平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

高齢者認知症介護研究報告書

<痴呆性高齢者の地域包括ケアシステム推進および尊厳維持に関する研究事業>

社会福祉法人　仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

まえがき

長寿社会を迎え、認知症が大きな課題としてとりあげられている。原因の追究、根本治療の開発は勿論であるが、現実に当面する最も重要なことは、介護をめぐる問題であろう。認知症が存在し、増加傾向にある現状の中では、介護は緊急を要する課題で、学際的立場から総力をあげて取り組む必要があろう。

認知症介護研究・研修大府センターでは、設置準備段階からすでにこの問題をとりあげ、多角的な立場から検討を進めてきた。平成 16 年度もこうした一連の研究体制の中で、介護を実践するにあたり、中核となるいくつかの課題について、事業、研究が実施された。

認知症の在宅介護では、地域ぐるみのの対応が重要であるとされているが、その内容や具体的な実施面で、まだ一定の見解がない。この点について、介護に関連する様々なグループを統合し、システム作りを模索してのモデル事業は重要で、今後の展開が期待される。認知症は、成因により病態にかなりの差異があり、介護の実践には、このことを念頭に推進する必要が指摘されている。この意味で、レビー小体型痴呆、前頭側頭型痴呆とアルツハイマー型痴呆との比較研究は極めて興味があり、介護に焦点を合わせてのさらなる追求が必要であろう。

認知症介護での何がしかの介入が有効であるかどうかを明確にするためには、客観的指標をとりあげ、説得力あるデータを示すべきである。脳機能画像もその一つで、研究の方法論として、どのように組み込むかが重要とされる。認知症の日常生活行動で最も大切なことは、コミュニケーションの障害であろう。現実には、どのように障害されているのか、どんな点で問題があるのか、など様々なポイントを明らかにすることは、介護の実践の上で極めて重要である。また、認知症では、ＡＤＬが具体的に、どのような形で崩壊されているのか、その内容を詳細に分析することは、認知症の実態に迫る重要な一つの側面である。今回の研究で、これらの点についても鋭いメスが入れられ、これまでにないすぐれた成果が得られた。

認知症の介護には、検討を迫られている課題は山積みされており、多くの力を結集し有用な成果があげられるよう最大の努力が望まれる。

今回の成果は、その一端にすぎないが、認知症介護の領域で何らかの寄与をしたものと信ずる。これを土台に、さらなる飛躍、発展を期待したい。これらの貴重な事業、研究の推進に協力された多くの方々、大府センターの関係者の方々に深甚の謝意を表する。

平成１７年３月

社会福祉法人　仁至会

理事長　　**祖父江　逸郎**

目　次

平成 16 年度研究成果

１）「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり
モデル事業‥‥‥

分担研究者　武田章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科）
祖父江元（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
小長谷陽子（高齢者認知症介護研究・研修大府センター）
相原喜子（国立長寿医療センター研究所長寿脳科学研究部）
桑畠 愛（名古屋大学医学部神経内科）

５）認知症高齢者の Evidence Based Care
－ＡＤＬ崩壊過程とその対応に関する研究－‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥29
主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
分担研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
渡邉憲子（名古屋大学医学部保健学科）
白石成明（小山田記念温泉病院）
小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府）
川村享平（名古屋大学大学院医学系研究科前期課程）

６）認知症介護指導者養成研修の評価に関する研究‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥51
主任研究者　可知昭江（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者　福山　譲（社団邦人中部産業連盟）
正木勝秋（元人事院総務局参事官）
前川厚子（名古屋大学医学部保健学科）
奥宮さだ子（聖隷福祉事業団看護介護研修センター）
永坂トシエ（社団法人　愛知看護協会）
柿本　誠（認知症介護研究・研修大府センター）
藤本　茂（認知症介護研究・研修大府センター）

７）資料

「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり」モデル事業

主任研究者　柴山　漠人（認知症介護研究・研修大府センター）
分担研究者　黒川　豊（名古屋市千種区黒川医院）
研究協力者　中出　泰充（名古屋市千種区医師会長）
小長谷　陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
上松　正幸（名古屋市千種区池下やすらぎクリニック）
他、22 名　＊資料 1.参照

