	16施設	12週	NPI, MMSE, Barhel
岡原 ⁴⁾ , 他 (南九州地区A)	アルツハイマー病の通常診療下での抑肝散の効果の検討 (ドネペジルで症状が消失しなかったBPSD患者を対象とし、抑肝散投与群と非投与群で比較)	AD	並行群間 (非投与/ドネペジル併用)	63例			
林 ⁵⁾ , 他 (南九州地区B)	アルツハイマー病の通常診療下での抑肝散の効果の検討 (通常診療 [約80%が抗精神病薬併用] で症状が消失しなかったBPSD患者を対象とし、抑肝散投与群と非投与群で比較)		オープン (抗精神病薬併用)	29例	18施設	4週	NPI, MMSE, DAD
岩崎 ⁶⁾ , 他 (全国DLB)	レビー小体型認知症に対する抑肝散の効果の検討 (特に幻覚に対する効果の確認)	DLB	オープン	63例	15施設	4週	NPI, MMSE, Zarit
長田 ⁷⁾ , 他 (東北地区)	血管性認知症のBPSDに対する抑肝散の効果の検討	VD	オープン	13例	—	4週	NPI, MMSE, Barhel, DAD

表1-② 各臨床研究のNPIサブスケールの概要

	岩崎, 他 (東北大学)	水上, 他 (関東地区A群)	水上, 他 (関東地区B群)	門司, 他 (九州地区)	岡原, 他 (南九州地区A)	林, 他 (南九州地区B)	長田, 他 (東北地区)
総合	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎
妄想		○			○	○	
幻覚	○	○				○	
興奮/攻撃性	○	○	○		◎	○	○
うつ			○		○		
不安			○		○	○	
多幸							
無関心					○		
脱抑制							○
焦燥感/易刺激性	○	○	○		◎	○	
異常行動	○					○	

◎ 群間差あり, ○ $p < 0.05$ (サブスケールの多重性については考慮していない)
 岩崎, 他(全国DLB)のデータは現在, 未掲載。

● A 群



● B 群

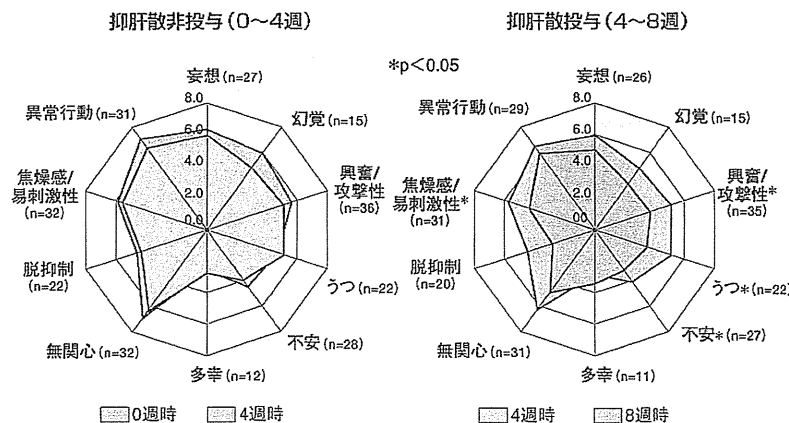


図3 無作為化クロスオーバー試験のNPIサブスケールスコア(水上, 他)

高齢者の薬物治療は
こまめな治療薬の調整を

鳥羽 先生方が診察されている認知症患者さんの平均年齢はおいくつですか。

河野 76歳です。

水上 70~80歳代が多いですが、一方で初老期の認知症の方も多いため、2層に分かれる感じがします。

鳥羽 当科も77歳ぐらいですが、若年性認知症は別として70歳代後半になると、認知症に対する薬物療法と同時に75歳以上の高齢者に対する薬物療法という面もあります。

水上 高齢者の生理学的特徴として、腎臓、呼吸器、神経などの生理的老化に加え、恒常性維持機能の低下による水・電解質異常を起こしやすいこと、感染等に対する生体防御機能や栄養の低下により疾患が慢性化しやすいことがあげられます。

また、排泄能が低下しているため薬が体内に長期間残りやすく、副作用が出やすくなります。鎮静のかかる薬や抗コリン作用を持つ薬は、特に後期高齢者では認知機能や身体機能の低下、排尿障害や便秘といった問題を容易に引き起こします。そのため高齢者の薬物療法ではできるだけ鎮静や抗コリン作用の少ない薬剤を選択することが原則です。

