

8. Dos Santos Kawata SHK, Hashimoto R, Nishio Y, et al. A validation Study of the Japanese Version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2012; 2: 29-37.
9. Squire LR, Zola-Morgan S. The neuropsychology of memory: new links between humans and experimental animals. *Ann N Y Acad Sci* 1985; 444: 137-49.
10. Hirono N, Mori E, Ishii K, et al. Hypofunction in the posterior cingulate gyrus correlates with disorientation for time and place in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 552-4.
11. 森 悦朗. 前頭葉の神経心理学と行動神経学. *神研の進歩* 2005; 49: 608-17.
12. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011; 76: 1006-14.
13. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
14. 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆, ほか. 日本語版 Neuropsychiatric Inventory —痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. *脳と神経* 1997; 49: 266-71.
15. Mori E, Shimomura T, Fujimori M, et al. Visuoperceptual impairment in dementia with Lewy bodies. *Arch Neurol* 2000; 57: 489-93.
16. Uchiyama M, Nishio Y, Yokoi K, et al. Pareidolias: complex visual illusions in dementia with Lewy bodies. *Brain* 2012; 135(Pt 8): 2458-69.
17. Nagahama Y, Okina T, Suzuki N, et al. Neural correlates of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Brain* 2010; 133: 557-67.
18. Shimomura T, Mori E. Obstinate imitation behaviour in differentiation of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease. *Lancet* 1998; 352: 623-4.

認知機能と脳画像（総論） —各高次脳機能の神経基盤について

認知機能と大脳

認知機能は、運動機能や感覚機能とともに、大脳の働きによって各人に存在している。それぞれの認知機能は、大脳の中に固有の基盤を持つため「局在している」と表現される。その概要を表1に示す¹⁾。

これらの神経基盤は、従来から損傷例の研究で明らかになってきた。すなわち、外傷や

脳血管障害の患者を診察し、CT (computed tomography: コンピュータ断層撮影法) やMRI (magnetic resonance imaging: 磁気共鳴画像) などの画像検査結果と照合することで、その患者に認められた症候の責任病巣が同定されてきた。その後、形態のみならず機能も測定できるfMRI (functional MRI) などの登場で、健常者を対象としても認知機能の神経基盤が推定可能になった。

さらに、変性性認知症性疾患に対する理解の進展により、詳細な症候の解明や鑑別診断が行

2. 通所サービスやリハビリテーションに関する説明

谷向知

Point

認知症の理解についての啓発活動や介護保険サービスの普及、アルツハイマー病の治療薬選択肢が増えたことにより、認知症の治療やケアへの関心が高まっている。また、これまでの「治療」という用語から、近年は「対応」という言葉を耳にすることが多くなった。さらに、「認知症になっても安心して暮らせる」という取り組みが行われている。このことは、認知症には医療だけでなく家族、福祉、保健といったあらゆる方面からの支援が必要であることを意味する。認知症本人が在宅生活をできるかぎり長く継続していくためには、社会福祉資源の活用は必須であり、なかでも通所サービスは施設入所のリスクを 1/5 に下げるというエビデンスがある。長く自宅で住み続けることを望むのであれば、通所サービスを利用している人の方が、実際には在宅生活をより長く続けられているという事実を図で示すことによって理解が進む場合がある。

リハビリテーションは廃用症候群の予防には少なからず効果を示すが、どのようなアプローチを行うかではなく、個々人が各アプローチを行うことで「楽しい」と感じられた時にその効果が最大限に引き出されると考えられるため、拘り定規式に介入プログラムを考えるのではなく、本人に適して楽しめるリハビリテーションの提供を検討することが重要である。

はじめに

我が国において、2011年にアルツハイマー型認知症の治療薬が3剤加わったことを契機に、認知症についての普及・啓発が活発に行われるようになってきている。また同年、National Institute on Aging Alzheimer's disease Associationにより、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease: AD) および認知症の診断基準の見直しが発表された¹⁾。従来の診断基準と異

なる点は、認知症ではまず記憶障害ありきであったものが実行機能障害や視空間認知機能障害、失語、人格・態度の変化と同列の症状の一つになった点と、認知機能低下よりも上位の項目として社会や日常生活の支障を来した状態であることが示され、認知症が生活障害であることがより鮮明に強調されるようになったことが挙げられる。

また、2010年に日本神経学会が監修した認知症疾患治療ガイドライン2010では、認知症治

療において、医学的アプローチ、ケアアプローチ、リハビリテーションの3つが挙げられ、特に薬物療法を開始する前に、適切なケアやリハビリテーションの介入を考慮しなければならない、と記載されている²⁾。しかし、非薬物療法やケア的アプローチを推奨するにたるエビデンスレベルは、薬物療法に比べ決して高くはない。

本稿では、個々のケアアプローチやリハビリテーションの有用性についてのエビデンスの理解を深めるのではなく、実際の診療において、どのように社会福祉資源の活用を認知症の人と家族、介護専門職に提案しているかについて記載したい。

1 通所サービス利用

介護保険サービスが2000年に開始された。開始当初は、「福祉の世話になるなんて…」と敬遠する家族も少なくはなかったが、最近では普及啓発と現場で働く介護専門職の認知症の理解と対応力の向上の結果、介護保険によるサービス利用を拒む家族は随分と少なくなった印象を受ける。その一方で、「まだ、我々家族だけで見られるので大丈夫です」とサービス利用を頑なに拒む家族がいるのも事実である。また、介護保険の申請を行い要介護・支援認定は受けているのに、第一歩が踏み出せないケースも多くみられる。

1. 何を説明するか

AD、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia:FTD) など多くの認知症は、薬物療法を行ったとしても緩徐に進行していく。認知症の経過は長いために、「いま」できるからということだけではなく、「これから先」のことを視野に入れながらの介護体制を考えることが大切である。また、家で過ごしたいという本人の願いを実現するためには、家族の方が「ゆとり」をもって介護という長期戦に臨む

ことが重要である。さらに、社会資源を活用したとしても、介護を行う主体は家族であることにかわりはなく、サービス利用の是非ではなく、サービス利用を通じて家族がどういう気持ちで本人と向き合い接していくのかを考える必要がある。以上の内容を、認知症の種類、重症度、家族の疲弊の様子をみながら段階的に行っていく。

認知症の多くの人は、自宅で長く生活することを願っている。そこで、介護保険の申請に躊躇している家族には、表1で示される結果について説明する。つまり、認知症が重度になるに従って在宅を続けていくことが困難になること、逆に通所サービスを利用している場合には施設入所のリスクを1/5に下げる効果があることについて説明する³⁾。家族は通所サービスの利用の準備を整えているが、本人が頑なに家を離れることを嫌がる場合、軽度の認知症の人には、通所サービスを利用している人としいない人とは、通所サービスを利用している人の方がはるかに家で生活し続けることができているか³⁾を、図を交えて視覚的に訴えかけると、その場では納得される方は多い。

表1 在宅介護の継続を困難にする要因

予測因子	ハザード比
初診時年齢	1.0
性別	1.2
重症度	2.7*
主介護者の同居	2.9
介護介助者	0.4*
デイケア(通所サービス)	0.2*
ショートステイ	2.5*
訪問サービス	1.1
介護手当	1.6

