

レビー小体型認知症の介護者負担に影響を与える要因の検討

—アルツハイマー病との比較—

分担研究者 橋本 衛 熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨 レビー小体型認知症(DLB)とアルツハイマー病(AD)の介護者負担の比較ならびに DLB 患者の介護者負担に影響をおよぼす要因を検討した。対象は DLB 患者 80 例と AD 患者 297 例である。2 群間で介護者負担 (ZBI) を比較したところ、DLB 群において AD 群よりも有意に高かった。次に介護者負担と相関する因子を分析したところ、全般的認知機能 (MMSE)、BPSD (NPI)、ADL (PSMS) は ZBI と有意な相関を認めたが、年齢、教育歴、パーキンソン症状の重症度 (ヤール重症度) との間には有意な相関を認めなかった。段階的重回帰分析の結果、BPSD が DLB の介護者負担に最も強く影響することが示された。本研究の結果から、DLB では AD よりも介護者の負担が大きいことが示された。さらに DLB の介護負担の軽減には、BPSD の治療に焦点を合わせることも重要であることが考えられた。

A. 研究目的

レビー小体型認知症(Dementia with Lewy bodies; DLB)は、高齢者における進行性変性性認知症の中で、アルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)に次いで多い疾患とされている。DLB 患者は認知機能障害に加えて、幻視・妄想などの精神症状・行動障害 (Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) や、パーキンソン症状・自律神経障害などの神経症状を高率に伴うため、AD よりもケアマネジメントに苦慮する疾患であると考えられている。一方で、介護者の負担感の増大は、介護者自身に不安やうつを引き起こすだけではなく、患者に対する虐待などの悲劇的な転帰をもたらす可能性が指摘されている。しかし、DLB 患者の介護者負担について、詳細に検討した研究はほとんどない。そこで今回の研究では、DLB と AD の介護者負担を比較し、さらに DLB の介護者負担に影響を与える患者要因について検討した。

B. 研究方法

本研究では、熊本大学における認知機能障害を有する患者の症候学的研究への参加に、本人あるいは家族から書面にて同意が得られた症例を対象とした。

(対象者)

2007年4月から2010年9月までに熊本大学医学部附属病院神経精神科認知症専門外来を受診した患者のうち、probable DLB (Consensus criteria for DLB, 2005) と probable AD (the NINCDS-ADRDA criteria, 1984) 患者の連続例を対象とした。全ての対象者に神経精神医学的診察、標準的な神経心理検査、血液検査、MRI (もしくは CT) 検査、SPECT 検査を施行し、これらの結果を用いて診断を行った。本研究の主たる目的が、在宅療養中の DLB と AD の介護者負担の比較であることから、①possible DLB の基準に合致する AD 患者、②信頼できる介護者が不在の者、③施設入所もしくは病院入院中の者、は研究対象から除外した。

対象者は 377 例で、probable DLB 患者が 80 例、probable AD 患者が 297 例であった。2 群の

プロフィールを表 1 に示す。2 群間において、DLB 群の方が有意に平均年齢が高かったが、男女比、罹病期間、教育歴に有意差は認めなかった。

表 1. DLB 群と AD 群のプロフィール

	DLB 群	AD 群	p 値
症例数	80	297	
性別 (男/女)	36/44	101/196	0.09
年齢 (年)	78.6±5.5	75.2±8.6	0.001
罹病期間 (年)	2.4±1.9	2.7±3.5	0.50
教育歴 (年)	10.2±3.0	10.7±2.8	0.20

数値は、人数もしくは平均±標準偏差

(評価方法)

全般的認知機能は Mini-Mental State Examination (MMSE) を用いて評価した。BPSD は neuropsychiatric inventory 日本語版 (NPI) を用いて評価した。日常生活活動能力 (ADL) は、身の回りの ADL を Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) で、道具的 ADL を Instrumental Activities of Daily Living (IADL) を用いて評価した。なお IADL では病前の家事能力における性差の観点から、男性は 5 項目、女性は 8 項目で評価した。主介護者の介護負担を Zarit Caregiver Burden Interview 日本語版 (ZBI) を用いて評価した。さらに、パーキンソン症状の重症度評価には、Hoehn and Yahr scale (ヤールの重症度分類) を用いた。

(解析)

MMSE、NPI、PSMS、IADL、ZBI の各スコアを DLB と AD の 2 群間で t 検定を用いて比較した。IADL については男女別々に比較した。

DLB の介護者負担に影響を及ぼす要因を検討するために、ZBI スコアと年齢、教育歴、MMSE スコア、NPI スコア、PSMS スコア、ヤールの重症度との相関をピアソン相関分析を用いた解析した。さらに、最も介護者負担と関連する因子を特定するため、段階的重回帰分析を行った。

C. 研究結果

2 群間の認知機能、BPSD、ADL、介護負担を比較した結果を表 2 に示す。

表 2. DLB 群と AD 群の各評価値の比較

	DLB 群	AD 群	p 値
MMSE	19.3±4.8	19.3±5.0	0.96
NPI	17.9±14.0	9.6±10.1	<0.001
PSMS	4.2±1.9	5.0±1.4	<0.001
IADL (男)	2.8±1.2	3.6±1.2	0.001
(女)	4.8±2.1	5.8±1.9	0.002
ZBI	25.7±13.7	19.8±13.9	0.001
ヤール重症度 -/1/2/3/4/5	27/17/15/17/4/0		

数値は平均±標準偏差

2 群間で MMSE には有意差はなかったが、NPI スコアは DLB 群の方が有意に高かった ($p < 0.001$)。PSMS は DLB 群の方が AD 群よりも有意に低く ($p < 0.001$)、IADL も男女ともに DLB 群の方が有意に低かった (男性: $p = 0.001$ 、女性: $p = 0.002$)。ZBI スコアは DLB 群が AD 群よりも有意に高かった ($p = 0.001$)。パーキンソン症状については、ヤール 2 以下の軽度症例が 59 例と全体の 74%を占めていた。

表 3 に DLB 患者における ZBI スコアと各評価スコアとの相関係数を示す。年齢、教育歴、ヤール重症度との間に有意な相関を認めなかったが、ZBI と MMSE、NPI、PSMS の間に有意相関を認めた。表 4 に介護負担への関連が認められた評価値の段階的重回帰分析の結果を示すが、NPI スコアが最も介護負担に影響を与える因子であった。

表 3. DLB 患者の ZBI と各評価値との相関係数

	r	p 値
年齢	0.08	0.46
教育歴	0.03	0.80
MMSE	-0.29	0.009
NPI	0.52	<0.001
PSMS	-0.48	<0.001
ヤール重症度	0.03	0.77

表 4. 段階的重回帰分析結果

	SE	B	p 値	R ²
モデル 1				
NPI	0.094	0.52	<0.001	0.27
モデル 2				
NPI	0.092	0.413	<0.001	0.383
PSMS	0.675	-0.353	<0.001	
モデル 3				
NPI	0.089	0.442	<0.001	0.438
PSMS	0.671	-0.288	0.003	
MMSE	0.254	-0.242	0.008	

D. 考察

本研究の結果から、同程度の認知機能障害を呈しているにもかかわらず、DLB 患者の方が AD 患者よりも BPSD が強く、ADL が低いことが示された。介護負担については DLB の方が AD よりも有意に強かった。この結果から、DLB 患者に対しては AD 患者以上に介護負担を軽減するための介入が必要であることが示された。

