

た。

全国老人保健施設協会が平成 19 年度に介入群 203 名と対照群 63 名の計 266 名を対象に実施した介入研究（厚生労働省老人保健事業推進費等補助金で実施：鳥羽研二班長）では、介入群のみに BPSD (DBD; $p=0.0064$)、認知機能 (HDS-R; $p=0.001$)、意欲 (VI; $p=0.0004$) の有意な改善が認められたと報告書に記載されている(全国老人保健施設協会, 2008)。本研究ではこれらの指標に加えて抑うつ (GDS5) でも改善が認められた。

認知症短期集中リハの効果について、国内では 5 編の研究が報告されている。長友ら (2011) の報告では、51 例を対象に HDS-R の得点が有意に改善した。鳥谷部ら (2011) の報告では、9 名の対象者で意欲・認知機能 (HDS-R, MMSE)・ADL が向上し、在宅復帰に繋がる効果が得られた。長谷川ら (2011) の報告では、退所した 2 例を除いた 5 例で HDS-R の向上を認め、BPSD・生活リズムにも改善がみられた。遠山 (2011) らは通所リハの 14 例を対象に COGNISTAT でみた認知機能の改善、特に注意機能の改善を報告している。衛本ら (2007) は 12 例中の 5 例で 3 か月間継続でき、そのうちリハに意欲的に取り組んだ 3 例では HDS-R の得点の維持向上ができたと報告している。このように、20 例以上を対象として統計学的に有意な効果を示した研究は長友らの研究のみであるが、いずれの研究でも認知機能 (HDS-R や MMSE など) で有効性が示され、今回の報告と一致した。100 例以上を対象としたのは本論文のみである。

認知症短期集中リハ実施加算は入所直後から 3 か月間しか算定できないため、入所して状態が安定してからリハの効果を示すという研究デザインが設定できない。また、新規入所で組み入れ基準該当者全員に対して実施するので、対象者を介入群と対照群に分けることはできない。このため、やむなく入所直後 3 か月間の前後比較という研究デザインとなった。従って、入所後の環境変化が及ぼす影響や、週 3 回以上の短期集中リハ（脳卒中や運動器疾患、廃用症候群などを対象）も併行して実施した影響なども加わっているが、それでも、本研究では評価した

全項目に有意な効果が示されたことの意義は大きいと考える。

脳活性化リハの効果について、Yamagami ら (2012) は、認知症グループホーム入居者 54 名 (平均 85.2 歳) をランダムに割り付け、介入群には作業回想法などを 1 回 60 分、週 2 回、3 か月間行い、対照群と比較して生活機能への有意な改善効果を示した。山口らはビデオゲームを用いた楽しい介入が老健の認知症高齢者の認知機能を向上させることを示した (Yamaguchi et al., 2011)。脳活性化リハの 5 原則を用いると、成功体験を積む楽しい活動や役割を演じて褒められることで意欲や学習、リハの効果が高まり (Henderlong et al., 2002; Dobkin et al., 2010; Sugawara et al., 2012 epub)、楽しい会話で安心が生まれる (山口ら, 2010; Yamaguchi et al., 2010)。今回の介入は個別であったが、コミュニケーション機会が多く持てたこと、「褒める」「役割を演じる」「成功体験を持つ」などの脳活性化リハの 5 原則を意識した関わりを持っていたことが、今回の有効性を示す結果に繋がったと考えられる。

認知症短期集中リハ実施加算は個別で 20 分以上の介入となっている。しかし、アルツハイマー病のような他人への気遣いができる認知症のタイプでは、数名を対象にして長時間 (例えば 3 名で 60 分) 実施する方が、利用者間のコミュニケーションも加わり楽しい雰囲気でも実施できて、より有効であろうと推測される。今後の制度改正が待たれる。

今回、脳活性化リハ 5 原則 ① 快刺激、② コミュニケーション、③ 褒める、④ 役割、⑤ 失敗を防ぐ支援を用いた老健の認知症短期集中リハが、認知機能や意欲の向上、BPSD や抑うつの低減に有効なことを、122 名を対象とした介入研究で示したことで、認知症短期集中リハの普及が促進されることを望む。

文 献

- Dobkin BH, Plummer-D'Amato P, Elashoff R, Lee J, SIRROWS Group (2010) International randomized clinical trial, stroke inpatient rehabilitation with reinforcement of walking speed (SIRROWS), improves outcomes. *Neurorehabil Neural*

Repair 24 : 235-242

衛本景吾, 首藤美保, 中島一成, 吉田留美 (2007) 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実施報告. 大分県リハビリテーション医学会誌 5 : 26-28

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Mini-Mental State"; a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 12 : 189-198

長谷川はるえ, 筒井麻理子, 上杉 睦, 園 英則ら (2011) 認知症短期集中リハビリテーションの実施とその効果について. 善仁会研究年報 32 : 70-72

Henderlong J, Lepper MR (2002) The effects of praise on children's intrinsic motivation : a review and synthesis. Psychol Bull 128 : 774-795

Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, Mervis JR, Fitten LJ, Rubenstein LZ (1999) Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc 47 : 873-878

加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志, 植田宏樹, 老川賢三, 池田一彦, 小坂敦二, 今井幸充, 長谷川和夫 (1991) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老精医誌 2 : 1339-1347

町田綾子, 平田 文, 柳田 幸, 須藤紀子, 水川真二郎, 大荷満生, 秋下雅弘, 鳥羽研二 (2002) 簡易鬱スケール GDS5 の本邦における信頼性, 妥当性の検討. 日老医誌 39 Suppl : 104

溝口 環, 飯島 節, 江藤文夫, 石塚彰映, 折茂 肇 (1993) DBD スケール (Demetia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日老医誌 30 : 835-840

長友勇人, 坂田裕介, 横倉麻美, 小林孝誌 (2011) 認知症高齢者の認知機能改善における短期集中リハビリテーションの介入効果. 愛知県理学療法学会誌 23 : 51-55

Sugawara SK, Tanaka S, Okazaki S, Watanabe K, Sadato N (2012) Social rewards enhance offline improvements in motor skill. PLoS One 7 : e48174 doi : 10.1371/0048174.

Epub

Toba K, Nakai R, Akishita M, Iijima S, Nishinaga M, Mizoguchi T, Yamada S, Yumita K, Ouchi Y (2002) Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. Geriatr Gerontol Int 2 : 23-29

遠山和倫, 北条達郎, 南 千佳, 西山直志 (2011) 通所リハビリにおける認知症短期集中リハビリテーションの効果 : BPSD (周辺症状) に対する OT の関わり. 香川県作業療法士会学術部学術誌 平成 22 年度 : 23-25 (2185-2596)

鳥谷部幸美, 小山田玲子, 立崎文香, 上野 雅 (2011) 在宅支援における認知症短期集中リハビリテーションの有効性. 青森県作業療法研究 19 : 63-66

Yamagami T, Oosawa M, Ito S, Yamaguchi H (2007) Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. Psychogeriatrics 7 : 69-75

Yamagami T, Takayama Y, Maki Y, Yamaguchi H (2012) A randomized controlled trial of brain-activating rehabilitation for elderly participants with dementia in residential care homes. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2 : 372-380

山口晴保, 佐土根朗, 松沼記代, 山上徹也 (2010) 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 2 版 pp 143-219, 協同医書出版

Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T (2010) Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. Psychogeriatrics 10 : 206-213

Yamaguchi H, Maki Y, Takahashi K (2011) Rehabilitation for dementia using enjoyable video-sports games. Int Psychogeriatr 23 : 674-676

全国老人保健施設協会 (2008) 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業. 平成 19 年度老人保健事業推進費等補助金報告書

Intensive rehabilitation for dementia in a Geriatric Health Services Facility (Roken) :

Effect of intervention with 5 principles of Brain-activating rehabilitation

Asako Sekine¹⁾, Anna Nagashio¹⁾, Kumiko Takahashi¹⁾, Makoto Kato¹⁾, Masamitsu Takatama¹⁾, Haruyasu Yamaguchi²⁾

¹⁾*Youkouen* Geriatric Health Services Facility, Geriatrics Research Institute

²⁾Gunma University Graduate School of Health Sciences

We have examined the effect of “Intensive rehabilitation for dementia” in a Geriatric Health Service Facility (Roken).

The subjects were 51 in-patients in the facility who met the inclusion criteria. Rehabilitation session was carried out individually, for 20 minutes, 3 times a week, for 3 months, with 5 principles of Brain-activation rehabilitation ; pleasant atmosphere, communication, role-playing, praising, error-less support.

When outcome measures were compared between pre- and post-intervention, all of the measures of cognitive function (HDS-R and MMSE), vitality (Vitality index), depression (GDS5), and behavioral and psychological symptoms (DBD) were significantly improved (Wilcoxon signed-rank test). This result was duplicated in both groups, when subjects were divided into 2 groups according to the HDS-R score.

Intensive rehabilitation for dementia for 3 months, which was associated with 5 principles of Brain-activating rehabilitation, was highly effective. We hope the rehabilitation spread throughout Japanese Geriatric Health Service Facilities (Roken).