*p<0.05

通所サービスを利用すると、施設入所のリスクは1/5に下がる。

(文献3より)

2. 通所サービスやリハビリテーションに関する説明

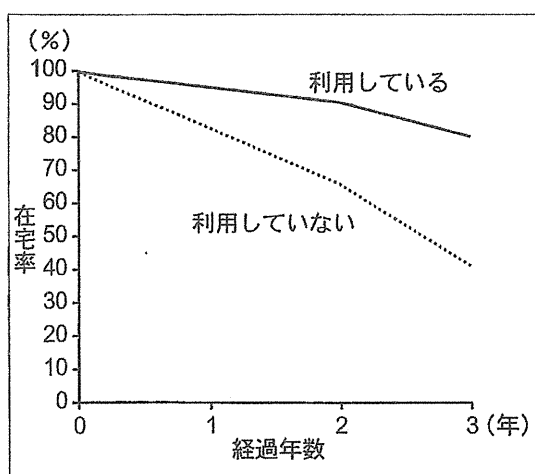


図 通所サービスの利用の有無による施設入所のちがい

軽度の認知症の人には、視覚的に訴えかけて説明をすると納得される場合が多い。

(文献3より)

2. どのように通所サービスを計画(開始)するか?

通所サービスを計画(開始)するに当たっては、家族の仕事や健康状態などの事情に配慮することも重要だが、認知症の疾患と重症度によってきちんとしたサービス利用の計画を立てることが大切である。

例えば、軽度のADの場合には本人が少しずつ時間をかけて雰囲気慣れていただく、不快な思いは記憶に残りやすいために通所サービスを受ける側のスタッフも配慮しながら対応を検討していくという意味で、1~2回/週の利用から開始するのがよい。特にこの時期には残存機能が高いので、事前に本人が得意とすることなどの情報を施設側に伝え、何かスタッフや他の利用者の手伝いをしている(役に立っている)と感じられる役割を提供することが大切である。中等度以降になると近時記憶障害が著しいため、通所サービスから帰宅した時に、何をしたか憶えていないばかりか、通所していたことすら忘れてしまっていることも少なくない。この時期のサービス導入に当たっては、2~3回/週の利用から開始するのがよいと考える。ケ

アプランを立てる際、「少しずつ慣れていっていただきますよ」とまことしやかに言われることがあるが、通所したことを忘れている中等度以降のADの場合、「少しずつ」慣れていくのは家族とスタッフだけであって、利用の間隔が開くことで本人は毎回リセットされた状態で通所するため、かえって本人はなかなかなじめないことがある。

FTDや意味性認知症では常同行動、時刻表的行動がみられるため⁴⁾、早期から通所サービスを利用する習慣をつけること(ルーチン化療法)が重要である⁵⁾。これらの疾患ではエピソード記憶や見当識障害は悪くないため、サービス利用する曜日、送迎の時刻をきちんと定めて軌道に乗せるまでの導入期には根気強く関わる必要がある。ただ、進行と共に日付はわかっても毎日同じ行動をするようになることも多いため、それを見越して早期から日~土曜日の通所サービスを行うことも推奨される。

どの時期から通所サービスを開始するのがよいか。FTDでは早期からの導入が望ましいが、ADの場合は明確に決めるのは難しい。ただ、「今はまだ大丈夫」という考えから「大変になってきた」、「通所サービスを利用したい」に変化した時には、導入時期としては少し遅いと思われる。家族が大変と感じるようになった時には、本人の認知機能も低下してきていると予想されるため、本人にとってもサービス利用に対する抵抗感も少なくなっているかもしれないが、逆に新しい環境に適応しづらくなってしまっている可能性も高い。また、「大丈夫」と思っているうちに廃用症候群のために日常生活動作(activities of daily living:ADL)が低下を促進してしまっている場合も少なくない。ADの場合でも早期から絶えず社会福祉資源の活用するように声をかけていることが大切であると思われる。

3. 第一歩が踏み出せない家族には?

通所サービスが必要であると理解している

が、第一歩が踏み出せない家族がいる。本人が通所サービスに積極的でない場合には、まず現在通所サービスに楽しんで行っている人でも導入時に、本人から望んで利用を開始した人は数えるに足るくらいしかいないことを伝える。また、実際に通所サービスを終え帰宅した後に不平・不満を言う人は多くて10人に1人程度であると伝える。

「利用しないと自分(家族)が潰れてしまいそうだが、本人が積極的ではないのに、それを押しつけてまで通所させてよいものか？」と苦悩や葛藤が強い家族には、まず家族の労をねぎらうこと。その上で、認知症では日常生活に支障があるため本人はサポートが必要な状態であり、その支えの担い手である家族がダウンしてしまうと、本人自体がたちまち困ってしまう状況に陥ってしまうので、自身(家族)のことを優先に考えることは決して悪いことではないと説明する。また、本人の意にそぐわないことをして申し訳ないという気持ちは非常に大切であり、通所サービスを利用し家族に余裕ができた時に、本人にその気持ちを持って優しく接することができれば、本人にもその思いは伝わると話しをする。

そうは言っても、頭では理解できても、情との板挟みになるのが家族である。本人を通所サービスに導入する how to はいくつかある。その1つに、生活機能評価と通所サービス利用のための短期入院がある⁹⁾。1～2週間程度の入院期間に生活全般の行動観察を行い身の周りADLなどについての評価を行い、介入法を検討すると共に、食堂での食事やレクリエーションなど集団で生活することに慣れ、自宅外で入浴することで施設利用の敷居を下げるのが可能で、退院した翌日から通所サービスを計画して導入がうまくケースは少なくない。しかし、テクニカルなことを提示するだけでは、この問題は解決できない。また、われわれ専門職

がいくら親身になり共感できたとしても、本当の意味で家族の気持ちは介護している家族にしかわからないと思うので、家族の人には家族会に参加してみることを提案することになっている。

2 リハビリテーション

リハビリテーションは認知症治療において有力なアプローチの1つであり、医療機関だけではなく、介護施設から自宅に至るまで多くの介入が行われている。一方、何を目的にしたアプローチであるか、本当に効果があるのか、本人に適したアプローチであるのか十分に検証されずに行われていることが少なくないように思われる¹⁾。

1. 何に焦点をあてた

リハビリテーションか？

認知機能に焦点をあてたリハビリテーションとしては、リアリティ・オリエンテーション(reality orientation: RO)や記憶などの技術訓練が挙げられる。ROでは現実見当識の残存能力を強化することを目的とし、本人の自尊心の回復や見当識などの改善に効果が認められている。

感情面に焦点をあてたアプローチとしては回想法やバリデーション療法(validation therapy: VT)がある。回想法では、認知症患者本人が自分の歩んできた道を振り返り、その意味を模索するという普遍的なプロセスに受容的な態度で介入することを通じて、健やかに過ごすことを促進することが可能になる。VTは認知症の本人の主観的に体験された現実とは異なる内容の話にも耳を傾け、語られる内容の意味を認めて考えていくことが重んじられており、内的な実現に目を向けることにより、不安や悲しみの理解に効果があるとされる。