A 研究目的（事業実施目的）

認知症高齢者を標準とするケア・モデルの構築は、緊急の課題である。その中心には、介護予防、早期発見（原因疾患の診断・治療・ケア）、医療と福祉・介護関連の連携、等であるが、地域でのサポートには、家族・地域住民の理解と協力は不可欠である。また、かかりつけ医、専門医、ケア専門職、行政職、等の専門的人材の育成（レベル・アップ）と共に、家族・地域住民の認知症についての正しい知識と理解、適切な関わり方への啓発活動が必要である。地方都市・町村では、既にこのようなシステムが構築されている地域もあるが、大都市では、未だ　構築されていないので、このモデルを是非実現し、全国展開できるように寄与したいと考えている。

B　研究方法（事業実施計画および事業内容）

事業計画としては、全体の総括的評価を行う研究委員会（資料 2.）を設置し、総論的検討を行うと共に、世話人会を設置し、具体的な実施計画を策定し（資料 3.）、検討の上、実施した。

具体的には、医療・看護・介護・社会福祉・在宅介護・家族・住民（民生委員）・行政等の世話人　24 名の協力で（資料 1.）、具体的な活動内容を策定し、全体会議（世話人を含む約 40 名）で検討し、その結果を、啓発活動、連携システム構築、等の事業を展開した。

また、当該事業を円滑に実施するため、各上部組織（愛知県、名古屋市、愛知県医師会、名古屋市医師会、等）へ協力依頼をした。即ち、愛知県健康福祉部長、名古屋市健康福祉局長、愛知県医師会長、名古屋市医師会長、等へ面接し、趣旨説明をし、直接協力依頼をした。

活動内容の策定には、他の地域での先行事業の内容を参考とした。（文献参照）

C.研究結果（事業の結果）

1）啓発活動

これには、市民向け講演会（資料 4.）６回、専門職向け講演会（資料 4.）　6 回、医師会向け講演会（資料 5.）５回（４回は、千種区医師会、１回は、名古屋市医師会）を実施した。また、市民向けパンフレット「市民のための認知症ガイド」（巻末資料 6.）を作成した。

これとは別に、全体会議（「名古屋市千種区認知症連携の会」）でも、11 回　講演会を実施した。

（資料 7.）

2）連携システム構築

別紙（資料 8.）の「名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポート・ネットワーク・フロー図」のような連携システムを構築するように、かかりつけ医（医師会）と専門機関（資料 9.）へ協力を依頼した。専門機関としては、国立長寿医療センター：総長・院長、名古屋大学病院：神経内科・老年科・精神科の各教授、名古屋市立大学病院：神経内科・精神科の各教授、藤田保健衛生大学：神経内科・精神科の各教授、名古屋市立東市民病院：院長、愛知県立城山病院：院長に面接し、趣旨説明をし、了解と協力を得た。

このシステムとの関連で、「紹介状（医療情報提供書）」のフォーマット（資料 10.）と市民が受診・相談するかかりつけ医リストを作成した。

また、連携システムのもう一つの鍵であるケア・マネージャーの会合でも、このシステムについて　趣旨説明し、協力要請をした。

更に、市民に一番近い民生委員の相談等には、できるだけ協力した。

D.考察（今後の計画も含めて）

この事業は、市民、家族から、医療・介護・保健・行政・法律関連の各専門家まで幅広い方々の協力・連携によるので、短時日では成就し難いものである。時間をかけ、交流を深め、少しづつ信頼関係を築きながら　システム構築を目指して、努力、努力の日々であった。

何故なら、この事業の終了後も　このシステムが持続して機能していかなければ、事実上、事業の成果はなかったということに等しいからである。

そのために、先ず　事業開始の約６ヶ月前から、医師会をはじめ　各分野の方々（約 40 名）に月１回ボランティアで集まって頂き、どのようなモデル事業を実施するかについて率直に意見交換し、各分野からの意見を集約し、総論的な面は、まとまった段階で、事業に入り、開始早々からは、具体的な内容の検討に着手した。

そして　月１回の集まりでは、前半は　講義（希望のテーマに沿って）で、後半は　啓発活動等の具体的スケジュールや講演内容、パンフレットの内容、などについて意見交換し、具体案を作成していった。それに従って、9 月より　市民向け講演会、専門職向け講演会、医師会向け講演会を実施した。また、パンフレットも作成した。

これらの活動で困難であったのは、市民への広報活動で、なかなか講演会開催などの周知が不十分であった。ただ１回は、区役所講堂で開催時は、自治会を活用したら、多数の参加を得た。そして「もっと参加したかった」などのアンケート結果があり、今後の課題である。専門職へは、ケア・マネージャーを中心に働きかけをした。