Key Words : Geriatric health services facility (Roken), dementia, rehabilitation, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

Address correspondence to Dr. Haruyasu Yamaguchi, Gunma University Graduate School of Health Sciences (3-39-22 Showa, Maebashi 371-8514, Japan)

認知症にどう医療が関わるか

抗認知症薬の意味と意義

木之下 徹

医療法人社団こだま会 こだまクリニック



- ◆「抗認知症薬の効果を知る」プロセスは「降圧剤の効果を知る」それとは異なる。
- ◆抗認知症薬の意義は文化に依存するが、医学的理解を進めるために「BPSD」, 「周辺症状」, 「核症状」の概念を正しく知ることが必要とされる。
- ◆われわれは、抗認知症薬がほかの薬剤と同じように、それを飲む本人にとって大切になるような文化を求めていかねばならない。

はじめに

薬とは何か、痛み止めであれば痛みがとれる。高血圧の薬であれば血圧が下がる。望んでいない有害な作用があるかもしれない。薬代が高い。毎日飲むのは面倒。病院にいく時間が惜しい。注射で痛い。仮にそうであっても薬を飲みたいと思うときがある。それだけに厳しい臨床試験を行っている。狭い門をくぐり抜け、確認された効果がある。だから薬を飲む人々はその実証された効果の恩恵を得る。それが医師の処方する薬である(はず)。

抗認知症薬はどれも、いま述べた薬とはずいぶんとその様相が違う。思わずこんな疑問が生じる。はたして証明された効果を期待して飲んでいるのだろうか。ここで今一度、抗認知症薬の意味と意義を立ち止まって考える必要がある。それが本稿のテーマである。

「明日から使える抗認知症薬処方への極意」なるものを伝えたい、と言いたいところだが、一読してわかるとおそらく逆に悩みが増える。一つでも多くの悩みが生まれれば、筆者の願いは天に届く。これからの認知症医療のためにいま深い悩みが求められている。いまだ認知症医療の形はただひたすら森(うごめ)く形無きものである。本来の意味における認知症医療を手にするには、読者の悩みと英知が唯一の武器であり、それ以外にはない。

「抗認知症薬が効いた(効かない)」を医学的見地から

2013年時点で、抗認知症薬には商品名でアリセプト[®]、レミニール[®]、リバスタッチ[®]、イクセロン[®]、メマリー[®]が国内で薬価収載されている。いずれもコリン系神経伝達物質やNMDA (N-メチル-D-アスパラギン酸)に着目し、そ

国内で承認されている抗認知症薬の認知機能と全般臨床症状の評価

試験	対象	用量 (mg/日)	認知機能	全般臨床症状	検定方法	
ドネペジル (アリセプト [®])	軽度~中等度 AD	5 mg	○ $p < 0.01$ (ADAS-Jcog)	○ $p = 0.000$ (全般臨床症状評価)	U 検定	
	高度 AD	10 mg	○ $p < 0.001$ (SIB)	○ $p = 0.003$ (CIBIC-plus)	認知機能: 共分散分析 全般臨床症状: Cochran-Mantel-Haenszel 検定	
ガラタミン (レミニール [®])	JPN-3 試験	16 mg	× $p = 0.1388$ (ADAS-Jcog)	○ $p = 0.0076$ (CIBIC-plus-J)	認知機能: 共分散分析 全般臨床症状: Wilcoxon の順位和検定	
		24 mg	○ $p = 0.0213$ (ADAS-Jcog)	× $p = 0.1193$ (CIBIC-plus-J)		
	JPN-5 試験	16 mg	○ $p = 0.0113$ (ADAS-Jcog)	× $p = 0.3287$ (CIBIC-plus-J)		
		24 mg	○ $p < 0.0001$ (ADAS-Jcog)	× $p = 0.8757$ (CIBIC-plus-J)		
リバスタグミン (リバスタグミン (イクセロン [®]))	第Ⅲ相試験	軽度~中等度	18 mg	○ $p < 0.005$ (ADAS-Jcog)	× $p = 0.067$ (CIBIC-plus-J)	認知機能: 共分散分析 全般臨床症状: Wilcoxon の順位和検定
メマンチン (メマリー [®])	用量設定試験	高度	20 mg	○ $p = 0.0029$ (SIB-J)	× $p = 0.8975$ (ADCS-ADL-J)	Wilcoxon 検定
	第Ⅲ相試験	高度	20 mg	○ $p = 0.0001$ (SIB-J)	× $p = 0.3189$ (modified CIBIC-plus-J)	認知機能: Wilcoxon 検定 全般臨床症状: Mantel 検定

国内臨床試験の有効性主要評価項目(承認時)¹⁻⁵⁾
 ○:有意差あり, ×:有意差なし, 評価時期はドネペジル, ガラタミンは最終評価時, リバスタグミン, メマンチンは投与24週後。

ADAS-cog
 Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive component.
 日本語版は ADAS-J cog.

SIB
 Severe Impairment Battery.
 日本語版は SIB-J.

CIBIC-plus
 the Clinician's Interview-Based Impression of Change plus caregiver input.
 日本語版は CIBIC-plus-J.

れらに関連する生物応答を引き起こすことを利用している。わが国では ADAS-cog あるいは SIB といった認知機能を測定する検査によって、認知症に伴う自然な認知機能低下が遅延する効果¹⁻⁵⁾が認められ、薬価収載されている(調)。一方 CIBIC-plus などは薬剤によって有意な効果が得られていないことにも留意されたい(調)。つまり医師の主観的な改善効果は統計的有意ではなかったのである。すなわち、現行の抗認知症薬とは合理的な生物学的応答に根ざし、認知機能低下の遅延をもたらすといった効果を有する。抗認知症薬の効果についてはこれ以上でもこれ以下でもない。

世間ではしばしば「抗認知症薬なんて効かない」と言うが

抗認知症薬は他の薬と同様に、上述したように狙った「効果」があることが証明されている。その効果とは認知機能の低下の遅延効果である。しかし日常診療で「そうではない効果」について医師はつい口走る。いまや抗認知症薬を販売する各製薬企業のパンフレットやメディアの記事などで、そういった「そ

うではない効果」が紙面に踊る。

たとえば、よくあることなのだが、抗認知症薬については、飲む本人の家族や医師から「ビタミン剤程度」とか「効きもしない」などとメディアやネット等で書かれている(批判が目的ではないので引用はしない)。

ところで血圧の薬を飲めば医師は必ず血圧計でその後の経過をみるはずである。そしてその効果を知る。痛み止めも糖尿病の薬も同様。そのうえで期待する効果がなければ、「効きもしない」と言う。

❖ 「効きもしない」抗認知症薬って？

だから抗認知症薬の「効きもしない」に対して違和感がある。上述したように効いたか効いていないのかを調べたのであろうか。たぶん調べていない。にもかかわらず「効きもしない」と言い切る家族や医師。それで抗認知症薬を止めてしまう。それでよいのか。ここで面白い知見がある。上述したように医師の主観ではこの薬の効果はわからない、という薬なのだ。だから、効きもしないとする「思い」は、これらの臨床試験の結果とは矛盾しない。それでもまだ違和感がある。その違和感を解いてみよう。

❖ 「抗認知症薬なんて効かない」の違和感を解く

降圧剤を例にとる。たとえば

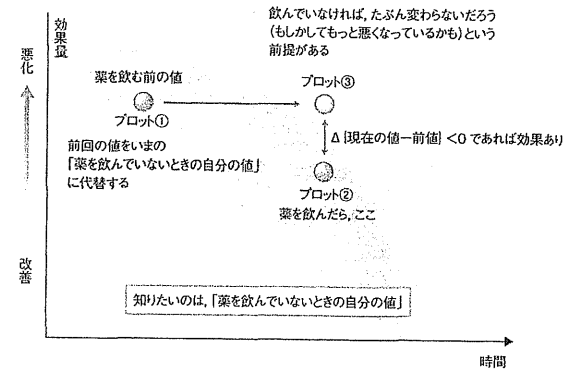
「平均収縮期血圧が180 mmHgの人が降圧剤を飲んだ。数週間後再受診したところ平均140 mmHgまで下がった。自覚症状の変化はない。」

この例を利用して、抗認知症薬の「効きもしない」を考える。

抗認知症薬の効果は医師にはわからない、と上述した。認知機能低下以外の何らかの理由で、「効きもしない」思いがあるのである。降圧剤の例で言えば、血圧計で血圧も測らずに「降圧剤が効いた(あるいは効かない)」と言っているに等しい。ここで血圧の値以外の何らかの理由で、「効かない」と判断して、血圧を知らずして降圧剤を中断する行為に相当する。実際にそういった医師がいれば、そういう行為は暴挙と言われるはずである。だから抗認知症薬におけるこれと同じ判断には違和感があるのである。しかし抗認知症薬については、ネットや本等を見れば、その暴挙であるはずの行為が多い。いまの文化は、その暴挙を受け入れるように、その暴挙らしさを感じないように変形しているようである。

では、血圧計と同じように抗認知症薬の効果をスケールで調べれば済む、と考えてしまってもよいのか。まだ問題がある。降圧剤の場合のように単に調べればよい、というわけではない。まだこの「薬の効果を知る」には落とし穴がある。

❖ 降圧剤の効果



❖ 「抗認知症薬の効果を知る」の落とし穴

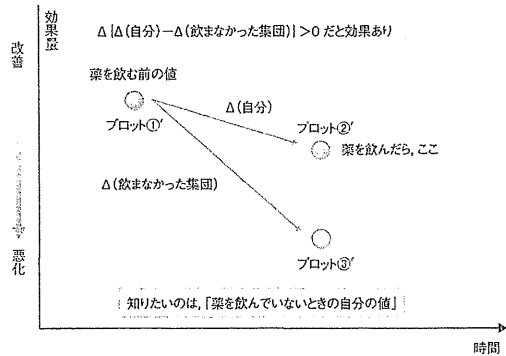
「抗認知症薬の効果を知る」プロセスは「降圧剤の効果を知る」それと異なる。わかりやすくするために再度降圧剤を例にとる。❖を見てもらいたい。