刺激に焦点をあてたアプローチには、音楽療法、美術療法、アニマルセラピーなどがあり、

2. 通所サービスやリハビリテーションに関する説明

各々のアプローチによる効果があるとする報告がある。

2. どのリハビリテーションがよいかという私見と説明

それぞれのリハビリテーションには、各々素晴らしいところがあり、効果があるのは事実である。しかし、薬物療法と同じように、認知症の人すべてに適したリハビリテーションであるかという疑問である。何の介入も行わないよりも、非人道的なものでなければどのような介入であったとしても廃用症候群を予防するという観点でみると効果はあると思われる。

我々は、認知症高齢者にセミクローズドな集団で回想法を用いたアプローチを行った。回想法に参加した人は、介護者が認知症の人に個別に通常の話しかけを行うよりも語想起課題で語彙数の増加を認めた。この結果は、回想法によりもたらされた効果であると考えられる。一方、本人の語彙数、施設内での介入時の様子、回想法に参加したことの「楽しさ」、デイケア評価表を用いて回想法が日常生活にもたらした効果を検討したところ、有意な相関は、唯一「楽しさ」とデイケア評価尺度間でのみ相関がみら

表2 回想法施行による評価スケール間の相関

	語彙数 合計	介入時の 様子	感想 「楽しさ」	デイケア 評価表
語彙数 合計	—	-0.27	0.68	-0.49
介入時の 様子		—	0.31	-0.34
感想 「楽しさ」			—	-0.94*
デイケア 評価表				—

*p < 0.01

TORS「非言語的コミュニケーション」、Pearsonの相関係数。

(文献8より)

れた(表2)⁹⁾。つまり、何をするかではなく、本人がリハビリテーションを受けて心地よく感じられるアプローチを個別に考えることが重要であると考えられる。「この脳トレがよいからやる」といった拘子定規式に介入するのではなく、個々人にあったアプローチを検討するように家族や施設職員には説明するように心掛けていく。

引用文献

- 1) McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al : The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7 (3) : 263-269, 2011.
- 2) 日本神経学会 監修 : 認知症疾患治療ガイドライン2010 (「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会 編). 2010.
- 3) 博野信次, 段林千代美, 今村 徹ほか : アルツハイマー病患者の施設入所に影響を与えるデイケアの効果について. *精神医学* 40 : 71-75, 1998.
- 4) Kashibayashi T, Ikeda M, Komori K, et al : Transition of distinctive symptoms of semantic dementia during longitudinal clinical observation. *Dement Geriatr Cogn Disord* 29 (3) : 224-232, 2010.
- 5) 谷向 知, 池田 学 : 4大認知症疾患の非薬物療法的対応. *精神科治療学* 22 (11) : 1427-1430, 2007.
- 6) 谷向 知 : 痴呆診療の現況と展望. *医療* 56 (10) : 583-588, 2002.
- 7) 谷向 知 : 非薬物療法. 新しい診断と治療のABC22 神経3「アルツハイマー病」. 最新医学社, 大阪, 2004, pp166-172.
- 8) Okumura Y, Tanimukai S, Asada T : Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia : A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatrics* 11 (1) : 46-53, 2011.

Question

32

小森憲治郎*, 谷向 知**

(*財団新居浜病院 臨床心理科, **愛媛大学大学院 医学系研究科 脳とこころの医学)

認知症によるコミュニケーションの障害に対する評価のポイント、言語治療の組み立て方や技法について教えてください。

I. はじめに

認知症とは一旦獲得された機能が障害され、認知機能を中心に特有の行動障害や性格変化など生活行動面での障害により次第に自立した生活が困難となる状態である。認知症に伴うコミュニケーション障害には、失語症を背景に持つ場合が多い。他の認知機能障害に先んじて失語症状が出現し、コミュニケーション障害が生活上もっとも大きな支障となる症例については、原発性進行性失語(primary progressive aphasia : PPA) という概念の下で整理されつつある。PPAでは、進行性失語症によるコミュニケーション障害が主要な生活上での困難であり、他の認知症の症状は少なくとも数年陰を潜めている。また他の器質的疾患で説明できるような言語・運動面の障害、精神疾患により出現する言語症状、病初期の明らかなエピソード記憶障害や行動障害を示さないという基準を満たすことが求められる¹⁾。脳血管障害に伴う古典的失語症と異なり、その症候学的特徴が幅広く認知されているとは言い難く、その治療技法に関してはまったく手探りの状況である。PPAは現在、3つの下位分類が提唱されている。努力性発話や

失文法を特徴とする進行性非流暢性失語 (progressive non-fluent aphasia : PNFA)、流暢性発話ながら語想起と語の理解(語義)が障害される意味性認知症 (semantic dementia : SD)、語想起のための発語の遅延と復唱障害を特徴とする logopenic progressive aphasia (LPA) である²⁾。本稿では、それぞれの言語症状の特徴と具体的評価法について述べる。

II. 進行性非流暢性失語 (PNFA)

1. 失語症状の特徴

PNFAの診断には、アナルトリー (anarthria または発話失行) と呼ばれる音声発話面の歪みの特徴とする努力性発話、文表現における助詞の脱落や文法の粗略化を特徴とする失文法の主要症状のうちいずれかを有し、統語的に複雑な文の理解障害、単語理解の保存、物品に関する知識の保存の3項目のうち2項目以上を満たすことが求められる。画像においては、主に左半球優位のシルビウス裂前方部周囲の比較的限局した萎縮および機能低下を示す。

2. 評価方法

主要診断項目である努力性発話に関しては、標準失語症検査補助検査 (SLTA-ST) のⅣ.構音検査に含まれる、単シラブル音の復唱または音読、単語の復唱や音読課題によって音声発話面の異常を質的に捉えることが可能である。またⅢ.交互運動の「パ」「タ」「カ」「パタカ」をそれぞれ5秒間の間にどれだけ繰り返すことができるかというオーラル・ディアドコキネシスは、舌、口唇、軟口蓋などの口腔運動機能の巧緻性や速度を測り、努力性発話の指標となる。健常者では1秒間に「パ」「タ」「カ」をそれぞれ4回以上発音可能である。失文法は、標準失語症検査 (SLTA) の「8,21.マンガの説明」、それにSLTA-STの長文音読課題「北風と太陽」において、助詞の脱落や文法の粗略化を確認することができる。

診断を支持する項目となる単語の理解はSLTAの「1,15,16.単語の理解」により聴覚・書字の両面で確認できる。物品の理解に関しては標準高次視覚検査 (VPTA) の「2.物体・線画認知」の各項目で、統語的に複雑な文理解については、SLTA「2,17.短文の理解」やトークンテスト (part F) などが利用できる。

3. 評価上の留意点

アナルトリーの評価には聴覚による質的判断が求められる。歪む音の特徴は、表記困難で、変動性がある点に注目したい。また、面接 (問診) 中に観察される抑揚のない平板な発声、あるいは爆発的な発声などプロソディやアクセントの障害もまた、努力性発話に付随する特徴のひとつである。複雑な統語構造をもつ文の理解に関しては、語彙や言語性短期記憶 (把持能力) など、関与する要因が多岐にわたり、課題そのものの難易度も高くなるため、検査結果と文法理解障害との関連については慎重な判断が求められる。