DLB の介護負担に影響を及ぼす患者要因としては、認知機能障害、BPSD、ADL の程度が有意に関連することが示されたが、一方でパーキンソン症状の程度との関連は認めなかった。本研究の DLB 患者の平均 MMSE が 19.3 点であり、比較的軽度の患者が対象であったが、この結果は比較的軽度の DLB では、パーキンソン症状はあまり負担にならないことを示していた。実際パーキンソン症状はヤール 2 以下の軽症症例が多数を占めていた。

段階的重回帰分析の結果から、DLB の介護負担に最も影響を及ぼす因子として BPSD があげられた。BPSD は適切な治療やケアにより改善が期待できる症状である。本研究結果から、DLB 患者の介護負担を軽減するためには、BPSD 治療を特に重視すべきであることが示された。

E. 結論

DLB 患者は AD 患者よりも介護者負担が大きい。在宅で療養中の DLB 患者の介護負担を軽減

するためには、なによりも BPSD の治療に焦点を合わせることも重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・橋本衛. 認知症の妄想. 老年期認知症研究会誌 19(1):1-3, 2012

・橋本衛. 認知症の BPSD の薬物治療: 精神科からのメッセージ. 臨床神経学 51(11):857-860, 2011

・橋本衛. 認知症における精神症状と認知機能障害の関連. 老年精神医学雑誌 22(11): 1269-1276, 2011

2. 学会発表

Hashimoto M, Honda K, Ogawa Y, Yuki S, Ikeda M. Neuropsychiatric symptoms, functional abilities, and caregivers burden in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. 15th International Congress of International psychogeriatrics association, Hague, Netherlands, September 6-9, 2011

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

認知症患者のBPSDと未治療期間の関連性の検討

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室

研究協力者 福島章恵 高知大学医学部神経精神科学教室

今城由里子 高知大学医学部神経精神科学教室

研究要旨 これまで統合失調症の早期介入研究などでは、早期発見・早期治療の有効性を検討する上で精神症状の発症から臨床診断を受けるまでの期間を未治療期間 (Duration of untreated psychosis) と定義し、介入効果の指標にされてきた。認知症においても早期発見、早期治療については同様であるが、認知症の初発症状が出現してから正確な臨床診断が下され、適切な認知症の治療やケアを受けるまでの未治療期間 (以下 DUP) についての検討されたものは少ない。そこで、新たに初老期発症と老年期発症別の比較と背景疾患別 (AD 群、DLB 群、FTLD 群、VD 群、MCI 群、高次脳機能障害 (TBI) 群) で検討した。

研究方法は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。前年度から更に期間延長し、高知大学医学部附属病院神経科精神科もの忘れ外来を初診患者で、評価内容は初診時年齢、性別、発病年齢、初診時 MMSE、NPI、ZBI、CDR、DUP (認知症発症から初診までの期間)、発病年齢、臨床診断名を調査できた 258 名を分析した。平均 MMSE : 20.6 ± 5.3 、平均発病年齢 72.4 ± 11.5 歳、初診時年齢は 74.7 ± 10.3 歳であった。平均未治療期間は 2.0 ± 2.8 年で、初診時平均 NPI 得点 : 12.2 ± 15.1 点、平均 ZBI 得点 : 20.1 ± 16.1 であり、次年度との傾向は変わらなかった。さらに対象を AD 群 47 名、DLB 群 22 名、FTLD 群 11 名、VD 群 55 名、MCI 群 67 名、高次脳機能障害 (TBI) 群別で未治療期間と BPSD およびその他の要因を検討した。AD 群では未治療期間と有意な相関が MMSE (-0.65 , $P < 0.001$)、ZBI (0.48 , $P = 0.0013$)、CDR (0.581 , $P < 0.001$) でみられた。DLB 群では MMSE (-0.592 , $P = 0.005$) とのみ有意な相関がみられた。FTLD 群、VD 群では有意な相関を認める項目はなかった。MCI 群と TBI 群では CDR (0.254 , $P = 0.04$, 0.744 , $P = 0.055$) と相関がみられた。初老期/老年期発症による DUP の差異について背景疾患別に検討したが、DUP は AD 群 (初老期/老年期) = $37.1 \pm 22.1 / 23.6 \pm 17.7$ (ヶ月)、DLB 群 = $32.8 \pm 12.2 / 17.3 \pm 14.3$ (ヶ月)、FTLD 群 = $35.7 \pm 28.6 / 29.8 \pm 15.0$ (ヶ月)、MCI 群 = $12.9 \pm 11.7 / 16.7 \pm 20.5$ (ヶ月)、TBI 群 = $112.8 \pm 126.9 / 23.8 \pm 23.9$ (ヶ月) であった。以上から AD 群、DLB 群、FTLD 群、TBI 群はいずれも初老期発症例では未治療期間が長い傾向であった。以上から未治療期間には背景疾患別の様々な BPSD の影響が存在するが、初老期・老年期の発病年齢別による検討では、AD 群、DLB 群、FTLD 群、TBI 群の初老期発症例ではいずれも未治療期間が長い傾向であり、その背景には初老期ほどまだまだ正確な認知症診断や BPSD の評価が遅れがちであること今後の課題と思われた。

A. 研究目的

認知症の症状が出現してからも臨床診断が下されるまでの期間は個別性や地域性の影響が大きいと考えられてきたが、これまで認知症の発病から臨床診断を受けるまでの期間（以下認知症の DUP）について検討されたものは少ない。近年統合失調症の早期介入・早期治療で注目されている精神病の未治療期間（Duration of untreated psychosis: DUP）の概念の認知症への適応可能性を検討するため DUP と BPSD との関連性について発症年齢の影響の有無と背景疾患の影響について検討した。

B. 研究方法

研究は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとに行なった。今回のデータ選択基準として、（1）対象者は昨年の研究を継続しさらに対象期間を 2001 年 1 月 1 日～2011 年 12 月 26 日までに延長し、高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診し、認知症の精査や治療を求めて受診した者とした。

（2）評価として MMSE、NPI、ZBI を施行している者（初診後 3 カ月以内にすべてが施行されている者）。MMSE、NPI、ZBI はそれぞれに経験豊富な臨床心理士が施行した。

（3）臨床診断では DAT（診断基準）、VaD（診断基準）、DLB（診断基準）、FTLD（診断基準）、MCI（診断基準）、TBI（診断基準：ICD-10 の器質性精神疾患を満たすもの）、その他の認知症（DSM-III-R の診断基準を満たすもの）、その他の精神科疾患に分類した。調査内容は年齢、性別、教育歴、発症年齢、初診時年齢、初診時 MMSE、NPI、IADL、PSMS、ZBI、CDR、CDR 下位項目、未治療期間（認知症発症から初診までの期間）、対象者の選択は 2001. 1. 1～2011. 12. 26 に初診し高知大学認知症データベース登録された患者で初診時（3 ヶ月以内の評価）に MMSE、NPI、ZBI のすべてを施行している者 258 名を対象とした。