❖ 定常状態の変化に対する効果

ある日、検診で高血圧を指摘されたときの血圧がプロット①であった。とすると、降圧剤の投薬がはじまりそののち再受診した。そのときの血圧はプロット②だった。

このとき知りたい血圧値は「薬を飲まなかったときの自分の値」である。でもそれを知ることは不可能である。だとしたら、その値の代わりになるよい推定値がほしい。薬の効果と、それを評価するまでの短い期間(たとえば数週間)とを考えれば、おそらく薬を飲まなければ今日の値はきっと飲む前の値とそう変わらないであろうと考える。だからその代替すべき推定値は、薬を飲む前の自分の血圧値(プロット①)である。その値と薬を飲んだ後の値(プロット②)を比較して、効いた(あるいは効いていない)と判断すればよい。つまり降圧剤は飲まなければほぼ定常値である値に対して、変化を与える効果がある。その性質に基づき、今日の降圧剤の効果を経験的に判断している。しかし、抗認知症薬の場合にはこの形式とは違う。

抗認知症薬の効果



変化の変化に対する効果

同じように抗認知症薬について考えてみよう。

薬を見ていただきたい。縦軸が Δ とは逆になっていることに留意されたい。臨床試験の形をなぞっている。受診時に、薬の評価をするのに適切な神経心理検査を行った(プロット①)。しばらく服用を続けてから再度神経心理検査を受けた(プロット②)。知りたいのは降圧剤と同じように、抗認知症薬を飲んでいない場合の自分の値である。ここからは降圧剤とは違う。その代替値はどこにあるのであろうか。薬を飲んでいなければ悪化する。薬を飲んでも悪化する。ただし悪化の程度が違うと言う。代替値は降圧剤のように過去の自分の中にはない。どうしても他の人の値に依存せざるを得ない。つまり薬を飲んでいない人々の集団を利用して、「薬を飲んでいないときの自分」の代替値にするしかないのである。抗認知症薬は、認知機能の変化への介入がその薬効である。日常診療に耐え得るような外的妥当性を確保するために、日常診療の結果をデータベースに構築し、適切な統計手法に基づいて、その代替値を生成するしかないのである。紙面の都合上統計的な工夫については触れない。薬効のみならず、おそらくこのような薬価収載薬は世界初であろう。

抗認知症薬は文化に依存する

抗認知症薬の効果については述べた。では、なぜそんな抗認知症薬を飲むのか。を問うてみたい。抗認知症薬は認知機能の低下を遅くする薬である。つまり認知症の状態を長続きさせる薬である。抗認知症薬を飲むと屁理屈が増える。

という指摘もある。あるいは周辺症状である不穏興奮の薬である、といった指摘もある(ともに出典を引用しない)。本当か。一体どういうことか。ここに解を与えるために、いまの文化を知る必要がある。今一度、医学用語を点検し、さらに後半部では認知症の人々の言葉を得て、その文化のありようを探ってみる。

スティグマと理解

粗い理解にはスティグマ(偏見、見下した見方)が伴いがちである。認知症になると人格が崩壊する、と言われてきた。しかしそうではないことを認知症の本人とある研究者が指摘した⁶⁾。「認知症になると、知的な能力に陰りが出てきて、豊かな感情の表出も難しくなる。しかし、それでも、その人の本質であるスピリチュアリティは決して失われない」と。さらにその認知症の人が、2012年10月の来日時に講演会を行いその記録を残している⁷⁾。われわれが到達し得ない豊かな言葉で認知症になった世界を紹介し、人々が認知症になってからの希望を紡ごうとしている。感動を覚えざるを得ない。

医学的理解を進める

さて、理解を精緻なものに近づけるために、まず認知症の基本的な医学用語についてとりあげる。医学の進展においては、ある特徴的な表現をこの「症状」とラベル化することは重要な礎である。ここでは「BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia; 認知症に伴う行動と心理の症状)」、[周辺症状]、「中核症状」の3つの概念について整理したい。

BPSD

1999年に国際老年精神医学会(International Psychogeriatric Association: IPA)でフィンケル(Finkel SI)とバーンズ(Burns A)によって16か国・60人の専門家によるコンセンサス会議がもたれ、BPSDについて以下のように定義された。

「認識・思考内容・気分・行動が障害される(disturbed)ことでしばしば生じる認知症患者の症状」

ここでは認知症の原因となるような疾患が特定されていないことに留意されたい。さらに歴史的な認識から当然であるが、「認知症」の本体である「認知機能低下」自体の症状を含んでいないことにも気づける。

周辺症状

「周辺」という言葉は「中核ではない」と同義である。つまり中核症状以外の症状である。



1996年、国際老年精神医学会でFinkelらが中心となって"behavioral and psychological signs and symptoms of dementia"の概念を提唱し(Finkel SI, et al, *Int Psychogeriatr* 1996; 8 (Suppl 3): 497-500)、それに基づいて1999年に行われた国際老年精神医学会のコンセンサス会議で"BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia)"が定義された。

中核症状

中核症状とはある認知症疾患に特異的に出現する症状である。認知症疾患はそれぞれ脳の特異的な変化があると信じられている。また、すべてでないにせよ、典型的なものはそのように規定されている。つまり疾患ごとに特異的な「脳の変化」が存在する。そのために、中核症状とはその疾患ごとの脳の変化と直結している症状のことである。とするのは合理的である。

BPSDと周辺症状の違い

上述したように中核症状は、「疾患依存」の概念である。したがって中核症状以外の周辺症状も「疾患依存」の概念である。しかし、上述したようにBPSDは疾患とは独立の概念である。幻視はレビー小体型認知症の中核症状⁸⁾であり、BPSDでもある。「BPSD = 周辺症状」ではないことに留意されたい。

周辺症状に対する違和感

ここまで整理すると「周辺症状」なるものに違和感を覚えてくる。つまり、周辺症状とは中核症状以外の症状、ということとは「疾患ごとの脳の変化に直結」しない症状である。言い換えると「疾患で生じた脳の変化が直結」しない症状である。それでは一体それは何か。そういうものを医学では「症状」と呼ぶのであろうか。いわゆる周辺症状の原因となっている、要因分析に役立つものがある。下記のトム・キットウツドの公式⁹⁾である。

D = P + B + H + NI + SP
 D = manifestation of Dementia (認知症と生きる姿)
 P = Personality (パーソナリティ)
 B = Biography (生活史)
 H = Health status (健康状態)
 NI = Neurological Impairment (神経の損傷)
 SP = SocioPsychology (社会心理)

最後の「社会心理」とはミクロな視点で言えば人間関係、マクロに言えばそれらが織りなす文化のことを指す。はたして周辺症状がそのようなものとして説明されるとき、どうしたらよいかの提案を以下で述べたい。

ケアの現場では「周辺症状」を使わない

しばしばケアの現場で、周辺症状の暴言を抑えてもらえないか、と医療への注文がつく。「症状」と言われれば医師であれば、それを抑えなければならない、と思うのは職業上の癖である。しかし暴言や暴力、徘徊などは先の公式を振り返ると、その原因は、痛みや不快感、疲労、難聴などの身体状態(H)が原因かもしれない、場の雰囲気が悪い、サービス提供者の態度が不愉快(SP)なのかもしれない、その人の過去の体験がそうさせているのかもしれない(B)、そも

トム・キットウツド
 (Thomas Kitwood /
 1937-1999)。イギリス
 の臨床心理学者。

そもそういう人(P)なのかもしれない。したがって医療者として真っ先に行くべきことは、この点において解決できるものは解決すべきこと、である。もしこれらを医学的「症状」としてしまえば、その人なりの表現の真の理由を考えなくなってしまふ。であればこの「周辺症状」という言葉は弊害しか生まない。何がそうさせているのかを精査することなく、頭ごなしにその「症状」に抗精神病薬を投薬する、そうならないように身体を拘束する、といった処置は、「人」として考えることを放棄している。単なる虐待である。したがってケアの現場では一層のこと「周辺症状」なる用語はなくしてしまった方がよいと提案する。

しかし、ここで悩みを深めてほしい。それでも抗精神病薬を使ってしまう場面は決して消えてしまわないであろう。それはどういふときか。ここには強い緊張感と思考が医師に求められている。このときとるべき態度を熟考することは、将来きっと認知症になってから死ぬ筆者と読者にとっても大切なことである。

中核症状という用語の問題

やや粗いが症状を「顕在化した表現型」としたい。しばしば認知症の中核症状には記憶力の低下、失見当識、注意力の低下などがある、といった表現がある。これらについてもよく考えてほしい。正確にはこれらは機能の低下である。つまり「症状」ではない。症状とは違ってこれらは一見して外からはわからない。そういった機能低下を押し量ることが、認知症の人に提供すべき医療支援の第一歩である。機能低下を押し量るには通常の神経心理検査では不足である。いきなり年齢を聞いたり、物品を呈示してあとでその名前を言わせたり、引き算させたり、認知症の人を「人」として診察するのは粗すぎるのである。それだけではその機能低下のせいで「生活上なにに困っているか」については足りないのである。ひたすら配慮の行き届いた詳細な聞き取りと観察しかない。

認知症にならない、進行しなくなるといった予防

糖尿病、高血圧は認知症のリスクファクターとして指摘されて久しい。たしかに生活習慣病は脳に悪い。2013年の国際アルツハイマー病協会(Alzheimer's Disease International: ADD)の台北大会では、「心臓によいことは脳にもよい」と謳われた、とのことである。