Ⅲ. 意味性認知症 (SD)

1. 失語症状の特徴

SDは、流暢性の発話で語想起障害と語の意味

(語義)理解障害を必須の主要症状とし、さらに読みと綴り字の規則性に音読が左右される表層性失読、復唱能力の保存、表出面における文法と発話運動の保存、物品の認知障害の4項目中、3項目以上の特徴を示す。SDは側頭葉前方部の顕著な萎縮に伴う意味記憶の選択的障害例と言われ、多数を占める左優位の萎縮例の示す上記の失語症は、語義失語と呼ばれる³⁾。表層性失読とは不規則的な読みの求められる綴り字の単語に、規則的な読みをあてる現象 (例: pint [paint] → [pint]) として現れる。わが国の場合は漢字熟語の規則化音読である類音的錯読 (例: 海老「えび」→「かいろう」) が認められる。

2. 評価方法

語義失語は語の産生ならびに理解障害を特徴とし、言語の音韻的側面が保たれ、わからない言葉「利き手」を聞いた場合にも、「ききて”って何ですか?」と問い返すことができる。SLTAでは「5.呼称」「10.語の列挙」「1,15,16.単語の理解」が語義失語の診断に有用であるが、その成績は頻度や親密度の影響を強く受けることから、できれば50~100単語程度の頻度や親密度を統制した課題を用い、呼称と聴覚指示を行うことが望ましい。SLTAとSLTA-STの呼称は合計100単語となり、頻度による違いを比較できる。9カテゴリーの線画による90単語検査⁴⁾や失語症語彙検査も目的にかなった検査である。錯語のタイプは主に語性錯語である。失名辞失語のように語頭音ヒントが語想起の助けとなることが少ない。復唱能力に関しては、SLTAの「6.単語の復唱」「9.文の復唱」課題が有用である。熟字訓にみられる類音的錯読に関する田邊ら⁵⁾の使用した「海老、三味線、妻楊子、三日月、団子」の読みと理解は、簡易に実施できる課題である。文法の理解に関しては、トークンテストの成績が、単語の呼称・理解に比べ良好で、単語の意味さえわかれば統語的に複雑な文理解も可能である。語義失語では主に漢字の読み書きに障害がみられるのに対して、仮名の操作や計算能力が保たれる。

3. 評価上の留意点

SDにみられる語義失語のもうひとつの特徴として、慣用句として親しまれている諺の補完現象の消失が指摘されている³⁾。補完現象とは、その語や句の意味を失った場合にも、語彙そのものは保存されており、語彙から意味へのアクセスが障害される超皮質性感覚失語では、むしろ亢進して認められる。SD例では、「猿も木から…」と諺の初頭部を提示されてもまったく補完現象が現れず、「さるもきから」って何ですか?といった反応となる。田邊らは10の諺について補完現象を調べ、語義失語を呈している左側頭葉優位のSD例では補完現象が消失すると報告した³⁾。言葉の意味の喪失は本人にも周囲にも『物忘れ』と認識されやすく、その訴えで受診すると大抵アルツハイマー病 (Alzheimer's Disease : AD) と誤診される危険性が高い。またSDでは、語の想起や理解の障害にも関わらず、自発話は流暢で時に多弁ですらあるため、単語の呼称と理解の課題を実施するまでほとんど気づかれない事例もある。さらにSDでは次第に固執的な常同行動や脱抑制傾向が強まり、生活上の困難が増大する例が多いことから、早期から生活状況への介入が必要である。

IV. logopenic 進行性失語 (LPA)

1. 症候の特徴

第3のPPAとして登場したLPAは、語想起障害と句や短文の復唱障害を主症状とする。自発話では速度の遅延、語想起障害のための頻繁な休止(流暢だがまばら)が目立つものの、明らかな失文法はない。診断を支持する項目として、音韻性錯語、単語理解と対象物の知識の保存、発話運動能力の保存、明らかな失文法がないという4項目のうち3項目の要件を満たすことが求められる。言語性短期記憶障害がLPAの主な要因と考えられている。また背景となる神経病理としては、他のPPAとは異なりADとの関連性が高く、エピソード記憶障害を伴う場合もある。LPAを支持する特徴的な画像所見は、左半球優位のシルビウス裂後方部周辺、左頭頂葉領域の萎縮または血流低下で

ある。しかしPNFAやSDのような限局した病巣ではなく、後方脳の広範囲な瀰漫性の萎縮や機能低下を含む。

2. 評価方法

LPAの復唱障害は、SLTAの場合、「6.単語の復唱」と「9.文の復唱」との乖離に示される。単語に関してもモーラ数の多い単語では、復唱障害が現れる。語想起の障害については、SLTAの「10.語の列挙」で明らかとなる。単語理解の保存については、「1,15,16.単語の理解」で明らかであるが、容易過ぎる場合には90単語検査⁴⁾や失語症語彙検査などのより難度の高い条件で評価する。呼称においてSDのように頻度効果は明らかではなく、むしろ語長効果など音韻処理条件の複雑さが重要となる。復唱では、自己修正を伴う音韻性錯語が出現する場合があります。伝導失語様の発話特徴が観察される。復唱障害は文の理解にも波及しており、「3.口頭命令に従う」での低下が認められる。『口頭命令』は複数の要因が含まれる難度の高い課題であり、他のPPAでも成績低下は生じるが、LPAでは「18.書字命令に従う」でも改善が認められない。この特徴はLPAの言語性短期記憶障害の深刻さに起因すると考えられる。言語情報の把持困難による理解障害は、トークンテストなど、順次項目が増える課題で明らかとなる⁵⁾。

3. 評価上の留意点

SLTAの「6.単語の復唱」では問題がみられないのに、文では「空が青い」「友達に手紙を出した」程度まで正確に復唱できても、「隣の町で火事があった」と3から4文節に変わった途端、一単位程度の誤りにとどまらず、まったく復唱できなくなり、「え、もう一度言って下さい」と再試行を求める。しかし、特定の情報量を超える語や文章では何度試みても正しく復唱できない。この現象はLPA特有である。復唱障害は少し長い語を用いても現れる。LPAは近年新たに加わった分類であり、なじみが薄く、その症候学的特徴もまだ十分に普及していない。ADとの関連性が示唆されることから、むしろ積極的にADに伴う失語を

LPAに含めようとする記述もみられるが、LPAにおけるエピソード記憶障害は、生活上の困難を引き起こすほど重篤なものではない。コミュニケーション障害への自覚も強く、初期には抗うつ剤などの精神的治療の必要性を伴う例も少なくない。

V. おわりに：コミュニケーション障害と認知症への理解

PPAの概念や分類が十分に普及していないこともあり、コミュニケーション障害への治療的介入方法は未だ確立されていない。またPPAの範疇に収まらない認知症に合併した失語症状が存在することも知っておく必要がある。言語症状が困難の主要な原因となる初期には、本人のコミュニケーション能力の改善や維持に向けた言語や口腔機能の訓練が有用である。また、認知症に失語症が合併すると言語性課題からなる認知機能検査の成績低下が生ずることから、実際よりも重度の認知症として診断される場合が少なくない。認知症に伴う失語症状を見落とさずに評価することが、認知症の治療を進める上でも重要となる。