（倫理的配慮）

本調査研究施行に当たっては高知大学倫理委員会

での承認を得て行なった。

C. 研究結果

次年度の検討を継続し連続対象者を 258 名とした。平均 MMSE：20.6±5.3、平均発症年齢 72.4±11.5 歳、初診時年齢は 74.7±10.3 歳であった。平均未治療期間は 2.0±2.8 年で、初診時平均 NPI 得点：12.2±15.1 点、平均 ZBI 得点：20.1±16.1 であり、次年度との傾向は変わらなかった。さらに対象を AD 群 47 名、DLB 群 22 名、FTLD 群 11 名、VD 群 55 名、MCI 群 67 名、高次脳機能障害（TBI）群別で未治療期間と BPSD およびその他の要因を検討した。AD 群では未治療期間と有意な相関が MMSE（-0.65、 $P<0.001$ ）、ZBI（0.48、 $P=0.0013$ ）、CDR（0.581、 $P<0.001$ ）でみられた。DLB 群では MMSE（-0.592、 $P=0.005$ ）とのみ有意な相関がみられた。FTLD 群、VD 群では有意な相関を認める項目はなかった。MCI 群と TBI 群では CDR（0.254、 $P=0.04$ 、0.744、 $P=0.055$ ）と相関がみられた。初老期/老年期発症による DUP の差異について背景疾患別に検討したが、DUP は AD 群（初老期/老年期）=37.1±22.1/23.6±17.7（ヶ月）、DLB 群=32.8±12.2/17.3±14.3（ヶ月）、FTLD 群=35.7±28.6/29.8±15.0（ヶ月）、MCI 群=12.9±11.7/16.7±20.5（ヶ月）、TBI 群=112.8±126.9/23.8±23.9（ヶ月）であった。以上から AD 群、DLB 群、FTLD 群、TBI 群はいずれも初老期発症例では未治療期間が長い傾向であった。特に TBI 群では初老期例が平均 112 カ月（約 10 年）と超長期であった。

D. 考察

認知症の DUP について背景疾患の影響と初老期と老年期発症の別でさらに検討を加えたが、未治療期間には背景疾患別の様々な BPSD の影響が存在するが、初老期・老年期の発症年齢別による検討では、AD 群、DLB 群、FTLD 群、TBI 群の初老期発症例ではいずれも未治療期間が長い傾向であり、その背景には初老期ほどまだまだ正確な認知症診断や BPSD の評価が遅れがちであることが影響し

ており、特に TBI 群では心因性疾患と誤診されている事例が多く今後の課題と思われた。

E. 結論

最終年度の DUP に関する追加検討から初老期発症例ではいずれも未治療期間が長い傾向であり、その背景には初老期ではまだまだ正確な認知症診断や BPSD の評価が遅れがちであることが影響しており、特に TBI 群では心因性疾患と誤診されている事例が多く今後の課題と思われた。

F. 健康危険情報

本調査研究に際しては高知大学倫理委員会の承認を得た。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kae Shimazu, Shinji Shimodera, Yoshio Mino, Atsushi Nishida, Naoto Kamimura, Ken Sawada, Hirokazu Fujita, Toshi A. Furukawa, Shimpei Inoue. Family psychoeducation reduced relapses/recurrences of major depression: A randomized controlled trial. *British J Psychiatry*, 2011; 198(5): 385-90. (査読あり)
- 2) 藤田博一, 諸隈一平, 上村直人, 下寺信次, 井上新平. 8,000 名を対象とした教職員復帰サポートシステムの構築と効果判定について: 高知県での取り組み *日本社会精神医学雑誌* 第 19 巻 第 1 号 77-83(2010)
- 3) 上村直人, 惣田聡子. 認知症・精神障害が運転に及ぼす影響. *交通の百科事典* 2011:446-449, 丸善出版 大久保暁夫編集 東京.
- 4) 惣田聡子, 上村直人. 高齢者の運転. *交通の百科事典* 2011:243-246, 丸善出版 大久保暁夫編集, 東京.
- 5) 上村直人, 福島 章恵, 弘田 りさ. 高齢者・認知症と性的問題行動. *精神科* 2011;19(2), 192-197. (査読なし)

6) 上村直人, 池田学. 認知症の人の自動車運転の実態. *認知症ケア事例ジャーナル* 2011;

Vol.4-2, 151-158.

2. 学会発表

- 1) Naoto KAMIMURA, Akie FUKUSHIMA, Yuriko IMAJOU, Shinji SHIMODERA, Shimpei INOUE: Overlooked inappropriate sexual behaviors and Dementia in Japanese care system IPA Th15th Congress of International Psychogeriatric Association, 2011Sep 5-9, Hoge, Netherland.
- 2) 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 諸隈陽子, 下寺信次, 井上新平: 認知症患者の未治療期間と BPSD の関連性の検討 第 27 回日本老年精神医学会 H23.6.21-22 東京 2011
- 3) 上村直人, 福島 章恵, 諸隈 陽子, 藤田 博一, 下寺 信次, 井上 新平: 認知症患者と性的逸脱行動 —施設介護者ストレスとの関連性— 第 30 回日本社会精神医学会 H23.3.4-3.5 奈良 2011
- 4) 上村直人. 高齢者・認知症ドライバーの対する心理教育的マニュアルの作成 第 7 回運転と認知機能研究会, 2011. 11. 26 昭和大学, 東京
- 5) 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次. 認知症の未治療期間 (DUP) と BPSD の関連性の検討. 第 17 回日本精神保健・予防学会 2011.12.3-4 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Semantic dementia 例におこなった入院ルーティン化療法の検討

分担研究者 福原 竜治 愛媛大学大学院医学系研究科脳とこころの医学

研究協力者 北村伊津美 愛媛大学大学院医学系研究科脳とこころの医学

研究要旨 Semantic dementia 例では、当初、語義失語によるコミュニケーション障害や相貌認知障害などの認知機能低下が問題となる。これは、仕事ができなくなる、近所の人と付き合いづらくなるといった社会的問題の要因となるが、介護困難と結びつくことは少ない。むしろ、症状の進行に伴って、より目立つようになる脱抑制や常同行動、異食などの BPSD が、それぞれの症状が重なり合って強固なものとなることから、自宅や施設での介護が困難となる場合が見受けられる。今回、自宅や施設において介護困難となった SD 例 7 名に対し、それぞれの症状に応じたルーティン化療法を行った。問題行動を適応的に変容させるには、刺激となっているものの遮断、新たな常同行動の設定が効果的であった。

また、在宅時に問題とされた BPSD が、入院後も同じように表れるとは限らず、環境の変化によって異なった形となって出現しているケースが多く見られた。

ルーティン化療法は、全例に対してある一定の効果を得た。しかし、効果をあげるまでには、何度か組み込まれる作業やケアの方法について再考を繰り返す必要があった。また、退院後に問題が再燃するケースもみられ、退院後も丁寧なフォローが必要である。

A. 研究目的

意味性認知症 (semantic dementia ; SD) では、意味記憶障害によって起こる語義失語や被影響性の亢進、常同行動、脱抑制といった BPSD が、発症初期から認められる。症状の進行にしたがって BPSD は強くなり、次第に自宅や施設での対応が困難になることが知られている。

SD は、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease ; AD) に比べ発症率は低いものの、独特で強固な BPSD が出現することから介護者の負担は重いと考えられる。そのため、効果的な対応方法の確立は急務である。