鳥羽 老年医学では医療介入の大きな目的の1つに、服用薬剤数を減らすことがあります(表2)。私はこのガイドラインでは高齢者の服用薬剤数は5種類以下にすべきとしましたが、独居老人や介護する伴侶も高齢化しているようなケースではまず薬剤数を減らす必要があります。その

表2 薬物有害作用予防のための原則

1. 可能な限り非薬物療法を用いる
2. 処方薬剤の数を最小限にする
3. 服用法を簡便にする
4. 明確な目標とエンドポイントに留意して処方する
5. 生理機能に留意して用量を調節する(少量で開始し、ゆっくと増量する)
6. 必要に応じて臨床検査を行う
7. 定期的に処方内容を見直す
8. 新規症状出現の際はまず副作用を疑う

日本老年医学会, 編. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005. メディカルビュー社, 2005. より.

点, 漢方薬は1剤で複数の症状に対応することができるので高齢者医療には有益な薬剤といえます。

水上 特に認知症の高齢患者では, 3種類以上の薬剤はほとんど自己管理することができません。

鳥羽 BPSDの特に陽性症状を持っている患者さんと一緒にご家族が受診された場合, ご家族からはどのような要望が多いのでしょうか。

河野 疾患の特徴を理解されて非常に的を射た希望をお持ちのご家族もいらっしゃいますが, 一方で漠然と患者さんに付き添ってこられるご家族もいらっしゃいます。そのためご家族に対しては, まずどのような希望をお持ちなのかを聞き取ることが大切です。当院では「コミュニケーションシート」(図4)と呼んでいる質問票を作成し, 初診時にご家族のご希望を聞き取ることにしています。ご家族のご希望は具体的には, 「進行を止めてほしい」, 「元気にしてほしい」, 「落ち着かせてほしい」の3つになります。

鳥羽 強いBPSDをもつ患者さんの

場合, まずご家族の負担がどれくらいかを医師が実感として知っておかなければならない。そのうえで, どのような問題行動がご家族の苦痛になっているのか質問票によって聞き取るわけですね。

認知症患者さんのご家族は, 部屋の掃除や尿便失禁の世話, 夜中に何度も起こされるなどの肉体的な疲労と, 何度も同じ話を繰り返しされたり, 理不尽な罵りに耐えることや無気力に対して叱り疲れるなどの精神的な疲労がありますから, それぞれに適切に対応する必要があります。

ADのBPSD 少量の治療薬を上手に使う

鳥羽 現在, ADに適応のある治療薬はドネペジルしかないという状況があります。

河野 ドネペジルは中核症状に対する治療薬とされていますが, 私は興奮系の治療薬と呼んでいます。ドネペジルで穏やかになったというケースもありますがそれは少数で, ドネ



とば けんじ

鳥羽 研二

1978年東京大学医学部医学科卒業。1984年東京大学医学部老年病学教室助手。1989年テネシー大学生理生物学客員研究員。1993年東京大学医学部講師。1996年プリンダース大学老年医学・社会福祉学研究員。同年東京大学医学部助教授。2000年杏林大学医学部高齢医学主任教授。2006年杏林大学もの忘れセンター長(兼任)。日本老年医学会理事, 全国老人保健施設協会理事, 厚生労働省転倒予防研究班班長。日本学術会議連携委員(老年・老年病気)。2010年3月より国立長寿医療センター 病院長。

ペジルは興奮させることによって記憶をよみがえらせるという一面があるからです。

ドネペジル, ニセルゴリン, アマンタジンの3つは興奮系の治療薬として現場のスタッフに必ず教えておくべき

治療薬で、これ以外はすべて抑制系の治療薬となります。抗精神病薬は患者を穏やかにしますが、投与量が多すぎるとADLを奪うことになり、少量を工夫して投与することが必要です。たとえばクエチアピンなどの新しい抗精神病薬は寿命が短縮されるという結果が米国から報告されましたが、抗精神病薬の投与量が多くなれば寿命が縮まることは容易にイメージ