ここではそういう文脈ではなく、よく市民が期待する「認知症にならない」、あるいは「なっても良くなる」といった意味における予防についてである。ちなみにそんな方法はない。この文脈における「認知症の予防法」についての、世界で通用する論文は知らない。時々、音楽、飲料、作業することによって認知症が良くなる、ないしは認知症にならないで済む、などと喧伝されることがあるが、反論の論文が出版されたり、時間が経つと支持する者もいなくなったり、歴史に耐えきれない方法が「ほとんど」である。この「ほとんど」の程度

をアメリカのアルツハイマー協会は、以下のように述べている。

信じられている8番目の噂

アルツハイマー病の進行を止める治療法がある。

【真実】

現時点で、アルツハイマー病の進行を治したり、遅らせたり、止まらせる治療はない。FDAが承認する薬は、その薬を飲む半数の人が、症状が悪化するのを平均半年から1年、一時的に遅くさせる。

Alzheimer's Myths : Alzheimer's Association.
http://www.alz.org/alzheimers_disease_myths_about_alzheimers.asp

つまり「ほとんど」ではなく、それ以外のものは「全く」ない。としている。この予防に関する認識は、当事者に対して深刻な影響を与える。

ある医師から言われた予防法を、認知症が進行しないことを願って毎日飽くことなく続けた人がいた。その家族の相談を筆者は受けたことがある。夫の認知症はどんどん進行する。しかしそうやってほしくはない妻は、それだけに執拗にその予防法を夫にさせる。筆者はその妻に、残酷だと思いつつも、真実を伝えた。その予防法にはエビデンスはない。と、妻は大いに泣いた¹⁰⁾。

だまし打ちはいけない。真に予防できれば誰もがそれを欲しい。その気持ちは否定できない。しかし残念ながらまだそれが無い。われわれは、いまはそのことを受け入れるしかないのである。逆にそれだけに希望を見いだす努力を怠ってはいけない。「自分ごと」として考えてほしい。うそでもいいから、予防法がある。と書いてほしいのか。現実を見据え、それからの暮らしをどうつくりあげていくことを支援してほしいのか。ここは読者の英知に委ねる。インターネットが日常となり、自身の認知症をカミングアウトしながら世間に発信する人々がいる。認知症の恐怖、不安を語り合う一方で、それでも生活に工夫を凝らしながら、ときに励まし合い、生き生きと生き、日常を暮らす姿も知ることができるようになった。われわれの大切な先輩である。認知症になり、きびしい現実と対峙しつつ、生きる尊さをわれわれに教えてもらえる。ことを付記したい。

[3つの会@web]
http://www.3isu.jp
【認知症一期一会】
http://blog.goo.ne.jp/mizukiosamu (現在は更新停止)
などで当事者の声を知ることが出来る。

🗣️ 非薬物的アプローチに対する認知症の人の本音

さて予防法としてあるいは非薬物療法としてしばしばケアの現場で行われるドリル、脳トレ、パズル等がある。しかし認知症の人の本音を知ることのできる。認知症の人の自身の言葉がある。

「僕の持論は“闘いを選べ”ということだ……なぜかという、僕らは非常に疲れやすくて、疲労することを用心しているからね。僕らはよく人から、脳を使え、と無神経にアドバイスされるけど、そう言われた僕らは、大事なことについて考えずに、クロスワードパズルやつまらない会話に自分の貴重なエネルギーを無駄遣いしてしまっただよね」(モリス・フリーデル氏のメールより)

(クリスティーン・ブライデン(著)/馬龍久美子・楢垣陽子(訳)「私は私になっていく一痴癡とダンスを」クリエイツかもがわ, 2004, p.183より)

🗣️ 意識されにくいスティグマ

実際のケアの現場では、スタッフは一生懸命に認知症の人のために心を尽くしている。しかし、その善意や親切心がスティグマを生んでいる、といった難しさもある。

「分からなくなるといけないのでここに書いておきますね。忘れられたらここを見てくださいね、来週には写真も持ってきます。顔、覚えられないでしょうから……」と言いました。私は「はい」と言いました。でも何となく言いたくない「はい」でした。

(あやちゃん:ものわずれネットカフェ2号店, 2008.09.07より
http://blog.goo.ne.jp/ninjinsha/e/6b978face9e71cca6f804df1280151)

🗣️ スティグマがもたらす恐怖

「私は、最後にはまわりのものがわからなくなり、自分の娘も誰かわからず、友だちにあいさつもできなくなるという予想におびえた。きつと、さびしく恐ろしいことだろう——いつも、どこがよく知らない場所、見知らぬ人々に囲まれ、何をたよりにしてよいかわからない」

(クリスティーン・ボーデン(著)/楢垣陽子(訳)「私は誰になっていく?—アルツハイマー病者からみた世界」クリエイツかもがわ, 2003, p65より)

「つまり、私は、自分自身をコントロールしたり、自分に残された人間としての最小限の尊厳さえ失ってしまうのではないかと心配でならない」

(ダイアナ・フリール・マクゴウイン(著)/中村洋子(訳)「私が壊れる瞬間—アルツハイマー病患者の手記」DHC, 1993, p152より)

われわれ医療者が診療の現場でいま向き合っている人は、こういった生きる恐怖を生で味わっているのである。そしてそれは近い将来のわれわれの姿でも

ある。

抗認知症薬の人生における意味

文化を垣間見ることができる医学用語として認知症本人の言葉についてはまだ数限りなくある。ほんの一部だけを紹介した。認知症の状態を長らえるような抗認知症薬を飲む意義とは、認知症になってから生きる暮らしに希望がなくなてはならないことに他ならない。少しでも「生きる」手伝いができなければ、この抗認知症薬の「認知症の状態を長らえさせる」効能を引き出す意味がない。

抗認知症薬が、ほかの薬剤と同じように、それを飲む本人にとって大切になるような文化をわれわれは求めていかねばならない。それはいま目の前にいる認知症の人のみならず、近い将来認知症になる筆者と読者のために本質的に必要なことであるからである。そういった形で認知症医療が編まれることを心より願ひ、筆を置く。

文献

- 1) Homma A, et al. Clinical efficacy and safety of donepezil on cognitive and global function in patients with Alzheimer's disease. A 24-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in Japan. E2020 Study Group. Dement Geriatr Cogn Disord 2000 ; 11 (6) : 299-313.
- 2) Homma A, et al. Donepezil treatment of patients with severe Alzheimer's disease in a Japanese population : results from a 24-week, double-blind, placebo-controlled, randomized trial. Dement Geriatr Cogn Disord 2008 ; 25 (5) : 399-407. doi : 10.1159/000122961. Epub 2008 Apr 3.
- 3) 本間昭ほか. ガランタミン臭化水素酸塩のアルツハイマー型認知症に対するプラセボ対照二重盲検比較試験. 老年精神医学雑誌 2011 ; 22 (3) : 333-345.
- 4) Nakamura Y, et al. A 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy, safety and tolerability of the rivastigmine patch in Japanese patients with Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 2011 ; 1 (1) : 163-179. doi : 10.1159/000328929. Epub 2011 Jun 24.
- 5) 中村祐ほか. 新規 NMDA 受容体拮抗剤であるメマンチン塩酸塩の中等度から高度アルツハイマー型認知症に対する第 III 相試験—有効性および安全性の検討. 老年精神医学雑誌 2011 ; 22 (4) : 464-473.
- 6) エリザベス・マッキンレー, コリン・トレヴィット (著), 遠藤英俊ほか (監修), 馬籠久美子 (訳). 認知症のスピリチュアルケア—こころのワークブック. 新興医学出版社 ; 2010.
- 7) クリステイーン・プライデン (講演), 馬籠久美子 (翻訳). 認知症と生きる. 看護研究 2013 ; 46 (No3) : 321-326.
- 8) McKeith IG, et al. Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : third report of the DLB Consortium. Neurology 2005 ; 65 (12) : 1863-1872.
- 9) Kitwood T. A dialectical framework for dementia. In : Handbook of the Clinical Psychology of Ageing (Woods RT, ed). J. Wiley & Sons ; 1996, pp267-282.
- 10) 木之下徹. 薬物治療の最最大化. CLINICIAN 2011 ; 58 (No598) : 552-556.

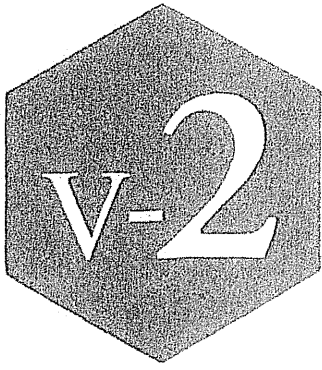


図1 生活習慣病対策から認知症予防を考える

V. 認知症診療に対するチーム医療

病診連携

長谷川 浩¹⁾, 神崎恒一²⁾

1) 杏林大学 医学部 高齢医学教室 准教授

2) 杏林大学 医学部 高齢医学教室 教授

- 一番重要なことは、認知症の病診連携は地域や多職種を交えた大きな認知症連携の一部であることを常に考えることである。
- 認知症は厚生労働省の発表で平成25年の時点ですでに国民のうち420万人が罹患しており、このうち半数は在宅患者である。このため、認知症を専門としない医師も診なければならぬcommon diseaseになってきている。
- 認知症では、治療とケアを同時に行い患者や家族が在宅で地域コミュニティと協力しながら生活していくことが最大の目標である。このため、認知症連携パスと他の疾患の地域連携パスとでは方向性が大きく異なると考えられる。
- 情報、状況が整えば、軽度から中等度の認知症患者を診る覚悟のあるかかりつけ医も多い。
- 認知症専門病院は地域のかかりつけ医からの依頼に誠実に対応し、軽度から中等度の患者は診断と治療方針を決定した後にかかりつけ医に戻っていただくようコミュニケーションを取るべきである。また、できるだけ地域で診ることが難しい重度や周辺症状の強い患者の診療を行うよう努めるべきである。
- 認知症疾患医療センターとは、都道府県および指定都市により認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核機関として指定を受けた医療機関のことである。