BPSD に対する具体的な対応方法として、ルーティン化療法が効果的であることは知られているが、多数例による検討はみられない。

今回、BPSD により自宅および施設で対応困難となった複数の SD 例に対し、どのような対応方

法が効果的であったか検討することとした。

B. 研究方法

対象は、家族の介護負担増大または社会的不適応行動により愛媛大学医学部附属病院精神科または関連病院に入院した連続例のうち、SD の診断基準を満たした、63 歳から 74 歳までの 7 例とした。また、そのうち 6 例が左萎縮優位、1 例が右萎縮優位の SD 例であった。

それぞれ、入院理由、入院前後で最も問題となった BPSD の種類、また、どのようなルーティン化療法をおこなったのか、その対応について検討した。

(倫理的配慮)

本研究の遂行にあたっては、口頭で患者および患者家族に研究目的を説明し、了解を得たうえで行った。個人情報についても、完全に匿名化するなど配慮した。

症例	萎縮優位側	入院前	入院後
1	左	食行動異常(味付の異常, 甘味の多量摂取)	逸脱行為(無断外出)
2	左	不潔行為・介護抵抗(風呂に入らず抵抗)	口唇傾向
3	左	食行動異常(生肉などの摂取および隠匿)	口唇傾向(指しゃぶり)
4	左	常同行動(家とデイケア以外に行かない)	常同行動(物や場所が異なると何もできない)
5	左	逸脱行為(金融機関で騒ぐ)	食行動異常(異食, 盗食, 食器をなめ続ける)
6	左	逸脱行為(無理やり外出しようとする, 危険行為)	逸脱行為(無理やり外出しようとする)
7	右	常同行動(早朝の単語音読, 単独での山歩き)	無為・無関心(何もせず仰臥する)

表 1. 入院前後で問題となった BPSD

C. 研究結果

①入院理由

7 例中 5 名は症状の進行に伴い、家族の介護負担感が増大したことによる入院であった。ほかの 2 例は独居生活者であったが、1 名は独居困難により他院に入院するも、入院理由を解しなかったために逸脱行為が多発し、転院となった。もう 1 名は、反社会的行動のため警察に保護され、医療保護入院となったケースであった。

②問題となった BPSD

〔入院前〕

家庭や地域で問題となった行動は、食行動異常 2 名(味付の異常, 生肉などを食べるなどの異食), 逸脱行為 2 名(免許を返納したことがわからず, 何度も警察で抗議する, 金融機関でお金がおろせず何度も通って大声をあげる), 介護抵抗 1 名(風呂に入らせようとするると激しく抵抗する), 常同行動 1 名(家とデイケアにこだわり, 他の場所に行けない)であった。

いずれの行為も、周囲の人々が何とかやめさせようと努力したが、止めることができなかった。

〔入院後〕

問題となった行動は、食行動異常 3 名(指しゃぶりを続ける, 盗食や異常な食べ方の定着), 逸脱行為 2 名(無断外出, 何とか外出を試みようとする行動), 常同行動 1 名(ものや場所がいつもと異なると何もできない)であった。

これらに対して、それぞれにルーティン化療法を行った。

③ルーティン化療法の方法と結果

それぞれ、BPSD の元となっている刺激があれば除去することとした。知らないうちに職員の行動が刺激となっていることがあったが、刺激となる行動を見えないようにすることで修正することができた。

また、それまでに定着していた非適応的行動に代わって、新たに適応的な行動を構築した。例えば、無断で外出する症例については、外に対して興味が向かないよう、体操やレクリエーションなど室内でできることで 1 日のスケジュールを埋め、繰り返すことでルーティン化を試みた。また、エプロンたたみなどの作業を加え、職員を手伝うという役割を持たせた。新たな行動は、必ず同じ場所でスケジュールに沿って行うこととし、毎日、繰り返した。新たな刺激が入りにくい場合は、常同的に歩く場所の途中で眼に入るよう、関連するものを配置する、または、目の前に 1 つだけものを配置し、集中を促すようにした。

特に、強い逸脱行為がみられる症例に対しては、必ず同じ職員が対応することで信頼関係を結べるよう配慮した。

スケジュールに含まれる活動の難易度や数は、症状の重症度を考慮して決定した。さらに、できるようになったことは他職員にも伝え、情報を共有するよう努力した。

食行動異常については、喉詰りや誤嚥性肺炎などのリスクも生じるため、重要度が高いと考え、より集中してケアを行った。

当初は、激しい BPSD がみられた症例であっても、適応的な行動を獲得するとともに落ち着いて過ごせるようになった。安定的に過ごせるようになると、事前に予測していたより本人の能力が高いことに気付かれることがあり、その場合にはさらに能力にあった作業を追加した。

しかし、入院前後のいずれでも逸脱行為が問題となった症例では、決まった担当者がいなくなると何とか外に出ようとする行動は、多少緩やかになったものの消失しなかった。

右優位萎縮例については、入院前に問題となっていた行動は即座にみられなくなったものの、退院し、自宅に戻った途端に再燃し、問題となった。

D. 考察

入院前に問題となった BPSD は、食行動異常、逸脱行為などであったが、入院後に同じ症状が問題となるとは限らなかった。これは、問題の元となっていた刺激が、環境変化によって消失したと考えられる。特に、異食が問題となっていた場合は、刺激となっていた食べられそうなものが周辺にあった環境から、生活に必要な最低限のものしかない入院環境に変化するため、入院後は別の食行動異常（指しゃぶりなどの口唇傾向）など、別の問題が新たに浮き彫りとなった。

また、環境変化や刺激の除去が行われても、脱抑制や被影響性の亢進といった SD の特徴がなくなるわけではなく、新たな問題に対してさらに対応することが求められた。

それぞれの症例でみられる認知症の重症度は、様々であったが、ルーティン化療法は一定の効果をあげることができた。しかし、効果をあげるまでには、何度か組み込まれる作業やケアの方法について再考を繰り返す必要も生じた。

病棟内で役割を持たせることが有効だったのは、入院時より、会う人々に挨拶をする、調子が悪い人を発見し報告するなど、人に対する興味を保持されている例であった。「他人に認められる」という事実が、学習を促進したものと考えられる。

7 例中、入院前に問題となっていた行動が、一度消失しながら再燃したのは、1 例のみであった。

これは、入院中に、部屋の模様がえをする、刺激となったものを処分する、といった環境の再設定が家庭で積極的に行われなかったこと、本人の環境依存の程度が強かったことが影響したものと考えられた。

SD に対するルーティン化療法が成功するには、丁寧に問題点を抽出し、それぞれの特性に応じて粘り強く対応を行う必要性があった。そのため、対応する職員が正しい知識を持ち、家族や他の職員など介護者に伝える努力をする、また、あきらめずに熱心に働きかけることが重要であった。

E. 結論

SD 例に対するルーティン化療法は、ひとつは、刺激の除去、環境の再設定が重要である。次いで、本人の能力にあった適応的な行動を組み込んだスケジュールを繰り返し、場合によっては、活動内容を再考することが必要であった。

また、問題行動が強く現れる症例であるほど、介護者の知識と協力が求められた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

「初診から 8 年を経過して意味性認知症と診断された一例」坂根真弓、小森憲治郎、北村伊津美、園部直美、豊田泰孝、松本光央、福原竜治、谷向知、上野修一 第 35 回日本神経心理学会 9/15-16 宇都宮