失語症状が顕著なPNFAやLPAでは障害への自覚の強さから、言語訓練に合わせて抑うつ・不安といった症状への対応が必要な例も少なくない。一方、前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration：FTLD）を背景に持つSDやPNFAでは、認知症に伴う心理・行動症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）のうち、常同行動や“我が道を行く”行動症状が顕在化しやすい⁶⁾。認知症の進行に留意しながら、将来の介護やケアを視野に入れた対応が必要である。ADが主な背景となるLPAでは、言語性短期記憶障害の進行とともに理解障害が顕著となり、

周囲からの働きかけに対応困難となることが、周囲との対人関係悪化の要因となる。この時期には他の道具的機能の障害を併発し、社会的な生活能力は急激に低下する。

こうした変化や増悪に対応するためには、初期には患者一人で受診する場合であっても、主介護者となる家族同伴での受診を強く勧める必要がある。家族から客観的情報を得ることで、こうした生活障害を早めに把握できる利点と、家族に対して現在の症状を説明し、コミュニケーション障害や疾患の特性について家族の理解を高めることが、様々な困難の緩和に必須である。生活障害改善のためには、訪問による訓練が有効と思われる。初期の言語訓練や描画活動が一旦習得されると、進行して言語機能が失われた後にも習慣として維持される場合があり、家庭や施設でのQOLの維持改善、受診への動機付けに役立つ。

参考文献

- 1) Mesulam, M.M. : Primary progressive aphasia. *Ann. Neurol.*, 49 : 425-432, 2001.
- 2) Gorno-Tempini, M.L., Hillis, A.E., Weintraub, S., et al. : Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76 : 1006-1014, 2011.
- 3) 田辺敬貴, 池田 学, 中川賀嗣, ほか : 語義失語と意味記憶障害. *失語症研究*, 12 : 153-167, 1992.
- 4) 伊藤皇一, 中川賀嗣, 池田 学, ほか : 語義失語における語の意味カテゴリー特異性障害. *失語症研究*, 14 : 221-229, 1994.
- 5) 小森憲治郎 : 原発性進行性失語 : その症候と課題. *高次脳機能研究*, 32 : 393-404, 2012.
- 6) 小森憲治郎 : 認知症にみられるコミュニケーション障害について. *神経心理学*, 25 : 128-136, 2009.

Primary Care in Psychiatry and Brain Science

脳とこころの
プライマリケア

2

知能の衰え

編集

池田 学

東京大学医学部

シナジー

インフォームド"コンセント
のための
図説シリーズ

認知症の 予防と生活指導

遠藤 英俊 著

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

⑧ 医薬ジャーナル社

パーソナル・ヘルスケア

ユビキタス、ウェアラブル医療実現に向けたエレクトロニクス研究最前線

論じ、ケースマネジメントの重要性を指摘している。横山は心臓病患者におけるうつの評価と対応におけるスクリーニングの重要性を、峯山と野田は国立国際医療研究センターでの取り組みをベースに地域連携の必要性を述べている。

医療計画の文脈で、地域連携パスの形式で最も早くうつの評価と治療が検討されてきたのは脳卒中である。木村らはすでに2008年から千葉県北総地域での地域連携パスの開発を行っている。同時に脳卒中医療の中にうつ評価と治療を組み込み連携する仕組みの構築の道りには曲折があることを読み取ることができ、引き続きの進展を願う。

水平連携のもうひとつのモデルは、かかりつけ医と精神科医との連携であり、また救急に搬送された自殺未遂者ケアにおける精神科医療関係者との連携である。わが国では自殺対策と連動して行政もこれらの活動を積極的に進めてきた。モデル地域で蓄積してきた稲垣らの経験は、わが国におけるかかりつけ医と精神科医との水平連携に関する具体的な方向性を示している。さらに日本臨床救急医学会が主体となり、精神科関連学術団体と組織的な研修を進めてきた三宅らの活動は貴重で、がん領域での連携(小川)やかかりつけ医連携(稲垣ら)における経験とともに、前述したナショナルプロジェクトの企画に大きな影響を与えている。

「垂直連携」は、精神科医療関係者にとって自明の連携である。特に入院中心から地域生活中心のメンタルケアが強調され、新しく入院する患者の多くは2か月程度で退院する実態から、入院と外来医療との連携は日常的な流れであろう。統合失調症患者への医療を入院医療と外来医療が連携しながら提供することは、日常診療の中で「空気」のように組み込まれている。しかしまさにそのために、垂直連携の地域連携パスという形式で意識・再構成し、連携を明示することに精神科医療関係者は慣れていない。白石らは、この流れを患者手帳形式の地域連携パスとしてまとめ、その運用を始めている。猪股らは、別の観点から統合失調症医療の連携の工夫を始めている。精神障害者の身体合併症の領域も同様で、日本総合病院精神医学会と連動している吉邨らの活動の進展が期

待されている。全国のコメンタル医療機関においても、日常診療に地域連携パスの考え方を盛り込んだ標準化が進むことが求められる。

社会精神医学では、地域精神医学が領域として位置づけられている⁴⁾。ただし、わが国の制度の特徴である国民皆保険制度と自由開業制の下で、医療体制に「地域」を機能させることは難しい。住民の医療機関へのフリーアクセスが保証されているために、医療機関は地域住民の医療への責任を意識することが難しいためである。新しい医療計画において精神疾患の地域連携パスが求められたことは、地域連携会議を中心に地域住民の医療を意識できる新しい機会を提示している。

本特集において先進的な取り組みを紹介いただいたものの、開発の進展には差がある。特に統合失調症を中心とした垂直連携パスは、今後多地域で開発されていくことが望ましい。地域連携パスと情報技術(Information Technology)との連動も興味深いテーマである。精神疾患地域連携パスの開発は端緒についたばかりである。社会精神医学会で地域連携パスのさまざまな取り組みが活発に紹介されることは、「地域」を意識できる医療体制の構築の一助につながるであろう。

参考文献

- 1) Ito, H., Frank, R.G., Nakatani, Y., et al. : Regional healthcare strategic plan : Growing impact of mental health in Japan. *Psychiatric Services* (in press)
- 2) Katon, W. J., Lin, E.H., Von Korff, M., et al. : Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 363 : 2611-2620, 2010
- 3) 国立精神・神経医療研究センター : 身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクトホームページ. <http://mhcn.jp/>. Accessed on April 15, 2013.
- 4) 日本社会精神医学会編 : 社会精神医学. 医学書院, 東京, 2009
- 5) Prince, M., Patel, V., Saxena, S., et al. : No health without mental health. *Lancet* 370 : 859-877, 2007

認知症診療における地域連携クリティカルパス

数井 裕光, 武田 雅俊

抄録:

認知症患者の診療, ケアにおいて地域連携クリティカルパス(連携パス)は有用で, ①認知症の標準的診療・ケアの手順の理解を促進する, ②患者の診療, ケアなどを行う多くの人たちの間の役割分担を明示し, お互いの協力関係を促進する, ③広く一般に公開することにより国民への啓発, 早期受診, 予後の改善に寄与するなどの効果が考えられる。連携パスの作成の際には, まず基本的な診療・ケアの流れを, 連携パスを作る人たちの間で共有することが必要である。次に連携パスを作ろうとしている地域で利用できる認知症専門病院や認知症診療に積極的な開業医などの医療資源, デイケア, ショートステイなどの介護施設の種類と量の整理を行う必要がある。ただし地域によって, どの施設がどのような役割を果たすのかについては多様であってよい。我々は認知症患者の診療過程を「気づきから診断まで」, 「日常診療」, 「非日常診療」の3つの部分に分けた連携パスを提案した。また最も重要な「日常診療」の過程は, いわゆるパス表だけでは運用しにくいと考え, 情報共有ツールの併用を考えた。連携パスはできあがったパス表よりも, 認知症に関わる地域の様々な職種の人が集まり, 議論して作成する過程が重要である。連携パスを臨床場面で普及, 定着させることは, 作成よりもさらに難しい。今後は, 連携パスを地域に定着できた成功事例を公開するなどして, 連携パスの定着法を広く周知する必要がある。

日社精医誌 22 : 109-115, 2013

索引用語: 認知症, 地域連携, クリティカルパス, 情報共有ツール, つながりノート
dementia, regional cooperation, clinical pathway, information sharing tool, Tsunagari (linkage) notebook

英文タイトル: Critical Pathways of Community Cooperation in the Treatment of Dementia
 著者連絡先: 数井裕光(大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室)
 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2 D3
 TEL: 06-6879-3051 FAX: 06-6879-3059
 E-mail: kazui@psy.med.osaka-u.ac.jp
 Corresponding author: Hiroaki Kazui

Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine
 D3 2-2 Yamadaoka, Suita, Osaka 565-0871, Japan

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
 Hiroaki Kazui, Masatoshi Takeda: Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine

1. はじめに

現在、我が国では、急速な高齢化に伴い認知症患者が急速に増加している。2012年の厚生労働省の調査では、日常生活自立度Ⅱ以上、すなわち「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態」、およびそれよりも低い自立度の高齢者が2015年には345万人(65歳以上人口に対する割合は10.2%)、2020年には410万人(同11.3%)、2025年には470万人(同12.8%)に達すると推計されている。このように増加する認知症患者の在宅生活を支援するための国の施策をまとめたオレンジプランが2012年に発表された。この中に認知症地域連携クリティカルパス(以下、連携パスと略す)の作成も提言されている。本稿では、まず認知症診療における連携パスの可能性を考える。その後、我々が作成した連携パスと情報共有ツールを紹介する。

2. 連携パスの可能性

クリティカルパスとは、特定の疾患の治療や検査の標準的な手順をまとめたもので、通常は縦軸に担当する医療スタッフやケア職員を、横軸に時間軸をとり、誰がいつどんな検査や診療、ケアを行うかを2次元的に配置したパス表であらわされる¹⁾。認知症診療においてもクリティカルパスは有用で以下のような効果がある。①認知症の標準的診療・ケアの手順の理解を促進する。認知症の診療やケアの手順は認知症患者の支援をしている人の間でもまだよく知られていない。連携パスによって認知症診療・ケアに必要な検査、手続き、治療などが、その手順と伴に視覚化できるため、患者に関わる人達に周知できる。②診療、ケアする多くの人たちの間の役割分担を明示しお互いの協力を促進する。認知症患者は認知障害、精神行動障害(Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)を呈するので精神科医の診療は必須であるが、さらに神経症状を呈することもあるので神経内科医、リハビリテーション医、

理学療法士、言語聴覚士などの診療も必要となる。また生活障害も有するため作業療法士、ケアの専門家の診療、支援も必要である。さらに高齢者であるため身体疾患を有することも多く老年内科医など身体科の医師の診療も必要である。さらに社会的支援も必要でケアマネジャー、行政職員などの支援も必要である。当然、すべての観点から看護師の関与も必要である。このように認知症患者の在宅生活を支援するメンバーは非常に多いため、それぞれの役割分担や協力関係を視覚化して示すことは有用である。③国民への啓発。認知症は高齢者ならば誰でもなりうる高頻度の疾患である。連携パスを広く一般に公開することにより、現在認知症でない人達にも診療手順が理解され、早期の受診につながり、予後の改善に寄与すると考えられる。

3. 連携パスの実際

連携パスを作成するときに、まず行うべきことは、基本的な診療・ケアの流れの再確認と関係者間での共有である。次にその地域で利用できる病院や医院などの医療資源とデイケア、ショートステイなどの介護資源の種類と量の整理である。基本的な診療・ケアの流れは図1のようなものになると思われる。そして図1に示されている認知症専門病院、認知症身体治療病院、(認知症患者の診療に積極的な)かかりつけ医、デイケア、デイサービス、ショートステイなどを行うケア施設がどのくらいあるのかを把握するのである。またそれぞれの施設がどのような診療、ケアが可能なのか、たとえば、認知症専門病院は診断だけでなく、BPSD³⁾に対する外来治療、入院治療もできるかどうか、それぞれのケア施設でどの程度のBPSDならば対応可能かなども整理する必要がある。また地域によって、どの施設がどのような役割を果たすのかについては多様であってよく、連携パスを作成する過程で、どの施設が、どんな役割を担当するのかについても話し合う。パスは通常、パス表であらわされるが、この完成されたパス表よりも、関係者が集まり、地域の現状を把握