はじめに

本稿において一番重要なことは、認知症の病診連携は地域や多職種を交えた大きな認知症連携の一部であること(図1)を常に念頭において行うことである^{1,2)}。

病診連携は以前より各疾患の分野で行われており、基本の構造として比較的重度の(急性期)疾患に対しては病院で精密検査、専門治療、手術、入院が行われ、これに対し、比較的軽度で慢性期の疾患やcommon diseaseを診療所・クリニックで診療するという形が取られてきた。とくに最近では、治療→リハビリテーション→在宅(場合によっては療養型病床や介護施設)の流れをスムーズにするために、脳卒中、大腿骨近位部骨折などには脳卒中地

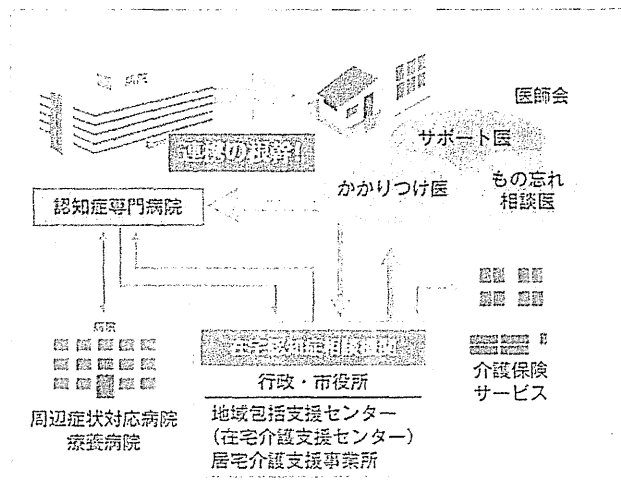
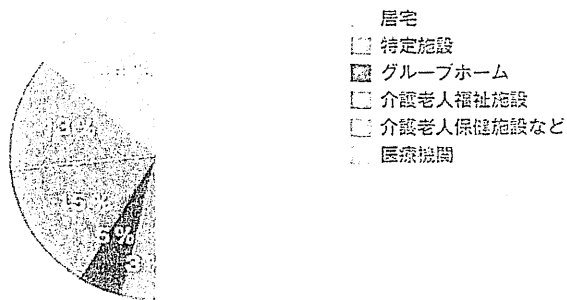


図1 認知症連携・多職種連携のイメージ



域連携バスが^{3, 4)}、大腿骨近位部骨折地域連携バスがそれぞれ実施されており^{5, 6)}、これらには診療所主体型や病院主体型、インターネットの利用や遠隔操作など、地域の特質により各地域でいろいろな工夫がされている。しかしこれらの地域連携バスは、病院→リハビリテーション施設→在宅と一方向であることが多い。また、がん地域医療連携バスは術後の経過フォローや治療主体のバスと考えられ、外来化学療法の増加に伴い増加している^{7, 9)}。

果たして認知症は、このような既存の病診連携方式で患者、家族、医師が満足する連携が取れるのであろうか？

背景

厚生労働省の発表で平成25年の時点で、すでに国民のうち120万人が認知症に罹患しているとされている。またこのうち半数は在宅患者である(三三)。言い換えれば、認知症は認知症を専門としない医師も診なければならぬcommon diseaseになってきている。しかし、通常の一般医は認知症の診療に慣れておらず、高血圧や糖尿病、風邪などの通常疾患の合間に、中等度から重度の認知症患者を診察することになる。これらの認知症診療には非常に労力・時間が取られ、ともすると診断・治療に難渋する。場合によっては患者や家族、診察した医師すらも満足のいかない結果となり、“認知症診療はもうこりごり！”ということになってしまうかもしれない。しかし、以前から高血圧や糖尿病などで診ていたかかりつけの患者も高齢化により認知機能が低下しはじめる。かといってこの患者の診療をいきなり止めることもできないため、非常に困っ

(一)

- ①認知症高齢者の長期予約待ちが恒常化
→かかりつけ医でも対応してほしい
- ②高齢者の在宅での生活実態がわからない
- ③在宅相談機関との連携が不十分

(二)

- ①認知症を専門としていないため、診断・治療が難しいと感じる
- ②外来診療時間を圧迫される
- ③高齢者の在宅での生活実態がわからない
- ④在宅相談機関との連携が不十分

(三)

- ①認知症に気づかない
- ②認知症のことがわからない→不安が大きい
- ③適切な介護がないと家族の負担が増える

(四)

- ①病識がない認知症高齢者、家族をどのように医療につなげたらよいかわからない
- ②病状・診察状況がわからない
- ③どう対応すればよいかわからない

て認知症の専門病院へあわてて紹介することになる。病診連携がうまくいっていない場合、紹介を受けた認知症専門病院はすでに既存の患者であふれており、新患を診るまでに時間がかかり、これ以上の再診患者を受け入れられなくなっていることも多い。こうなると、紹介する側の診療所は“いつになったら専門病院は診てくれるのか！診てくれるまでに時間がかかりすぎる！中途半端な状態でこちらに返されても困る！”となってしまう。反対に紹介を受けた認知症専門病院は“軽症の認知症を送られても困る！かかりつけ医に戻そうとしても受けてくれない！これ以上再診患者は診きれない！”といった悪循環に陥る危険性がある(三三)。このような課題を解決するには、果たして、どのような連携が必要なのであろうか？

認知症では、治療とケアを同時に行い患者や家族が在宅で地域コミュニティと協力しながら生活していくことが最大の目標である。このため、認知症地域連携バスと他の地域連携バスとは、その方向性が大きく異なると考えられる。

脳卒中地域連携バス、大腿骨近位部骨折地域連携バス、がん地域連携バスはとくに中核病院とリハビリテーション施設、地域の診療所との“医療情報連携”が主体となっている。一方、介護やケアがより重要である認知症地域連携においてはこのような“医療情報主体型地域連携バス”では不十分な側面が出てくると考えられる。最近さまざまな地域で認知症の連携やバスについての報告がある^{10, 12)}。

認知症の多職種連携に関しては次章に譲るが、きちん

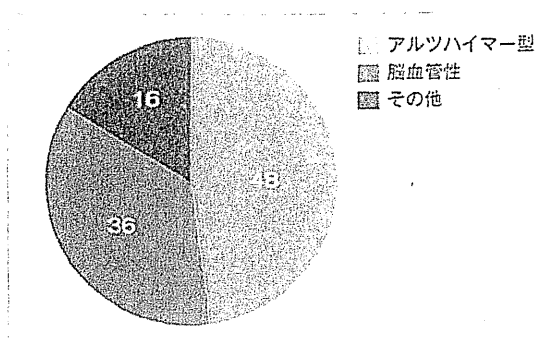


図2 2000年の忘れの認知症タイプ (2000年, 総患者数122名) 数字は%.

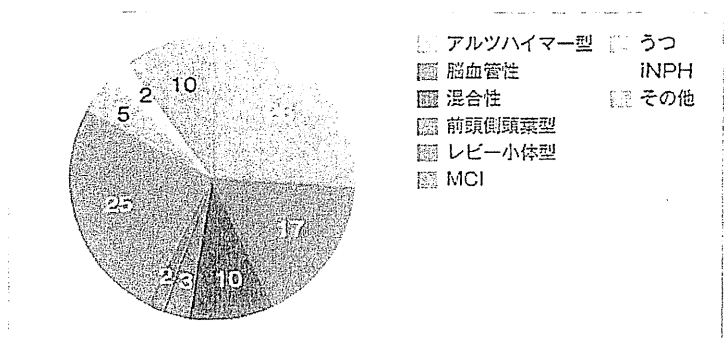


図3 2011年の忘れの認知症タイプ (2011年, 総患者数700名) 数字は%.

と確立した病診連携が地域連携の大きな柱のひとつであることは論を待たない。では、どのようにして利用しやすく有用な病診連携を構築すればよいのであろうか。

認知症連携におけるかかりつけ医の立場

図2に示すように、認知症は在宅の患者が一番多い。また、認知症は軽いうちは見過ごされる傾向があり(図3)。また認知症が疑われてから受診するまでの期間は平均2年間という報告もある¹³⁾。しかし、これらの患者はすでに高血圧や糖尿病などのcommon diseaseでかかりつけ医を定期的に受診していることが多い。また、かかりつけ医は患者の家族との関係が構築できていることが多く、早めに患者の認知機能低下の情報を得られることも多い。こうなると、かかりつけ医がその患者の認知機能のある程度的確に評価し経過を追って行けば、認知症の中核症状や徘徊などの周辺症状が悪化してからあわてて専門病院へ紹介するといった事態を避けることができる可能性が高い。

専門医に紹介するタイミングは前章で述べられているが、現実的には困ったら一度は専門医の意見を求めたいと考えるのは自然な流れである。ここで重要なのは、多くのかかりつけ医は認知症患者の診療を必ずしも拒否しているわけではなく、情報や状況が整えば、軽度から中等度の認知症患者を診る覚悟がある医師も多いということである。実際に筆者が参加している三鷹・武蔵野市認知症連携では、当初はかかりつけ医から当もの忘れセンターへの、やや一方に傾いた紹介が多かったが、最近では診断を行い、治療方針を立てた軽度から中等度の認知症患者の相