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)
分担研究報告書

施設介護者からみた認知症高齢者の食行動異常の特徴

分担研究者 品川俊一郎 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 助教

研究要旨

認知症患者の食行動異常は、入院や通所などの施設介護において大きな問題となる。様々な要因の影響が考えられるが、現在までその頻度やその種類、原因疾患や背景因子との関連を調査した報告は少ない。施設介護において、認知症患者の介護者からみた食行動異常の頻度と種類を調べ、原因疾患や認知機能、精神症状などの背景因子との関連も調べることを目的とした。

一定時期に3つの認知症病棟入院中、2つの認知症デイケア通所中の患者を対象とした。文献や事前調査から頻度が多く、介護者が対処に困難なものを24項目を抽出し、患者を直接担当する看護師が情報を包括的に収集した。原因疾患、年齢、性別、教育歴、MMSE (Mini-Mental State Examination)、CDR (Clinical Dementia Rating)、精神症状、BMI (Body Mass Index)、使用薬剤、身体合併症も聴取した。

対象は208例で入院患者が74%を占め、平均年齢は78.4歳、女性が62%、平均MMSE10.3、CDRは2が25%、3が46%であった。診断はアルツハイマー病(AD)が46%、脳血管認知症(VaD)が33%、前頭側頭葉変性症(FTLD)が8%であった。

食行動異常の頻度では「咳むせ込み」、「食物嚥下困難」、「水分嚥下困難」、「長時間かかる」の頻度が高く、「水分摂取」、「食べすぎ」、「同じ順序」の頻度は低かった。一方で負担度は順序が異なり、「口にいけない」は頻度が低いが負担度が高かった。重症で認知機能が低下した患者と、興奮や無為がある患者で食行動異常が出現しやすかった。原因疾患では、FTLDはADやVDより「甘いもの」、「食べ物探す」、「同じ物」、「マナー悪化」、「詰め込みすぎ」の項目の頻度が高かった。重症度が高いほど「咳むせこみ」、「吐き出す」、「濃い味」、「溜め込み」、「食欲変動」、「食べ過ぎ」、「マナー悪化」の項目の頻度が高かった。

因子分析を行った結果4因子が得られ、その後のロジスティック回帰分析では因子1(がつつき)では無為が有意に影響し、因子2(嚥下の問題)ではBMI、MMSE、妄想が有意に影響していた。因子3(食欲の問題)では無為が有意に影響し、因子4(こだわり)ではMMSEで有意差を認めた。

施設利用している認知症高齢者の食行動異常は様々な原因疾患の認知症で出現し、大きく4因子に分類して考えることができ、このような類型化は有用である。無為や認知機能の低下が食行動異常の出現に大きく関与する。

A. 研究目的

認知症患者における食行動異常は、入院や通院などの施設ケアにおいて介護者を悩まし身体合併

症の原因ともなる症状である。認知症の原因疾患、認知機能障害の程度、認知症の重症度、精神症状、身体因などの影響が考えられるが、現在まで認知

症患者の食行動異常の頻度とその種類、原因疾患や背景因子との関連を調査した報告は少ない。そのため入院病棟および外来デイケアにおける認知症患者の食行動異常の頻度とその種類を調べ、また原因疾患や認知機能、精神症状などの背景因子との関連を調べることを目的とした。

B. 研究方法

2つの精神科病院の認知症病棟入院中の患者、1つのリハビリテーション病院に入院中の認知症患者、2つの精神科病院附属の重度認知症デイケア通所中の患者を対象とした。各病院一定時期に入院中・通所中の全患者を対象とした。

患者を直接担当している看護師が観察式調査票を記入し、患者の食行動異常の情報を包括的に聴取した。食行動異常に関しては過去の文献や事前調査から頻度が多く、介護者が対処に困難なもの全24項目を抽出し情報を包括的に収集した。

患者の認知症原因疾患、年齢、性別、MMSE (Mini-Mental State Examination)、CDR (Clinical Dementia Rating)、精神症状の有無と種類、BMI (Body Mass Index)、使用薬剤などの背景因子を調べ、それらとの関連を調査した。

(倫理面への配慮)

本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行われた。本研究に際し、匿名性の保持および個人情報の流出には十分に配慮した。

C. 研究結果

対象は208例で入院患者が74%を占めた。平均年齢は78.4歳、男女比は女性が62%、平均MMSE10.3点、CDRは2が25%、3が46%と比較的重症例が多い。診断はアルツハイマー病(AD)が46%、脳血管認知症(VaD)が33%、前頭側頭葉変性症(FTLD)が8%であった。

1) 食行動異常の頻度としては「咳むせ込み」、「食物嚥下困難」、「水分嚥下困難」、「長時間かかる」といった項目の頻度が高く、「水分摂取」、「食べすぎ」、「同じ順序」といった項目の頻度は低かった。

一方で負担度は順序が異なり、「口にいけない」は頻度が低い負担度が高かった。

2) 重症で認知機能が低下した患者と、興奮や無為がある患者で食行動異常が出現しやすかった。興奮があると「食物の嚥下困難」「マナーの悪化」、「長時間かかる」が出現しやすく、無為があると「咳やむせ込み」、「ずっと嘔む」、「食欲の変動」、「濃い味」、「溜め込み」、「食欲変動」、「同じ順序」、「長時間」の項目が出現しやすい。

3) 診断別の比較では、FTLDはADやVDより「甘いもの」、「食べ物探す」、「同じ物」、「マナー悪化」、「詰め込みすぎ」の項目の頻度が高かった。

4) 重症度の比較では「咳むせ込み」、「吐き出す」、「濃い味」、「溜め込み」、「食欲変動」、「食べ過ぎ」、「マナー悪化」の項目で重症度が高いほど頻度が高かった。

5) 食行動異常の因子分析を行った結果4因子が得られた。因子1(がつつき)の有無で有意差がみられた項目でロジスティック回帰分析を行うと、無為のみが有意に影響していた。因子2(嚥下の問題)の有無で有意差がみられた項目でロジスティック回帰分析を行うと、BMI、MMSE、妄想が有意に影響していた。因子3(食欲の問題)の有無で有意差がみられた項目でロジスティック回帰分析を行うと、無為が有意に影響していた。因子4(こだわり)ではMMSEでのみ有意差が認められた。

D. 考察

食行動異常の種類は多岐にわたり、嚥下の問題は頻度が高いが、頻度が低くても介護者が対応に困難な症状も存在する。重症度や診断などによって出現する食行動異常は異なり、様々な因子が各々の食行動異常に関与していた。因子分析では4つの因子が抽出され、このような類型化が有用であると考えられた。

E. 結論

施設利用している認知症高齢者の食行動異常は様々な原因疾患の認知症で出現し、大きく4因子に分類して考えることができる。無為や認知機能の

低下が食行動異常の出現に大きく関与する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

品川俊一郎, 稲村圭亮. 認知症にみられる食行動
と性行動の異常. 脳とこころのプライマリ・ケア
第 7 巻食事と性. 株式会社シナジー出版. 東京.
2011. 196-208.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)