A 市における要介護者の介護者の調査では、認知症を疑った時の相談先としては、1）かかりつけ医（69.5%）、2）居宅介護支援事業所（23.4%）、3）専門医療機関（18.6%）、4）役所の福祉課窓口（14.4%）、などとなっており、かかりつけ医とケア・マネージャーの役割が大きいと考えられた。（文献参照）

これらの事実も踏まえて、かかりつけ医の認知症に関する知識等のレベル・アップを目指して、医師会会員への講演に力点を置き、地元の医師会を対象に、実際に役立つ内容に工夫をした。一方で、愛知県の方へは、この事業の周知を目的に、愛知県医師会主催の合同講演会で、広報した。（資料 11.）

今年度の市民および専門職講演会は、柴山漠人が、すべて講師を務めたが、今後の講演会の予定としては、この事業の世話人を引き受けてもらっている医師、弁護士、音楽療法士、家族、NPO の方々にも　講演会の講師をお願いし、地域密着のシステムづくりに一層の厚みを増したいと考えている。（資料 12.）

また、市民向けパンフレット「市民のための認知症ガイド」は、外来診療場面での経験を活かし、かなり詳しい知識を要求される市民へも対応できる内容とした。一方、その姉妹編である名古屋市医師会依頼の「認知症（痴呆）の予防と発見、介護について」は、簡略化し、判り易い内容とした。（資料 13.）それぞれの目的に適った使用で、利用されればと念じている。

連携システム構築に関しては、前述の「名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートワーク・フロー図」にあるように、本人・家族にとって、先ずは、「かかりつけ医」であり、区役所・保健所の窓口である。かかりつけ医では、相談・受診・専門機関への紹介・フォロー・アップなどであり、区役所・保健所では、相談・要介護認定支援・かかりつけ医への紹介などである。更に、専門機関では、鑑別診断・診療方針決定・専門的医療相談などであり、介護保険サービスでは、デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護などの在宅サービス、特養、老健、グループ・ホームなどの入所サービスがあり、これらの適用については、ご本人にとって、どの対応・サービスが望ましいかの検討が重要である。家族だけで決定するのでなく、多くの職種等の評価も参考にする体制が地域で支える基礎となる。

今後の事業の予定としては、世代間交流、認知症高齢者の「徘徊」への対応、若年高齢者ボランティア組織構築、権利擁護体制の整備、非薬物療法（予防教室）、心理教育などを検討している。

その背景として、世代間交流、「徘徊」への対応、予防教室、権利擁護体制は、全国の中で　いくつかの地域で成功している実績があり、心理教育は、精神科領域でかなり機能している実績（統合失調症など）があるからである。（文献参照）

若年高齢者ボランティア組織については、実績不詳であるが、地域の（60～）65～75 歳くらいの定年退職後の心身とも健康な人達を少子高齢社会では、1 つは　仕事を続けてもらう方策も必要であるが、もう 1 つは、認知症の方のケアにボランティアとして参加して頂くのも　とても　有意義なことであると考える。都合のよい日に、都合のよい時間帯に、参加して頂き、地域で　お互いに支え合うという機運を作っていくことは、この事業の趣旨の継続とも関連する。

以上のように、この事業が円滑に進行し、「大都市における認知症高齢者を地域で支えるシステム」の構築が可能であることが実証されれば、これまで困難とされていた大都市において、認知症高齢者が早期に施設へ入所する傾向に歯止めがかかる可能性もあり、これは、本人にとっても、家族にとっても、地域住民にとっても、そして行政にとっても朗報である。