当数をかかりつけ医で診ていただいているのが現状である(図2・図3)。

最初から述べているように、重度の認知症患者や周辺症状の強い認知症患者をいきなりかかりつけ医が診ることはかなり困難である。かかりつけ医が医師会の勉強会や書籍などでセルフトレーニングを積んだり、認知症サポート医講習を積極的に受けることや、実際に診療し経験を積むことで軽度から中等度の認知症は対処可能になることが多い。また、当初は重度であったり周辺症状が強かったりした患者も、投薬や介護環境の改善により症状が改善し、かかりつけ医で診ることが可能になることもある。

認知症連携における専門医療機関の立場

認知症専門病院は地域のかかりつけ医からの依頼に誠実に対応し、軽度から中等度の患者は診断と治療方針を決定した後にかかりつけ医に戻ってもらうコミュニケーションを取るべきである。専門病院はできるだけ地域で診ることが難しい重度や周辺症状の強い患者の診療を行うよう努めるべきであろう。しかし認知症は疾患の性格上、進行することが多いため、一度かかりつけ医に戻した患者でも症状が増悪することがある。この場合は可能なかぎりすみやかに再診できるように工夫すべきである。また、その認知症専門病院が認知症入院病床を持っているか否かで入院に対するアクセスは大きく異なってくる。入院病床を持っている認知症専門病院は比較的容易に入院治療を行えることも多いが、認知症入院病床を持たない専門病院は、BPSD(周辺症状)が増悪した際に入院先を探すために多大な労力を必要と

することがある。これらの問題は入院治療後にも存在する。平成22年度の厚生労働省人口統計では入院中の認知症患者数は7万7400人（血管性および詳細不明の認知症患者4万4400人+アルツハイマー病患者3万3000人）とされている。認知症の入院病床は各地域ともきわめて限られており、近くに精神科の病院があっても認知症の入院治療を行っていないことも多い。また、認知症患者の入院期間自体が長期化している（平成22年度厚生労働省人口統計）という問題もあり、これらの問題に対する解決が求められている。

また、もともと認知症患者は高齢者が多く、すでに複数の身体疾患を抱えていることが多い。これらが増悪したり、肺炎、心不全、虚血性心疾患、脳血管障害などを発症することも多い。認知症患者の場合、入院後の管理の難しさから一般の病院での入院を断られることがあり、大きな問題となっている。

認知症疾患医療センター

これらの問題を解決するために、平成20年厚生労働省の主導で、従来の老人性認知症疾患センターに代わり全国に認知症疾患医療センターの設置が決定された。

認知症疾患医療センターとは、都道府県および指定都市により認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核機関として指定を受けた医療機関のことである。全国に約175カ所の整備を目的としており、平成25年4月1日現在において195カ所が設置されている。

認知症疾患医療センターの役割としては、以下のようなものが挙げられる。

認知症疾患医療センターには医療相談室を設置し、認知症に関する専門知識を有する精神保健福祉士などを配置する。この医療相談室では、本人、家族、関係機関（地域包括

支援センター、区市町村、保健所・保健センター、介護保険事業所など）からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、状況に応じて、適切な医療機関などへの紹介を行う。

認知症疾患医療センターでは、認知症の診断を行うが、医学的な診断だけでなく、日常生活の状況や、他の身体疾患などの状況なども踏まえ、総合的に評価を行う。また、関係機関と情報の共有化を図り、医療・福祉・介護の支援に結びつけていく。

診断後は、患者のかかりつけ医と連携を図り、日常の診療はかかりつけ医が担当することが基本となる。

身体合併症および周辺症状を有する認知症患者は、認知症疾患医療センターで受け入れるほか、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院などと緊密な連携を図り、地域全体で受け入れる体制をつくっていく。

地域の医療機関、地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センターなどの関係機関、家族介護者の会などとの連携を図るため、協議会などを開催し、地域において関係者が密接に連携するネットワークづくりに向けた検討を行っていく。

認知症疾患医療センターの院内においては、専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めていくとともに、地域においては、かかりつけ医の認知症患者への対応力を向上させるための研修などに取り組んでいく。

認知症に関する正しい知識を理解してもらうための情報発信を行う。

要約すると、認知症疾患医療センターは地域医療と連

携し、診断や治療が難しい認知症高齢者を受け入れる切り札的な施設と位置づけられる。ごく早期の認知症は、かかりつけ医では判断が難しいが、センターでは専門医が適切に診断し、医療や介護支援につなげる。認知症に伴う徘徊や幻覚・妄想などがある患者が、糖尿病や肺炎といった体の病気が悪化した場合、一般の医療機関では治療が難しいことがある。センターは地域の病院や診療所と連携して、こうした患者にも対応することとなっている。

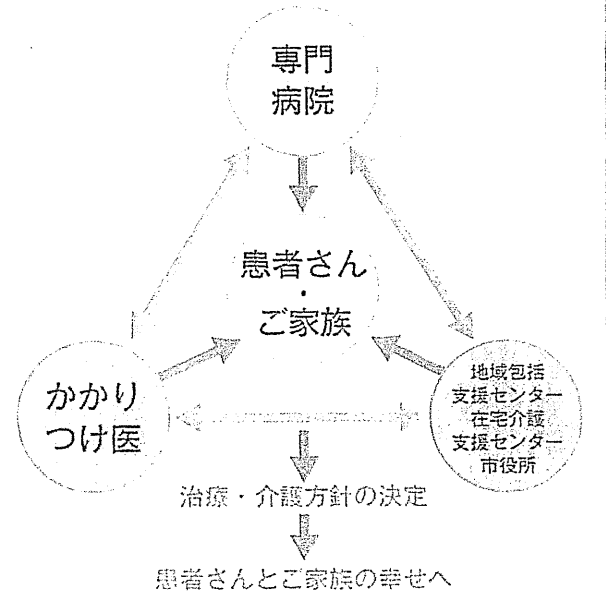
しかし、各認知症疾患医療センターはすべての地域に設置されているわけではなく、また膨大な数の地域患者を対象にしているため、すべてのケースに迅速に対応できているとはいえない場合もある。

おわりに

一番重要なことは、最初に述べたように病診連携は地域や多職種を交えた大きな認知症連携の一部であることを常に考え診療にあたることである。このなかで病診連携

文獻

- 1) 長谷川 浩 著, 認知症の地域連携—三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状, 秋下雅弘 編, 内科, 南江堂, 2011; 103 (6): 1231-4.
- 2) 長谷川 浩, もの忘れ外来と認知症地域連携バスの試み—三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状, Cognition and Dementia, メディカルレビュー社, 2011; 10 (4): 362-5.
- 3) 前島伸一郎 他, 急性期病院の立場からみた認知症地域連携クリティカルパスと回復期リハビリテーション, 採集中, 2010; 32: 357-64.
- 4) 斎藤 潤, 急性期病院と回復期リハビリテーション併様の認知症地域連携バスと転帰に影響する因子の検討, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 2010; 47: 479-84.
- 5) 古橋弘基 他, 大腸骨近位部骨折術後の治療体制に関する検討, 中野日本整形外科災害外科学会雑誌, 2010; 37: 53: 1417-8.
- 6) 上田康博 他, 大腸骨頭部骨折地域連携バス導入の効果, 日本臨床整形外科学会雑誌, 2010; 35: 163-6.
- 7) 佐々木治一郎, クリニカルパスの事例 認知症の地域連携バス, 外科学化学療法, 2011; 2: 38-46.
- 8) Lower GI 他著, 大腸癌 大腸がんの地域連携バス, 辻 晃仁 編, 癌と化学療法, 2010; 37: 2067-74.
- 9) 竹村雅至 他著, 胃がん術後地域連携クリニカルパスの導入と現状, 山下好人 編, 癌と化学療法, 2010; 37: 1081-5.
- 10) 武田章敬, 在宅医療の制度・システム・教育 認知症地域連携ネットワーク, Geriatric Medicine, 2010; 48: 1489-92.
- 11) 松田 実, 認知症 認知症地域連携における専門医の役割, 治療, 2008; 90: 1166-71.
- 12) 弓倉 整, 地域連携の実際 都市型の医師会が主体となった地域連携実践について, 老年精神医学雑誌, 2006; 17: 125-32.



【図1】 介護型連携から診療型連携へ変える

はその根幹をなすものであるため、各病院、各診療所は認知症に対し可能である医療資源を最大限提供し、互いの立場を理解しながら良好なコミュニケーションを取り合い、地域包括センターや行政のサービスをよく理解したうえで、患者、家族、ひいては診療する医師自身が満足する形を構築できるよう努力すべきである(【図1】)。

- 13) 種村 拓 他, 高齢者に対する Frontal assessment battery (FAB) の臨床意義について, 脳と神経, 2006; 58 (3): 207-11.

著者プロフィール

長谷川 浩 (はせがわ ひろし)
 1989年 千葉大学 医学部 卒業
 1991年 慶應義塾大学 医学部 老年科学教室 助手
 1992年 北里研究所病院 内科 医師
 1993年 慶應義塾大学 医学部 老年科学教室 助手
 2000年 米国 Wake Forest University section of Cardiology Research Fellow
 2003年 杏林大学 医学部 高齢医学教室 助手
 2005年 同 学内講師
 2008年 同 講師
 2013年 同 准教授, 現在に至る

神崎恒一 (こうざき こういち)
 1986年 東京大学 医学部 卒業
 1988年 東京大学 医学部 老年病学教室
 1995年 東京大学医学部附属病院 助手
 2002年 東京大学医学部附属病院 老年病科 講師
 2005年 杏林大学 医学部 高齢医学 助教授, 杏林大学 医学部 高齢医学教室 教授, 現在に至る



ORIGINAL ARTICLE

Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: An investigation based on learning needs and attitude changes

Aya Seike,^{1,2} Chieko Sumigaki,¹ Akinori Takeda,¹ Hidetoshi Endo,¹ Takashi Sakurai¹ and Kenji Toba¹

¹Center for Comprehensive Care and Research on Demented Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, and ²Kokoro Research Center, Kyoto University, Kyoto, Japan

Aim: The National Center for Geriatrics and Gerontology has begun to provide educational support for family caregivers through interdisciplinary programs focusing on patients in the early stage of dementia. These interdisciplinary programs have established two domains for the purpose of “educational support”: cure domains (medical care, medication) and care domains (nursing care, welfare). In the present study, we examined the learning needs and post-learning attitude changes of patients and their families who participated in these programs in order to assess the effectiveness of an interdisciplinary program of educational support in each of these domains.