分担研究報告書

疾患別、精神症状別の介護負担に関する研究
かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ：

英国の National Dementia Strategy に着目して

～概要及び課題～

分担研究者 荒井 由美子

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 研究所 長寿政策科学研究部 部長

研究要旨

わが国では、認知症の発症初期の段階からの、かかりつけ医の役割について、その重要性が認識されつつある。わが国と同様に、英国においても、かかりつけ医の役割が重要視されているが、それに至るまでの間には、徹底した実態の把握が図られ、厳しい現状が明らかにされた経緯がある。現在は、認知症に特化した政策の策定により、かかりつけ医の役割強化を図るための試行が進められている。

そこで本研究は、英国における認知症に関する政策に着目した、「かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ」による研究を実施することにより、かかりつけ医の資質向上に資する有用な知見を呈し、以て、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与することを目的とした。

本研究は、1)英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の策定の背景、2) National Dementia Strategy の概要及び課題、の2つの観点から実施するものであり、本年度は、第2の観点について、特に、英国において、患者が最初に受診する General Practitioners (以下、GP) に着目し、関連する公文書及び調査結果のレビューを実施した。

本研究の結果、National Dementia Strategy(2009)の概要として、1) National Dementia Strategy 自体は、壮大な理念から成る「枠組み」を示すものであり、2) 3つの目的及び、17の目標から構成されていること、また、3) 全面試行が5年であることに対して、4) 極めて理想的なアウトカムが示されていることが明らかとなった。また、5) National Dementia Strategy の理念の実現において、GP が相当の役割を有していることが確認された。なお、1) 関連主体間における信頼関係及び連携の欠如、2) 形式の先行、3) トレーニング・プログラム開発の遅滞といった課題も考察された。本研究を通じて明らかとなった、National Dementia Strategy の理念は、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対しても、その軽減に寄与すべく有用な知見であるものと思われる。

A. 研究目的

わが国では、「認知症対策等総合支援事業の実施について(平成18年5月30日 老発053002 各都道府県知事・各指定都市市長宛：厚生労働省老健局長通知)」に示されている通り、「認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である」としている。その別添1「認知症地域医療支援事業実施要綱」の第二において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が示されており、専門医のみならず、かかりつけ医の役割が重視されている。

しかしながら、研究代表者(熊本大学大学院池田学教授)が昨年度より、認知症対策総合研究推進事業に基づき開始した「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」の趣旨が示す通り、かかりつけ医の役割強化については、その重要性が、ようやく認識されつつある段階にあるものと思われる。

わが国と同様に、英国においても、認知症の発症初期の段階からの、かかりつけ医の役割が重要視されている。しかし、そのような認識に至るまでの間には、認知症の早期診断における、かかりつけ医の役割について、徹底した調査による、実態の把握が図られ、厳しい現状が明らかにされた経緯がある。2009年には、認知症に特化した政策が策定され、現在、関連制度の整備とともに、かかりつけ医の役割強化に係る試行が進められている。

そこで本研究は、英国における認知症に関する政策に着目した、「かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ」による研究を実施することにより、かかりつけ医の資質向上に資する有用な知見を呈し、以て、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、以下の2つの観点から実施するものであり、本年度は、「第2の観点」について実施した。

●第1の観点〔以下、1〕

英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy¹⁾)の策定の背景(昨年度実施事項)

●第2の観点〔以下、2〕

National Dementia Strategyの概要及び課題(本年度実施事項)

以下、各観点別に研究の方法を示す。

1) 英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の策定の背景(昨年度実施事項)：

当該観点は、英国におけるNational Dementia Strategyについて、策定の背景となった調査結果等のレビューを実施するものであり、昨年度に実施した事項である。よって、詳細は、昨年度報告書を参照されたい。

2) National Dementia Strategyの概要及び課題(本年度実施事項)：

当該観点については、National Dementia Strategyについて、概要を示す公文書及び関連調査のレビューを実施するものであり、課題を考察するものである。なお、研究目的で示した通り、英国において、認知症患者が最初に受診する「かかりつけ医」(General Practitioners：以下、GP)に着目してレビューを実施した。

具体的な方法としては、英国政府・関係省庁刊行物及び民間組織の発行する文書を含めた文献調査を実施した。また、関連する先行研究についてもレビューを実施した。なお、民間組織の対象範囲については、昨年度の研究同様、研究上の質を確保するためにも、①英国厚生省が関連主体として認める組織及び、②consultation document²⁾に対し、公式に意見を提示した主体に限り、文献調査の対象とした。

(倫理面への配慮)

当研究は、文献調査を実施するものであり、当該事項には該当しないが、調査に用いた文献は、「英国政府・関係省庁刊行物」若しくは「英国のDepartment of Health が関連主体として認める民間組織」、又は「consultation document²⁾に対し、公式に意見を提示した主体」とする等の配慮を行った。

C. 研究結果

本年度は、第2の観点である「英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の概要及び課題」に係るレビューを実施した。以下、主な結果を示す。なお、National Dementia Strategyの策定までの背景(第1の観点)については、昨年度の分担研究報告書を参照されたい。

英国の National Dementia Strategy の概要：

National Dementia Strategy は、関係機関による当時の現状認識及び徹底した課題究明の実施を背景とし、英国(以下、Englandを指す)のDepartment of Healthにより、2009年2月に発効された。以下、その概要を示す。

1)目的

National Dementia Strategy は、英国の認知症に係る医療、ケアサービスの質向上を企図した「枠組み」を示すものであって、具体的な行動手引きや、指針の類ではない〔現行の臨床指針は、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)及び、Social Care Institute for Excellence (SCIE)によるガイドライン³⁾が、その役割を担っている〕¹⁾。National Dementia Strategyでは、以下の3つのテーマについて、その向上を図ることが目的とされている。

1. improved awareness
2. earlier diagnosis and intervention
3. a higher quality of care

2)構成

National Dementia Strategy は、上述の3つの目的を達成するために設定された、以下の17の目標によって構成されている¹⁾。

- Objective 1:
 - ・ Improving public and professional awareness and understanding of dementia.
- Objective 2:
 - ・ Good-quality early diagnosis and intervention for all.
- Objective 3:
 - ・ Good-quality information for those with diagnosed dementia and their carers.
- Objective 4:
 - ・ Enabling easy access to care, support and advice following diagnosis.
- Objective 5:
 - ・ Development of structured peer support and learning networks.
- Objective 6:
 - ・ Improved community personal support services.
- Objective 7:
 - ・ Implementing the Carers' Strategy.
- Objective 8:
 - ・ Improved quality of care for people with dementia in general hospitals.
- Objective 9:
 - ・ Improved intermediate care for people with dementia.
- Objective 10:
 - ・ Considering the potential for housing support, housing-related services and telecare to support people with dementia and their carers.
- Objective 11:
 - ・ Living well with dementia in care homes.
- Objective 12:
 - ・ Improved end of life care for people with dementia.
- Objective 13:
 - ・ An informed and effective workforce for people with dementia.
- Objective 14:
 - ・ A joint commissioning strategy for dementia.
- Objective 15:
 - ・ Improved assessment and regulation of health and care services and of how systems are working for people with dementia and their carers.
- Objective 16:
 - ・ A clear picture of research evidence and needs.
- Objective 17:
 - ・ Effective national and regional support for implementation of the Strategy.