E.参考文献

1）藤本直規、西山順三、越智真一、ほか：かかりつけ医と専門医の連携システムについて。
Gerontology　15：139－146（2003）
2）藤本直規：地域における痴呆の早期発見・早期対応。
日本痴呆ケア学会誌　2：204－215（2003）
3）月岡鬨夫、鈴木憲一、乾　純和、ほか：もの忘れ検診にみる初期治療の重要性。
日本痴呆ケア学会誌　2：234－243（2003）
4）矢富直美：早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方。
老年精神医学雑誌　14：20－25（2003）
5）矢富直美：痴呆予防プログラムの考えかた。
総合ケア　13：24－28（2003）
6）Stern Y, et al: Different brain networks mediate task performance in normal aging and AD.; Defining compensation.
Neurology 55: 1291-1297(2000)
7) Verghese J : Leisure activities and the risk of dementia in the elderly.
New England J Med　348: 2580-2586(2003)
8）八森　淳：痴呆症の予防・治療・ケアのための地域ネットワークづくり。
日本痴呆ケア学会誌　2：216－225（2003）
9）梅津初子：「地域における早期痴呆症への取り組み」＜保健師の役割＞
日本痴呆ケア学会誌　2：244－249（2003）
10）西村美智代：痴呆性高齢者を支える地域のネットワーク作り。
「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築」実践報告会
資料　115－121
11）奥村由美子、久世淳子、柴山漠人：要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況。
老年精神医学雑誌　16：229－242（2005）
12）後藤雅博：心理教育の歴史と理論。
臨床精神医学　30：445－450（2001）
13）Kavanagi DJ : Recent developments in expressed emotion and schizophrenia.
Brit J Psychiatry 160: 601-620 (1992)
14)Leff J, Vaughn C （三野・牛島訳）：分裂病と家族の感情表出。
金剛出版、（1991）
15）McFarlane W : Family Therapy in Schizophrenia.
Guilford Press , New York (1983)
16)　山口　一：心理教育の実際。
臨床精神医学　30：451－456（2001）

17）松本　一生：痴呆老人と心理教育。
臨床精神医学　30：477－482（2001）
18）伊藤順一郎：心理教育という家族支援。
家族療法研究　13：111－117（1996）

アルツハイマー型痴呆・レビー小体型痴呆のケアに関する研究

主任研究者　小阪　憲司（福祉村病院）
分担研究者　藤城　弘樹（名古屋大学大学院医学系研究科老年科学）
研究協力者　伊苅　弘之（福祉村病院）
磯島　大輔（福祉村病院）

A　研究目的

痴呆性高齢者に対する看護、ケアに関する研究は、数多く報告され、徐々に痴呆性高齢者を取り巻く介護環境は整備されてきている。痴呆をきたす疾患の中で、最も頻度の高いアルツハイマー型痴呆（ATD）では、疾患の知識、精神症状に対する対応法などについて、介護者への適切な教育を行うことによって、介護者負担を軽減させ、患者の施設入所や死亡を遅らせることが報告されている[1,2,3,4,5]。しかし、2 番目に頻度の高いレビー小体型痴呆（DLB）に関する看護、ケアに関する研究はまだない。DLB についての疾患特有の看護、ケアの方法や留意点を整理し、その特徴を医療福祉従事者、介護者が熟知することは、患者の QOL を向上させ、施設入所を遅らせる可能性がある。本研究では、DLB の看護、ケアについての方法や留意点を明らかにすることを目的としている。

1　正確な鑑別診断について

疾患別の看護・ケアを可能とさせるために、まず、正確な鑑別診断が重要となる。DLB の臨床診断基準が発表され、以前よりはその臨床診断も可能となってきているが、現実には ATD などの他の痴呆性疾患と誤診されていることが多く、特に ATD との誤診例が多い。本研究では、ATD と DLB の鑑別診断に焦点をあて、正確な診断を可能とすることを目的の一つとしている。

2　DLB 患者における在宅介護破綻をきたす BPSD について

施設入所が必要となった在宅介護破綻時の DLB 患者の BPSD の特徴を明らかにし、在宅介護継続を困難とさせた原因について検討することも目的の一つとした。

3　DLB と ATD のケアの違いについて

１～２を踏まえ、DLB と ATD のケアの仕方の違いを検討するが、今年度はまず１に焦点をおく。

B　研究方法

1 福祉村病院長寿医学研究所に保存されている剖検脳から、神経病理学的に診断に至った ATD、

DLB 症例において、retrospective に臨床記録を調査し、既存の診断基準の問題点を検討した。その結果を踏まえ、ATD に関する新たな積極的な診断基準を作成した。また、臨床記録とともに文献的検索も加味し、ATD と DLB の主な臨床的鑑別点について検討した。

2　福祉村病院長寿医学研究所に保存されている剖検脳から、神経病理学的にレビー小体型痴呆（DLB）と診断された症例を選び出し、臨床記録より、在宅介護継続破綻として入院時の臨床症状を調べた。発症から入院までの罹患期間、入院前 1 ヶ月以内の外来、あるいは、入院時に施行した GBS スケール（下位項目：運動機能、知的機能、感情機能、痴呆に共通なその他の症状についてそれぞれ 0-6 の 7 段階で価）などについて検討した。