Methods: A total of 170 participants (51 dementia patients, 119 family members) were included in the study. Data were obtained from electronic health records, and through a written survey administered before and immediately after each program.

Results: A high percentage of patients and family members desired knowledge about the progression and symptoms of dementia, as well as measures to prevent progression, both of which fall under the medical care content. For patients, education in the medical care content increased their motivation to live. For families, education in the medical and nursing care contents promoted their understanding of dementia, while education in medication and welfare contents improved their skills for handling dementia patients and their symptoms.

Conclusion: Both patients and family members expressed a need to learn medical care content, including the progression and disease symptoms of dementia, and methods to prevent the progression of dementia symptoms. Their responses showed that learning medical care was effective for understanding dementia. We suggested that medical care content was the core of interdisciplinary educational support for early-stage dementia patients and their family members. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14 (Suppl. 2): 28–34.

Keywords: attitude changes, early-stage-dementia, educational support, interdisciplinary, learning needs, medical care content.

Introduction

The number of dementia patients in Japan is steadily increasing. In response to this situation, the “Future Direction of Dementia Policy –June 2012–” highlighted “early diagnosis and early care” as the foundation of

care.¹ The Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare advocates the strengthening of day-to-day family support in the community, irrespective of the stage of dementia.² Previous studies have shown that providing family caregivers of dementia patients with a psycho-educational program for a fixed period improves the trust between caregivers and patients, and provides caregivers with an understanding of the disease and coping ability for caregiving.^{3,4} Chien *et al.* stated that when care managers provided sessions on self-care and restoring or building family relationships, the patients’ symptoms stabilized, caregivers felt their care to be less burdensome, and the admission rates and periods of admission to medical institutions decreased.⁵ In

Accepted for publication 10 January 2014.

Correspondence: Dr Aya Seike MSW MPH PhD, Center for Comprehensive Care and Research on Demented Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, 35 Gengo, Morioka-cho, Obu, Aichi 474-8511, Japan. Email: ayahime@ncgg.go.jp

addition, counseling for dementia patients' family members enabled prolonged home care.^{6,7} However, all of these studies have methodological shortcomings. For example, when selecting study subjects from the population of dementia patients requiring care, these studies categorized symptoms too broadly, ranging from slight to severe. In addition, study program providers (interveners) were only chosen from the paramedic profession rather than from an interdisciplinary group.

In order to address some of these issues, the Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders (Monowasure-Center) of the National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) embarked on an interdisciplinary program of educational support for dementia patients and their families immediately after the definitive diagnosis of dementia. We examined the learning needs and post-learning attitude changes of patients and their families in order to assess the effectiveness of this interdisciplinary program of educational support.

Methods

Operational definition

First, the interdisciplinary research team set up two operational definitions. We defined the first few months after a definitive dementia diagnosis as the "early stage." Next, we set up a program offered through an interdisciplinary collaboration as "early-stage educational support."

Psycho-educational program

We divided the program structure broadly into two domains: the "cure domain" concerned with diagnosis,

treatment and medication for dementia, and the "care domain" concerned with care methods and social support for dementia patients. Furthermore, the cure domain consisted of medical care content and medication content, the care domain consisted of nursing care content and welfare content. We then set up four content categories for each domain (Table 1), and assigned physicians, pharmacists, nurses and psychiatric social workers as interveners.

Participants

The study protocol was approved by the institutional review board of the NCGG of Japan. Candidate patients and their family caregivers submitted informed consent before participating in the study. The total number of participants was 170. This research included several cases in which there were two or more family participants to one patient. In these cases, all participating family members in the household were counted in the number of participants. Following are the details of the 170 study participants (Fig. S1).

The study participants were 51 dementia patients (henceforth referred to as "patients") who had been given a definitive dementia diagnosis only a few months before participation in the program (August 2012 to August 2013). The 51 patients targeted in the study comprised 41 patients who participated in both the cure and the care domains, and 10 patients who participated in only the care domain. Furthermore, the study also targeted 119 family members of patients, raising the total number of participants to 170. These 119 family members comprised 53 who participated in both the cure and the care domains, and 66 who participated in only one domain. Of these 66 single-domain participants, 27 participated in the cure domain, and 39

Table 1 Structure of educational program

Domain	Program content	Intervener	Time provided (min)	No. times	Theme
Cure	Medical care	Physician	15	One time/one month	Basic knowledge about dementia
	Medication	Pharmacist	15	One time/one month	Pharmacological treatment and management through medication
Care	Nursing care	Nurse	15	One time/one month	Understanding dementia patients as "people with dementia" and coping methods
	Welfare	Psychiatric social worker	15	One time/one month	Provision of information concerning social resources that help patients and their caregivers in the community

participated in the care domain. Participation in each domain was based on request rather than random allocation.

Assessment and questionnaires

The items of type of dementia, Barthel Index (BI),⁸ Mini-Mental State Examination (MMSE),⁹ Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)¹⁰ and Zarit Burden Interview (ZBI)¹¹ were collected through patients' electronic health records, and descriptive questionnaires issued before and after each program. The questionnaire items administered before attending the program inquired about personal attributes and what the participant desired to learn. After completion of the program, we examined participants' learning needs and attitude changes for each domain, using four items: (i) degree of usefulness for future life and caregiving; (ii) degree to which anxieties about life and care are resolved; (iii) degree of improvement in future life and increase in incentive for care; and (iv) degree to which understanding of dementia is promoted. For the responses, we used a five-point Likert scale with possible answers to each question being: (i) completely disagree; (ii) disagree somewhat; (iii) cannot say either way; (iv) agree considerably; and (v) agree very much.

Statistical analysis

We carried out a statistical analysis of the quantitative data and categorized the qualitative data. For the data

analysis of χ^2 -test, we used the SPSS windows version 21.0 program (SPSS, Chicago, IL, USA).

Results

Characteristics of patients and family members

Characteristics of both patients and family member participants were analyzed (Table 2). Patients' clinical characteristics were analyzed according to sex, age, type of dementia, the BI, the MMSE score and the DBD. Among the clinical characteristics, Alzheimer's disease was the most common type of dementia (88.2%). In addition, some participating patients showed early-stage dementia with MMSE (mean \pm SD) scores of 19.9 ± 4.5 .

The family member characteristics analyzed were sex, age group, family relationship to patient, living with patients and the ZBI. Approximately 70.0% of family member participants were females, and approximately 50.0% of family member participants were in the old age group. In the family member's relationship to patient group, "spouse" accounted for the highest proportion of responses (47.9%).

Learning needs according to program contents and change in participant attitude

Cure domain (program content: Medical care/Medication).

Table 2 Baseline characteristics of patients and family members

The items	n (%)	Mean \pm SD
Patients characteristics (n = 51)		
Sex (female)	30 (58.8)	
Age (years)		78.8 \pm 6.6
Types of dementia		
Alzheimer's disease	45 (88.2)	
Vascular dementia	5 (9.8)	
Dementia with Lewy bodies	1 (2.0)	
Barthel Index		94.5 \pm 15.9
MMSE (total score)		19.9 \pm 4.5
DBD scale (total score)		13.1 \pm 8.1
Living with family members (at home)	47 (92.1)	
Family members' characteristics (n = 119)		
Sex (female)	83 (69.7)	
Older age group (from 60s to 80s)	59 (49.5)	
Patient's spouse	57 (47.9)	
Patient's daughter or son	41 (34.5)	
Patient's daughter or son-in-law	14 (11.8)	
Living with patients (at home)	114 (95.8)	
ZBI (total score)		19.6 \pm 4.5

DBD, Dementia Behavior Disturbance Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination; ZBI, Zarit Burden Interview.

Learning needs

A total of 27 patients and 80 family members gave complete answers regarding learning needs (Table 3). The majority of the patients' answers were categorized as "Understand how the advance of dementia can be prevented" and "Gained a general understanding of dementia." Many patients expressed a desire to know how to slow down the progress of dementia, as well as general things to keep in mind when going about their daily lives. Patients also stated their desire to confirm whether their current disease and symptoms were real.

With regard to family members, the majority of answers were in the categories "Gain understanding about dementia" and "How to cope with dementia and the patient."

Attitude change

With regard to program 1, "Leads to understanding of dementia" and "Useful for future care and living methods" had high values of more than 80.0% for patients, and more than 70.0% for family members

(Table 4). We did not find a statistical difference, but more than 70.0% of the patients answered "Leads to increased motivation to live," and similarly, more than 70.0% of family members answered that it "Leads to a resolution of anxiety about life and care."

For program 2, results for "Led to a resolution of anxiety about life and care" were approximately 70.0% for both patients and family members. In this program, family members' attitudes appeared to change, with 72.5% of family members, a markedly high result, answering that the program is "Useful for future care and living methods" and "Leads to increased motivation to live."

Care domain (Program content: Nursing care/Welfare).