17 の目標について、全て一貫した構成は採用されていないが、概して、Department of Health が採るべく方向性が示されており、それに伴い、関係主体が取り組むべき大枠の事項が記述されている。全体として、いわゆる「理念的事項」が併記されている構成となっている。

3) 試行プロセス

上述した通り、National Dementia Strategy 自体は、「理念的枠組み」を示すものであることから、各々17 の目標の達成を企図した試行プロセスは、別途、Implementation plan⁴⁾において示されている。Implementation plan では、各々17 の目標について、「行動内容（以下を参照）」及び、その「達成期日」が設定されている。なお、これらは全て、National Dementia Strategy が発効された2009年から5年以内とされている⁴⁾。つまり、2014年には、全17の目標が完全試行となる形式が採られている。

4) アウトカム

上記 Implementation plan の内容を補足する形で、National Dementia Strategy のアウトカムについても、別途、示されている⁵⁾。ここで示されているアウトカムは、National Dementia Strategy の導入そのものにより達成される事項ということではなく、その他の関連する制度や、関連機関が発効するガイドラインや指針等を全て統合した場合に想定されるアウトカムとして示されている⁵⁾。よって、当該アウトカムは、あくまで「ドラフト」であることが強調されている。しかし、ドラフトとは云え、2014年までの達成事項としては、極めて理想的であると云わざるを得ないアウトカムが描かれている（以下を参照）。

Draft synthesis of outcomes desired by people with dementia and their carers⁵⁾

By 2014, all people living with dementia in England should be able to say:

1. I was diagnosed early.(Objective 1,2)
2. I understand, so I make good decisions and provide for future decision making.

(Objective 3,4,5)

3. I get the treatment and support which are best for my dementia, and my life. (Objective 2,6,8,9,10,11,13,*)
4. I am treated with dignity and respect. (Objective 1,13)
5. I know what I can do to help myself and who else can help me. (Objective 3,4,5,6,13)
6. Those around me and looking after me are well supported. (Objective 3,4,5,7)
7. I can enjoy life. (Objective 1,4,5,6)
8. I feel part of a community and I'm inspired to give something back. (Objective 1,5,16)
9. I am confident my end of life wishes will be respected. I can expect a good death. (Objective 12,13)

(注)

- ・ 上記1～9の番号は、便宜上、当方にて付記したものである。
- ・ 確固内の Objective は、National Dementia Strategy の17の目標に相当している。
- ・ アウトカム3の「*」については、引用文献において誤植と思われる番号が付記されていた箇所である。

5) National Dementia Strategy における GP の役割

上述のアウトカムは、「理想的」とは云え、全て National Dementia Strategy に現存する17の目標に結び付けられている⁵⁾（上述のアウトカムの確固内を参照されたい）。たとえば、アウトカム1であれば、National Dementia Strategy の Objective 1 及び2が相当している。

このような観点から、GP の役割を鑑みた場合、以下の事項が云える。

まず、National Dementia Strategy において、GP に関連する記述が見られた Objective は、1,2,11,13 であった。これを、上記アウトカムと照合させた場合、アウトカム2及び6を除く「全て」に対応していることが判る。つまり、National Dementia Strategy において、GP は、相当の役割を有していることが明らかと云えよう。

D. 考察

上述の通り、National Dementia Strategy において、GP は、相当の役割を担うことが期待されている。しかし、「理念的枠組み」で以て、2014年までに「理想的アウトカム」を達成することは、決して容易ではないことが想像される。そこで、以下では、GP に対する実際のアプローチに着目し、National Dementia Strategy が有する課題について考察する。

National Dementia Strategy の課題：

1)GP への役割重点化に係る反対：関連主体間における信頼関係及び連携の欠如

National Dementia Strategy の Objective13 は、認知症に関わる医療、ケア・サービスに関わりを有する全ての職員に対し、知識レベルの底上げが必要であるとしている。決して、GP だけに限り、役割を重点化するものではない。しかし、早期診断の実現が National Dementia Strategy の目的とされている以上、ゲートウェイ的存在である GP の役割は、より重視されていると云わざるを得ない。

この点において、2014年の全面施行を前に、GP の側から未だに根強い反対がある。2011年7月に示された、House of Commons の All-Party Parliamentary Group on Dementia⁶⁾では、GP に対して、現行以上に認知症に係るトレーニングを課すことは、問題解決にはならないとする一連の発言があったことを記述している。発言の趣旨は、重視されるべきは、GP が認知症の早期診断の一端を担う能力を養うことではなく、診断した後の医療、ケア・サービスの充実であるとするものだ⁶⁾。GP が診断をためらう理由として、GP が早期診断をできるよう努力したとしても、適切な専門医療、ケア・サービスを紹介する自信が無いといった見解が背景にある。よって、改善されるべくは、GP が繋ぐ「先」であり、GP の役割重点化を企図する現行の方針を疑問視するといった主張である。2014年の全面施行を前に、こういった論点が出されていることは、関連主体間での信

頼関係や連携が図られていないことが示唆されるものと思われる。

2)形式の先行

これらの反対の声がある一方で、既に形式は整いつつある。

先の House of Commons⁶⁾での議論と時を同じくして、2011年7月に、Dementia Commissioning Pack⁷⁻⁹⁾が示された。これは、National Dementia Strategy の目的を実現することを企図した一連の様式 (specification, templates 等)を提供するものである⁷⁻⁹⁾。これらの様式は、主として commissioner が使用することを目的として作成されており、commissioner 側の裁量に委ねられてはいるが、かなり個別具体的な様式が例示されている。たとえば、認知症と思われる患者が公式な診断を得るまでに、GP を含めた関連主体間において、どの程度の日数で対応されるかを可視化するような様式が示されている⁹⁾。また、年次別の認知症診断数についても、数値目標の設定が推奨されている⁹⁾。

National Dementia Strategy 自体は、理念的枠組みであるが、理想的なアウトカムを実現するためにも、具体的な数値をベースとする形式を整えることを、先んじて打ち出したものと思われる。これにより、専門医や他の関連主体をはじめ、GP についても、確固たる役割を担うことは、避けられない段階にあることは明確である。しかし、関連主体間における信頼関係の構築や連携無しには、commissioner がいくら数値目標を定めたとしても、その実現は、決して容易ではないことが推測される。

3) トレーニング・プログラム開発の遅滞

GP が上述のような一連の形式に沿うためには、それなりの技術が要求されることは間違いない。

しかし、現時点において、GP に対する然るべきトレーニングの義務付けは為されておらず、それ以前の問題として、どのようなトレーニングが為されるべきかについて、方針が定まっていない

のが現実である。

現在、英国においては、Royal College of General Practitioners による e-learning や、他の機関、大学院等における、公式あるいは非公式のトレーニング・プログラムが複数、存在していることが確認されている¹⁰⁾。しかし、これらは、各々の焦点とするところが様々であることから、内容が異なることに加え、質も一定していないとの報告がある¹⁰⁻¹¹⁾。この報告のような、現状把握を実施すること自体は、National Dementia Strategy の Implementation plan において定められている「行動内容」である⁴⁾。しかし、一定していないとされる現状を把握した後、それを、いつまでに、どう平準化させていくのかについては、道筋が示されていない。

また、学術的成果の総括についても、十分に為されているとは言い難い現状と云える。National Dementia Strategy の策定に先んじて、既に英国においては、Iliffe 等を中心とする、プログラム開発に係る複数の研究報告が存在している（主な研究としては、引用文献 12 及び 13 を参照されたい）。また、現在は、大規模な実証研究 (EVIDEM)¹⁴⁾ も進められている。これらの研究成果が、どの程度エビデンスとして活かされるのかについては、結果に依拠するところが大きいものと思われる。しかし、そもそも、国レベルでの方針や道筋が定まっていない以上、総括の仕様が無いというのが現実ではないかと考えられる。

E. 結論

本研究は、認知症患者の介護者の介護負担の軽減に資するべく、重要な役割を有する「かかりつけ医(GP)」に着目し、わが国への有用な知見を得るために、「英国における認知症に関する政策 (National Dementia Strategy)」の策定の背景(昨年度実施)及び、概要及び課題を明らかにすること(今年度実施)を目的として実施した。

National Dementia Strategy 自体は、壮大な理念を示すものであるが、その理想とするアウト

カムの実現においては、GP を含む多様な主体による現実的な関わりの下に、極めて地道な段階を踏む必要があることが示唆された。

The National Dementia strategy is a reminder of the importance of dementia, the imperative to raise awareness about the needs of carers, (中略). It is not about drugs, screening, or buildings. It is about people and their carers.