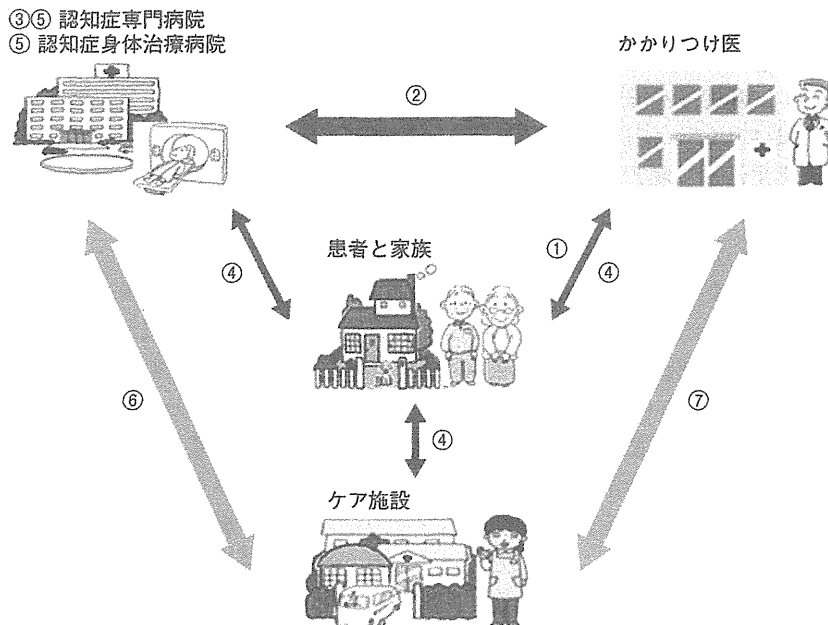


図1 一般的な認知症患者の診療の流れ

- ①高齢者は身体疾患を有することが多いので、かかりつけ医を持っていることが多い。認知症についての相談、診療もまずはかかりつけ医が対応するのがよい。
- ②かかりつけ医が認知症の精査が必要と考えたときには、かかりつけ医から認知症専門医に紹介する。
- ③認知症専門病院では精査、診断、治療法の決定などを行う。また患者と家族に医学的観点からの指導を行う。以上の診療内容をかかりつけ医に報告する(②)。
- ④患者はかかりつけ医に戻って、ここで日常的な治療を継続する。また介護保険の認定審査を受け、ケアマネジャーに介護体制の構築や介護指導の基本を受ける。オレンジプランでは、認知症初期集中支援チームがこの役割を担当するのもかもしれない。またデイケア、デイサービスなどの在宅ケアサービスを利用する。かかりつけ医を2週間に1回程度受診しながら、認知症専門病院にも3ヶ月に1回通うという、2人主治医制をとることもある。
- ⑤認知症患者の長きにわたる在宅療養生活中には、認知症専門病院での精神行動障害(BPSD)に対する治療が必要になったり、専門病院での身体疾患の治療が必要になったりする。この場合も、かかりつけ医から専門病院に紹介するのがよい。専門病院での入院治療は最短にして、治療後は、また在宅療養生活(④)に戻ることを目指す。
- ⑥今後、軽症のBPSDはケア施設で対応することも考えられている。しかしケア施設で対応できない重症のBPSDは精神科病院などの認知症専門病院で治療されるであろう。このため、今後は⑥の連携も重要になってくる。
- ⑦かかりつけ医とケア施設との間の連携は現時点では、まだ十分ではない。今後、認知症患者の在宅療養生活を支えていくためには、⑦の連携推進が必要である。

し、皆でどのようなパスを作成するのかについて議論する過程の方が重要である。

我々が作成した認知症患者のための連携パスの全体図を図2に示す⁴⁾。このパスは図1の流れに沿って「気づき～診断まで」、「日常診療」、「非日常診療」の3つの部分からなっている。「気づき～診断まで」、「非日常診療」は、ともに病院内で行われる診療なので、検査や治療を担当者が順次行っていくという通常のパスの考え方で作成可能である。これに対して、最も長く重要な「日常診

療」の過程は、以下の理由でいわゆるパス表だけでは運用しにくい。すなわち①地域での診療、ケアの連携であるため、医療者以外の人も含んだ多くの人が関わること、②特別な検査や治療手順が少なく、平穏に過ごすことが目標となること、③使用期間が非常に長いことなどである。そこで我々は、この過程のパス表は大枠を示すにとどめ、実際の運用は手帳型パスとも言われる患者の情報を皆で共有するための情報共有ツールを併用する方法を提案した。最近様々ところで同様

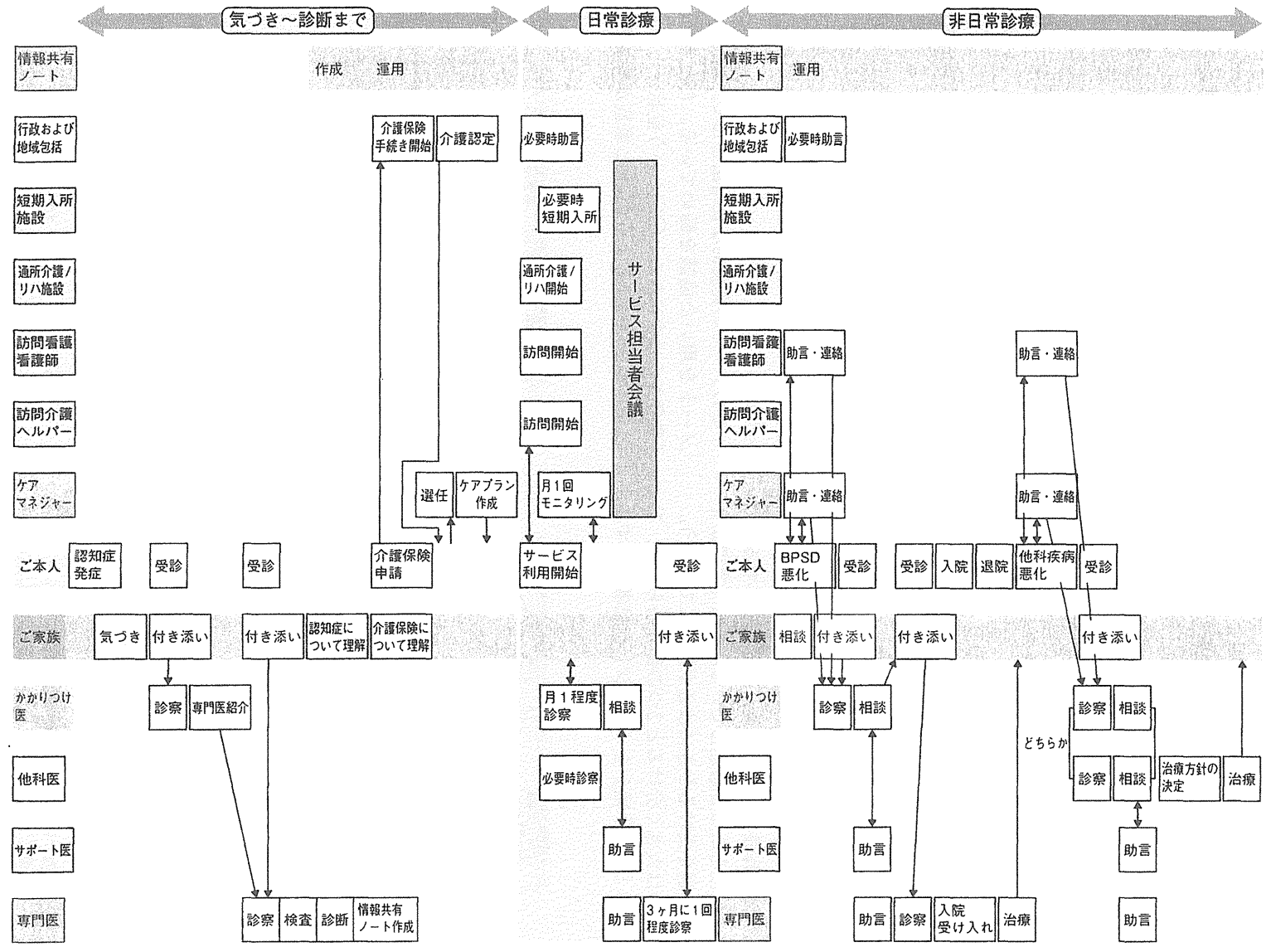


図2 認知症地域連携パス全体図

の情報共有ツールが作成されている。その中では、熊本県八代市の「物忘れ手帳」、日本精神科病院協会の「オレンジ手帳」、長野県東信地区の「あったか手帳」などが私たちの「連携ファイル（その後の改訂に伴い「つながりノート・みまもりノート」と現在呼んでいる。本稿では混乱を避けるため「みまもり・つながりノートで統一する」とともに先駆例であると思う。