Learning needs

On the topic of learning needs, 30 patients and 92 family members gave complete answers (Table 3). An extremely high proportion of patients (90.0%) answered that the program helped them to "Gain a general understanding of dementia." This result showed patients'

Table 3 Learning needs according to program contents

Domain	Content	Category	Patients <i>n</i> = 27	Family members <i>n</i> = 80
Cure	Medical care/Medication	‡Gain a general understanding of dementia	8 (29.6%)	35 (43.8%)
		‡Learn how to prevent dementia from progressing	10 (37.0%)	5 (6.3%)
		Gain knowledge on the treatment methods for dementia	5 (18.5%)	16 (20.0%)
		Learn how to approach dementia	0 (0.0%)	18 (22.5%)
		‡Resolution of psychological anxiety and conflict	4 (14.8%)	3 (3.8%)
		Find fellow dementia patients and caregivers	0 (0.0%)	2 (2.5%)
		Examine ways in which to announce dementia	0 (0.0%)	1 (1.3%)
			Patients <i>n</i> = 30	Family members <i>n</i> = 92
Care	Nursing care/Welfare	Learn care methods	0 (0.0%)	56 (60.8%)
		‡Gain a general understanding of dementia	27 (90.0%)	17 (18.5%)
		‡Learn how to prevent dementia from progressing	12 (40.0%)	0 (0.0%)
		Learn living methods	0 (0.0%)	5 (5.4%)
		Learn theories of coping with dementia patients	1 (3.3%)	6 (6.5%)
		Acquire information on the various types of social support	0 (0.0%)	4 (4.3%)
		Connection with community and whether or not to announce dementia	0 (0.0%)	2 (2.2%)
		‡Resolution of psychological anxiety and conflict	1 (3.3%)	2 (2.2%)
		Learn ways to make use of social resources	0 (0.0%)	1 (1.1%)
		Other	4 (13.3%)	0 (0.0%)

‡Categories raised (as needs) in both categories.

Table 4 Cure domain: Change in participants' attitude according to program contents

Program content	Questions inquiring about	Responses [†]	Patients (n = 27)	Family members (n = 80)	P-value (χ^2 -test)
1. Medical care	Q1: Program content is useful for future care and living methods	Agree	21 (77.7%)	60 (75.0%)	P = 0.97
		Disagree	6 (22.3%)	20 (25.0%)	
	Q2: Program content linked to a resolution of anxiety concerning life and care	Agree	19 (70.3%)	58 (72.5%)	P = 0.85
		Disagree	8 (29.7%)	22 (27.5%)	
Q3: Program content linked to improvement in future life and increase in motivation to live	Agree	19 (70.4%)	54 (67.5%)	P = 0.95	
	Disagree	8 (29.6%)	26 (32.5%)		
2. Medication	Q4: Program content linked to understanding of dementia	Agree	22 (81.5%)	66 (82.5%)	P = 0.78
		Disagree	5 (18.5%)	14 (17.5%)	
	Q1: Program content is useful for future care and living methods	Agree	17 (62.9%)	58 (72.5%)	P = 0.09
		Disagree	10 (37.1%)	22 (27.5%)	
Q2: Program content linked to a resolution of anxiety concerning life and care	Agree	18 (66.6%)	59 (73.7%)	P = 0.42	
	Disagree	9 (33.4%)	21 (26.3%)		
Q3: Program content linked to improvement in future life and increase in motivation to live	Agree	16 (59.2%)	58 (72.5%)	P = 0.06	
	Disagree	11 (40.8%)	22 (27.5%)		
Q4: Program content linked to understanding of dementia	Agree	16 (59.2%)	55 (68.7%)	P = 0.30	
	Disagree	11 (40.8%)	25 (31.3%)		

[†]For each question, we calculated the answers by using a five-point Likert scale whereby we combined the number of participants who selected "Agree very much" and "Agree considerably" as those who selected "Agree"; we counted those who selected "Completely disagree," "Disagree somewhat" and "Cannot say either way" as "Disagree." We additionally used a χ^2 -test.

desires to learn the means to prevent their dementia from worsening. In other words, patients wanted to learn about treatments and living methods that could stop the progression of their dementia.

As for family members, 60.8% showed a desire to "Learn care methods." Family members desired to know more about the ways to approach problem behaviors in dementia patients.

Attitude change

In program 3, the degree of attitude change among patients was polarized at approximately 60.0% (Table 5). Those whose degree of attitude change was 60.0% or above answered that it was "Useful for future living methods" and "Leads to increased motivation to live." As for the degree of attitude change among family members, the results were high (70.0%) on all four items. The highest items were "Leads to a resolution of anxiety about life and care," and "Leads to understanding of dementia," at 76.1% and 78.3% respectively. A significant difference was observed in the latter (χ^2 -test, $P < 0.05$).

With regard to program 4, the degree of attitude change among patients remained at approximately 60.0% for all four items, with the highest of these, at 66.6%, being "Leads to increased motivation to live."

As for family members, no significant difference was observed, but "Useful for future life and care" and "Leads to a resolution of anxiety about life and care" were high at 72.8% and 71.7%, respectively.

Discussion

Although educational support programs typically target family caregivers,¹² the present study was unique in that it targeted patients as well. As very little time had passed since the definitive dementia diagnosis, both patients and family members might have been confused or anxious,^{13,14} but they showed high expectations for learning. In considering these concerns and expectations, it is important to examine the learning needs and attitude changes throughout the program.

As shown in Table 2, both patients and family members were aging. We reasoned that there was elderly care by the elderly because of the high rate of "spouse" in the family relationship to patient. Dementia conditions will worsen little by little from diagnosis, even if patients have early-stage dementia. Therefore, the necessity for learning about the cure and care of dementia was suggested as preparation for preventing care burden and care breakdown.

Many patients and their family members showed learning needs for medical care content in the cure

Table 5 Care domain: Change in participants' attitude according to program contents

Program content	Questions inquiring about	Responses [†]	Patients (<i>n</i> = 30)	Family members (<i>n</i> = 92)	<i>P</i> -value (χ^2 -test)
3. Nursing care	Q1: Program content is useful for future care and living methods	Agree	19 (63.3%)	65 (70.7%)	<i>P</i> = 0.82
		Disagree	11 (36.7%)	27 (29.3%)	
	Q2: Program content linked to a resolution of anxiety concerning life and care	Agree	18 (60.0%)	70 (76.1%)	<i>P</i> = 0.17
		Disagree	12 (40.0%)	22 (23.9%)	
4. Welfare	Q3: Program content linked to improvement in future life and increase in motivation to live	Agree	19 (63.3%)	67 (72.8%)	<i>P</i> = 0.59
		Disagree	11 (36.7%)	25 (27.2%)	
	Q4: Program content linked to understanding of dementia	Agree	17 (56.6%)	72 (78.3%)	<i>P</i> = 0.40
		Disagree	13 (43.4%)	20 (21.7%)	
	Q1: Program content is useful for future care and living methods	Agree	19 (63.3%)	67 (72.8%)	<i>P</i> = 0.21
		Disagree	11 (36.7%)	25 (27.2%)	
	Q2: Program content linked to a resolution of anxiety concerning life and care	Agree	19 (63.3%)	66 (71.7%)	<i>P</i> = 0.73
		Disagree	11 (36.7%)	26 (28.3%)	
	Q3: Program content linked to improvement in future life and increase in motivation to live	Agree	20 (66.6%)	62 (67.4%)	<i>P</i> = 0.72
		Disagree	10 (33.4%)	30 (32.6%)	
	Q4: Program content linked to understanding of dementia	Agree	19 (63.3%)	63 (68.4%)	<i>P</i> = 0.96
		Disagree	11 (36.7%)	29 (31.6%)	

[†]For each question, we calculated the answers by using a five-point Likert scale whereby we combined the number of participants who selected "Agree very much" and "Agree considerably" as those who selected "Agree"; we counted those who selected "Completely disagree," "Disagree somewhat" and "Cannot say either way" as "Disagree." We additionally used a χ^2 -test.

domain, including dementia progression, symptoms and ways to prevent progression. Family members tended to desire information about the progression of dementia and treatment methods appropriate for stopping it, as well as the symptoms that appear. Such results support the demand for a program with continuity between cure and care.

When we attempted to verify the efficacy of each program according to attitudinal change, we found that the results were different depending on participants' attributes. The most notable results among patients were in the medical care content (program 1) "Degree of usefulness for future life," "Degree of increased motivation to live" and "Degree to which the program helped participants understand dementia." Many patients felt this program helped to them seek a way of life that prevents dementia from worsening.

With regard to family members, "Degree of resolution of anxiety about life and care" was markedly high across all the programs. Examining the programs individually, "Degree to which understanding of dementia was promoted" was markedly high for medical care content (program 1) and nursing care content (program 3), and "Degree of usefulness for future life and care" was markedly high for medication content (program 2) and welfare content (program 4). We could infer that, in

each case, cure and care were shown to be effective as one unit, with "gaining understanding of dementia patients and their symptoms" in the former, and "learning methods for sustainable care" in the latter. Interdisciplinary educational support, consisting of both cure and care content, can provide appropriate psychological care. Another benefit of interdisciplinary educational support is that, through learning the knowledge and skills necessary for living with dementia, patients and their family members spontaneously involved themselves in medical consultations and treatment. This benefits healthcare providers by facilitating medical consultations, and empowers patients and family members about cure and care.

The present study provides evidence for three assertions:

- 1 Both patients and family members feel a need to learn medical care content including dementia progression, symptoms and methods to prevent progression.
- 2 Learning medical care content would lead to their use of knowledge and an increased motivation to live.
- 3 Learning medical care content is effective in helping family members understand dementia, and leads to the acquisition of skills for coping with dementia patients and their symptoms.