(Burns A, BMJ 338:b931; 2009)¹⁵⁾ .

National Dementia Strategy が理念とするところは、まさに、上記の引用に帰結するのであって、その理念は、わが国においても、認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与すべく有用な知見であるものと思われる。

研究協力者 水野洋子 (独立行政法人国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部 流動研究員)

引用文献 :

1) Department of Health. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_094051.pdf. 2009 (最終アクセス日 : 2012 年 1 月 30 日)

2) Department of Health. Transforming the quality of dementia care: consultation on a National Dementia Strategy. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_085567.pdf. 2008 (最終アクセス日 : 2012 年 1 月 30 日)

3) NICE/SCIE (2011). Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care (amended March 2011). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>. 2011 (最終アクセス日 : 2012 年 1 月 30 日)

4) Department of Health. Living well with

dementia: a national dementia strategy: implementation plan.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_103136.pdf. 2009 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

5) Department of Health. Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_119828.pdf. 2010 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

6) House of Commons: All-Party Parliamentary Group on Dementia. The £20 billion question: an inquiry into improving lives through cost-effective dementia services.

<http://www.insidehousing.co.uk/Journals/1/Files/2011/7/12/Dementia.pdf>. 2011(最終アクセス日: 2012年1月30日)

7) Department of Health. Handbook: using the Dementia Commissioning Pack.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_128583.pdf. 2011 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

8) Department of Health. Case for change: memory service for people with dementia: Evidence.

<http://www.transitionalliance.co.uk/phocadownload/DCP/case-for-change-community-based-services.pdf>. 2011 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

9) Department of Health. Service specification for dementia: memory service for early diagnosis and intervention.

http://www.southwestdementiapartnership.org.uk/dcp-cd/dcp_docs/service-specification-memory-service.pdf. 2011 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

10) Care First Ltd and Skills for Care and Skills for Health. Working to support the implementation of the National Dementia Strategy Project: mapping existing accredited education/training and gap analysis report.

<http://www.skillsforhealth.org.uk/component/do>

[cman/doc_download/1467-dementia-workforce-mapping-analysis-report.html](http://www.skillsforhealth.org.uk/about-us/resource-library/doc_download/1467-dementia-workforce-mapping-analysis-report.html).

(最終アクセス日: 2012年1月30日)

11) Care First Ltd and Skills for Care and Skills for Health. Working to support the implementation of the National Dementia Strategy Project: scoping study report.

http://www.skillsforhealth.org.uk/about-us/resource-library/doc_download/1468-dementia-workforce-mapping.html. 2010 (最終アクセス日: 2012年1月30日)

12) Turner S., et al. Decision support software for dementia diagnosis and management in primary care: relevance and potential. *Aging & Mental Health* 2003; 7(1):28-33.

13) Downs M., et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* 332:692-695; 2006.

14) EVIDEM. <http://www.evidem.org.uk/>.

(最終アクセス日: 2012年1月30日)

15) Burns A. The National Dementia strategy in England: a “smorgasbord” of evidence, economics, and obligation. *BMJ* 2009; 338:b931.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

(*を付記した論文は、荒井が Corresponding authorである。)

Arai Y*, Zarit SH. Exploring strategies to Alleviate Caregiver Burden: The Effects of the National Long-term Care Insurance Scheme in Japan. *Psychogeriatrics* 2011; 11(3): 183-189.

Arai A, Mizuno Y, Arai Y*. Implementation of municipal mobility support services for older people who have stopped driving in Japan.

Public Health 2011; 125(11): 799-805.

Mizuno Y, Kumamoto K, Arai A, Arai Y*. Mobility support for older people with dementia in Japan: financial resources are an issue but not the deciding factor for municipalities. J Am Geriatr Soc 2011; 59(12): 2388-2390.

Arai Y*, Kumamoto K, Mizuno Y, Arai A. The general public's concern about developing dementia and related factors in Japan. Int J Geriatr Psychiatry (in press).

Washio M, Arai Y, Oura A, Miyabayashi I, Onimaru M, Mori M. Family caregiver burden and the public long-term care insurance system in Japan. IMJ (in press).

Washio M, Yoshida H, Ura N, Ohnishi H, Sakauchi F, Arai Y, Mori M, Shimamoto K. Burden among family caregivers of patients on chronic hemodialysis in Northern Japan. IMJ (in press).

Toyoshima Y, Washio M, Ishibashi Y, Onizuka J, Miyabayashi I, Arai Y. Burden among family caregivers of the psychiatric patients with visiting nursing services in Japan. IMJ (in press).

荒井由美子*. Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI). 日本臨床 2011 ; 69(8) : 459-463.

荒井由美子*. 認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方. 月刊福祉 2011 ; 2 : 44 - 45.

荒井由美子*, 水野洋子. 認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル. 公衆衛生 2011 ; 75(4) : 310-312.

工藤啓, 佐々木裕子, 荒井由美子. 加美町第二期健康日本 21 地方計画策定について. 公衆衛生情報みやぎ 2011 ; 412 : 4-7.

工藤啓, 佐々木裕子, 荒井由美子. 管理職としての保健師の組織運営・管理論とは. 保健師ジャーナル 2011 ; 67(6) : 476-480.

水野洋子, 荒井由美子*. 認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための「介護者支援マニュアル」の概要及び社会支援の現況. Geriatric Medicine (印刷中) .

2. 学会発表

《招待講演》

Arai Y. Knowledge and attitude towards dementia among the general public in Japan (Symposium). The 3rd World Congress of Asian Psychiatry (WCAP 2011), 2011 July 31-August 4 (Presentation: August 1), Melbourne, Australia.

Arai Y. The impact of downloadable information on dementia and driving, which targets family caregivers and professionals in municipalities (Symposium). The 15th Congress of International Psychogeriatric Association (IPA), 2011 September 6-9 (Presentation: September 9), The Hague, Netherlands.

荒井由美子. 認知症患者の自動車運転：家族の介護負担と社会支援. (特別講演). 第 11 回介護保険に関する懇話会, 2011 年 3 月 5 日, 愛知県豊田市.

荒井由美子. 介護負担および介護者支援マニュアル作成：認知症と自動車運転. (特別講演). 第 19 回山陰認知症ケア研究会, 2011 年 6 月 4 日,