C　研究結果

1　ATD の臨床診断基準については、DSM‐Ⅳや ICD‐10 などの種々の診断基準があるが、最もよく使用されているのは NINCDS-ADRDA[6] の臨床診断基準である。DSM‐Ⅳや ICD‐10 については除外診断にすぎず、最も使用されている NINCDS-ADRDA の臨床診断基準でさえも、ATD の積極的な診断において次の点で不十分であることが明らかとなった。DSM‐Ⅳでは、ごく初期のもの、例えば、軽度認知機能障害 mild cognitive impairment (MCI) には当てはまらないことなどから、ATD の早期診断が必要な現在では、あまり好ましくないといえる。DSM‐Ⅳや ICD‐10 のどちらも除外診断に終始しており、確定診断をつけることは困難である。ATD の確定診断には、病理診断が必要である。NINCDS-ADRDA の診断基準も、積極的な診断には、内容が乏しく、画像診断、生化学的診断の進歩を踏まえ、文献的な検討のうえ[7,8]、新たな ATD の積極的診断基準を作成した（表１）。また、DLB の臨床診断基準[9]として、1996 年に報告された CDLB ガイドラインが国際的に使用されている。しかし、典型例では、この診断基準が適応されうるが、実際には ATD などと誤診されていることが多かったことから[10]、今回、ATD と DLB の主な臨床的鑑別点について、文献的考察[11,12]を加味し、表２を作成した。

表１　Probable ATD の積極的診断基準

Ⅰ．物忘れで始まる，緩徐進行性の皮質性で，後部型の痴呆→全般性痴呆への進展

Ⅱ．発病は 40 歳以降であり、65 歳以降に多い。例外的に 40 歳以下

Ⅲ．アルツハイマーらしさ（もっともらしい，痴呆の割には比較的保たれた対人接触→人格の形骸化，早期からの病識の乏しさ→欠如，進行すると，仮性作業・仮性対話，鏡現象など）

Ⅳ．進行すると，健忘失語，視空間失認，着衣失行などの特定の認知機能の進行性障害が加わる。まれには初期から緩徐進行性失語や失行

Ⅴ．初期には神経症状はないが、進行すると両便失禁，動作緩慢，筋固縮，Gegenhalten，ミオクローヌス，まれにけいれんが加わる

Ⅵ．検査所見として、脳波検査での全般性徐波化（初期はごく軽度，進行すると目立つ）。CT や MRI での，早期からの側脳室下角の拡大と進行性のびまん性脳萎縮。SPECT や PET での，早期の後部帯状回や後部連合野の血流低下や代謝低下。進行につれて大脳全般へ拡大。可能であれば，髄液検査での tau 蛋白の高値，Aβ（特に Aβ1－42 蛋白）の低値。

Ⅶ．支持的所見

- 家族歴に同様の症状を示した者がいる（病理学的診断がくだされておれば，より可能性が高くなる）
- 重要な危険因子である apolipo 蛋白 E4 の存在
- 一般的な血液検査・髄液検査で著変なし

Ⅷ．確定診断は神経病理学的診断による

Ⅸ．ほかの痴呆を来す疾患の除外ができれば，より可能性は高くなる

表２　ATD と DLB の主な臨床的鑑別点

	Alzheimer 型痴呆	**Lewy 小体型痴呆**
発症年齢	**初老期・老年期**	初老期・老年期，ときにより若年
性別	**女性に多い（1 対 2）**	男性に多い（2 対 1）
初発症状	**物忘れが多い**	抑うつや精神病様症状、ときに物忘れ、ときにパーキンソン症状
痴呆症状	**皮質性** **高度にいたる**	皮質性ときに皮質下性 比較的軽いことがしばしば
神経症状	**末期に筋固縮や原始反射** **まれに，ミオクローヌス，けいれん**	比較的早期に筋固縮・寡動 ときに初発症状，痴呆に後発することも少なくない
精神症状	**しばしば物盗られ妄想** **仮性作業，鏡現象**	幻視，被害妄想が多い 抑うつ，REM 睡眠行動異常
認知機能の動揺性	**まれ**	しばしば
頭頂・後頭症状	**しばしば**	少ない
経過	**緩徐進行性で遅い**	進行性で比較的早い

画像	**びまん性萎縮，海馬領域の萎縮，側脳室下角拡大** **後部帯状回・後部連合野の血流低下**	びまん性脳萎縮だが、比較的軽度，海馬の萎縮も目立たない， 後頭葉の血流低下
脊髄液所見	**リン酸化タウの増加、　Aβ1−42 の減少**	特異的なものなし
定型抗精神病薬への過敏性	**まれ**	しばしば
治療　L-dopa **donepezil**	無効 有効	しばしば有効 より有効