4. つながりノート・みまもりノート²⁾

みまもりノート、つながりノートは何回かの改訂を経て、誰でもダウンロードできるように私たちのホームページ(HP)で公開している(<http://handaichiikirenkei.com/index.html>)。みまもり・つながりノートは、認知症の患者1人に1冊、診断時に作成され、その後、天寿を全うするまで使い続けることを想定している。そして患者が介護や診察を受けるときには必ず持参してもらう。ノートは大きく分けると2つの部分からなり、ひとつは「母子手帳」をイメージした患者に関する

情報をまとめる部分である。診断、これまでの経過の概略、かかりつけ医、ケアマネジャー、利用しているケア施設、主介護者、要介護度などの情報をまとめる。もうひとつは「交換日記」をイメージした連携のための部分である。家族介護者も含めた患者に関わる人達が、お互いに連絡、質問、回答し合う部分である(図3)。私たちのノートでは、誰から誰に対する質問か、連絡かを明確にするために、相手を指名することになっている。指名された人は「わからない」でもよいので、何らかの回答をする。さらにこのページは最も重要なページと考えているため、患者に関わるすべての人が、たとえ忙しくてもここだけは必ず見る約束としている。そして見たときに、見た人がその日付とともにサインをすることになっている。またこのページは一目でわかるように黄色い紙を使っている。

このノートの発展的な使用法として、私たちはノートを用いた協議を勧めている。たとえば、「患者さんは夜になると〇〇という症状が出ます。どうしたらいいのでしょうか。」と家族が書くと、

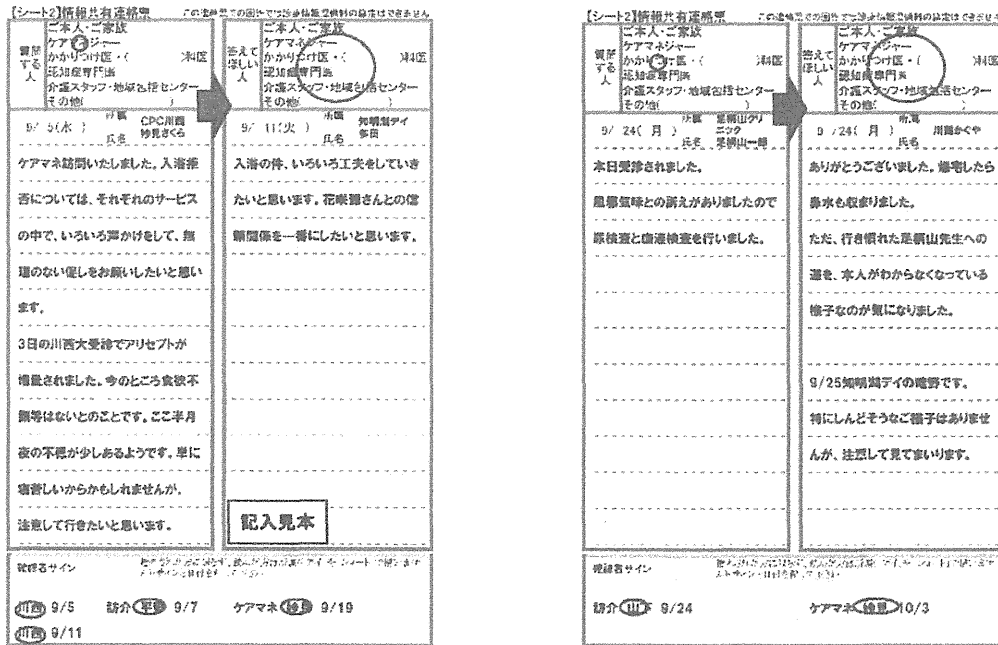


図3 つながりノートの黄色いページ

かかりつけ医から「××という治療薬を使用します」、介護専門職から「〇〇の対応法はどうでしょうか」というような提案が書かれる。ケアの方法についてはさらに紙面上での協議を経て、「△△の対応法を試しましょう」となると、皆でこの方法を試行し、その結果をまた紙面で報告し合う。さらに「△△の対応をしましたが、うまくいきませんでした(家族介護者)」、「それでは次には●●という方法はどうでしょうか(介護専門職)」と進めていき、有効な方法に至るのである。有効な方法だけでなく無効だった方法、場合によっては悪化させた方法も明らかになること、その協議の過程が共有されることもその後の支援に有用である。またこのような過程自体が患者に関わる人たち自身の診療、ケアのスキルの習得につながると思われる。

我々がノートをHPに公開した後、人口16万人の兵庫県川西市と猪名川町がこのノートに興味を持ち、全市町的なノート導入を検討した。そして約1年間の準備期間を経て、平成25年2月1日よりこのノートを導入することになった。この過程で川西市、猪名川町の人たちが中心となり、我々のノートをさらに改訂した。まず、患者の週間スケジュールの一覧表と1日の過ごし方のページが加わり、患者の生活状況がより明確になった。また我々のHPで公開したときは、ノート形式としていたが、川西市・猪名川町版では原型のファイル形式に戻した。これは不足したページを患者の担当をしているケア施設職員が補充してくれることになったためである。この方が紙の無駄が少なくなる、患者の基本情報のページだけを取り外して普段は自宅に管理しておけるなどの利点がある。

5. おわりに

連携パスや情報共有ツールを作成すること自体は難しいことではないが、これを実際の臨床場面

で普及、定着させることは至難の業である。連携パスを定着させようとする強い意志を持つ地域のリーダーと事業の中核となってその人を支えるチームが必須である。また導入範囲を明確に決め、参加者には導入範囲外では使用できないことを認識してもらうこと、導入範囲内の人に対しては使用法マニュアルなどを整備し、導入期に集中的に使用法の習得を支援することが必要である。また事業に参加している人たちが定期的に顔を合わせて、連携パスの使用法などについて議論し、問題点を明らかにし、それを前向きに解決していく態度も必要である。長期的には診療報酬が得られることも必要であろう。認知症連携パスは、認知症に限らず要介護者の連携パスへと発展する可能性を秘めており、今後の展開が期待される。

謝 辞

本稿で紹介した連携パス、みまもり・つながりノートは、H21-23年度厚生労働科学研究費補助金「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究(研究代表者：数井裕光)」、およびH24年度厚生労働科学研究費補助金「身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究(研究代表者：伊藤弘人)」で作成された。

文 献

- 1) 遠藤英俊監修・執筆：痴呆性高齢者のクリニカルパス。日総研出版、名古屋、2004
- 2) 数井裕光、杉山博通、武田雅俊：認知症診療におけるクリニカルパスと情報共有ノートを用いた認知症地域連携-つながりノート・みまもりノートの有用性-。臨床精神医学 41(12)：1731-1740, 2012
- 3) 数井裕光、武田雅俊：精神科におけるBPSD治療の現状とこれから。日本精神科病院協会雑誌 31(8)：777-783, 2012
- 4) 杉山博通、数井裕光、繁信和恵他：認知症地域連携パス。老年精神医学雑誌 23：314-322, 2012