できます。私は開業して院内処方できず、投与量を調整し、クエチアピンは1錠25mgですが、10mgと35mgの細粒を作っています。

ただし、食後血糖値が120mg/dLなのに糖尿病だったという方もいますので、クエチアピンを使うときは初診時にヘモグロビンA1cの測定が必要です。これはレセプト上では厳しい点なのですが。

鳥羽 興奮系の治療薬がないことと本来の投与量よりも、より少量での治療が必要だということですね。

水上 確かにドネペジルはうつやアパシーを動かすという点ではよい治療薬です。アパシーに効果がある薬はほとんどありませんが、ドネペジルがそういう存在であることは間違いないでしょう。また、BPSD治療薬の多くは抑制系の治療薬であり、ADLや生活の質を保ちながら余分な精神症状をなだらかにすることが臨床医には求められています。

鳥羽 ADでドネペジル以外に水上先生が進められているご研究をご紹介いただけますか。

水上 クエチアピンもそうですが、非定型抗精神病薬は主に統合失調症に対して使用する薬です。当科の試験ではペロスピロンを使用しました。統合失調症では、通常、4mg×3錠の12mgから始めるのですが、われわれの検討ではADの興奮や攻撃性に対して7~8mgぐらいで十分効果が得られるという結果でした。認知機能に影響することなく精神症状を取るには、統合失調症の初回投与量よりもかなり少なく抑えた量が維持量になります。その結果、精神症状もおさまるしMMSEも精神症状が激しいときよりも改善します。ですから、抗精神病薬がすべて悪いということではなく、それをいかに少量でうまく使うかが重要であり、これは先ほど河野先生がご指摘されたとおりです。

鳥羽 少量の治療薬を上手に使うというのは漢方医学の一番得意なところかもしれませんが、ADに限って考えた場合、漢方薬はどのような位置づけになるのでしょうか。また、ド

先生へお願いです (コミュニケーションシート)

I 診断について
ご診断の結果、認知症でしょうか。 YES NO はっきりしない

印象としてはどのタイプでしょうか

1	アルツハイマー型
2	レビー小体型
3	脳血管性
1+3	混合型
4	ピック病
5	正常圧水頭症
6	(慢性)硬膜下血腫
7	甲状腺機能低下
8	ビタミンB12欠乏
9	その他 ()
10	今ははっきりしない

今日のところは、どんな病気が考えられますか?

1	(躁)うつ病
2	統合失調症
3	パーキンソン病
4	失語症
5	脊髄小脳変性症
6	その他
7	今ははっきりしない

あくまでも疑いで結構です。

II 治療について
私たちの家族の希望は次のものです。ご処方いただけますでしょうか。

私たち家族の希望 なにを処方していただけますか?

1	患者を穏やかにしてほしい。	グラマリール セレネース セロクエル* 抑肝散 ウインタミン ルーラン リスパール () (* 糖尿病に禁忌)
2	患者を元気にしてほしい。	アリセプト サアミオン シンメトレル ワイバック ()
3	認知症の進行を遅らせてほしい。	アリセプト サアミオン ()
4	夜、熟睡させてほしい。	レンドルミン ハルシオン ベンザリン ()
5	患者の歩行をよくしてほしい。	サアミオン ヘルマックス マドパー メネジット ()
6	幻覚、妄想を減らしてほしい。	抑肝散 セレネース グラマリール ()
7	食欲を出してほしい。	ドグマチール* エンシュアリキッド ラコール () (* パーキンソン病、レビー小体型認知症に禁忌)
8	その他 ()	()

ジェネリック一覧
グラマリール(塩酸チアプリド) = チアプリム、クックール、チアリール、チアラリード、フルジサル、ノイラーク、クリノラト、ポインリール。
セレネース(ハロペリドール) = ハロステン、リントン、ハロペリドール、コスミナル、ハロジャスト、スイロリン、レモナミン、ハロミドール、ヨウペリドール。
サアミオン(ニセルゴリン) = サワチオンS、ウインクルN、サルモシン、ソクワールN、ピエルソンS、マリレオンN、セルゴチンS、ヒルプリンN、セルファミンN、セラレドS、レストマートN。
レンドルミン(プロチゾラム) = グッドミン、レンデムなど。
ドグマチール(スルピリド) = アピリット、ミラドール、ベタマック、スカノーゼン。

作成：日本老年精神医学会指導医 河野 和彦

図4 コミュニケーションシート