2　在宅介護継続困難時の Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)の評価 については、GBS スケールを使用し、入院前 1 ヶ月以内の外来、あるいは、入院時に施行した GBS スケールが記録されていた DLB20 例（男 7 例、女 13 例、平均年齢 81.7±6.0 歳）について検討した。発症から入院までの罹病期間は、平均 3.6 (±3.2 S.D.)年、中央値 2.5 年であった。GBS の下位項目で高値を示したものは、運動機能：着脱衣の障害 4.1、個人的衛生管理の障害 3.9、用便の管理不能 3.9、知的機能：時間の見当識障害 4.4、場所の見当識 3.7、集中力の障害 3.4、速い動作の困難 3.4、感情機能：感情鈍麻 3.5、痴呆に共通なその他の症状：錯乱 3.2 であった。

D　考察

DLB の疾患特異的な症状に応じたケアを可能とするため、DLB の鑑別診断を正確にする目的で、ATD との主な臨床的鑑別点を明らかにした。また、最も鑑別を要する ATD の現在の診断基準の問題点について検討し、新たな ATD の積極的な診断基準を作成した。今回検討した症例は、病理診断に基づくものであるため重要であると考えられた。さらに、在宅介護の破綻原因を明らかにするため、在宅介護継続困難時（施設入所時）の BPSD について GBS スケールを用いて検討した。集中力の障害、速い動作の困難、感情鈍麻など、DLB に特有な症状の高値が認められ、今後、他の痴呆性疾患（特に ATD）との比較が必要である。発症から入院までの罹病期間は、平均 3.6 (±3.2 S.D.)年、中央値 2.5 年で進行の速さ、早期からの症状の強さなどが示唆された。今後、在宅介護破綻の原因として、介護者側の因子も大きく関与していることが指摘されており、介護者の状態も含め、多角的な視点によるさらなる検討が重要である。

E　結論

DLB に疾患特異的な症状に応じたケアを可能とするため、DLB の鑑別診断を正確にする目的で、ATD との主な臨床的鑑別点を明らかにした。また、最も鑑別を要する ATD の現在の診断基準の問題点について検討し、新たな ATD の積極的な診断基準を作成した。DLB 症例の発症から入院までの罹病期間は、平均 3.6 (±3.2 S.D.)年、中央値 2.5 年で進行の速さ、早期からの症状の強さなどが示唆されたが、今後、他の痴呆性疾患（特に ATD）との比較が必要である。

F　参考文献

1） Anthony-Bergstone CR, Zarit SH, Gartz M: Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. Psychol Aging 1988; 3: 245-248.

2） 井上真由美, 森脇由美子, 大川敏子ほか: 痴呆症患者の主介護者の負担に関する教育介入の効果について, 介護研究, 1999; 32: 227-234.

3） Kahan J, Kemp B, Staples FR, Brummel-Smith K: Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness: A controlled study. J Am Geriatr Soc 1985; 36: 108-112.

4） Brodaty H, McGilchrist C, Harris L, Peters KE: Time until institutionalization and death in patients with dementia: Role of caregiver training and risk factors. Arch Neurol 1993; 50: 643-650.

5） Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. JAMA 1996; 276: 1725-1731.

6） McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease; Reports of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human service task on Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34: 939-944.

7） 小阪憲司: アルツハイマー病の診断基準. 診断と治療　2003; 91: 231-235.

8） 小阪憲司: Alzheimer 型痴呆と Lewy 小体型痴呆. 日本臨床増刊　痴呆症学（３） 2004; 62: 159-163.

9） McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al: Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Reports of the consortium on DLB international workshop. Neurology 1996; 47: 1113-1124.

10）Akatsu H, Takahashi M, Matsukawa N, et al: Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatrics hospital. J Neurol Sci 2002; 196: 63-69.

１１）Horimoto Y, Matsumoto M, Akatsu H, et al: Autonomic dysfunction in dementia with Lewy bodies. J Neurol 2003; 250: 530-533.

１２）Ala TA, Hughes LF, Kyrouac GA, et al: The Mini-Mental State Exam may help in the differentiation of dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 503-509.
１３） Ballard CG, Holmes C, McKeith IG, et al: Psychiatric mobility in dementia with Lewy bodies ; A prospective clinical and pathological comparative study with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1999; 156: 1039-1045.

G　研究発表

２　学会発表　日本老年精神医学会　(2005 年)

前頭側頭型痴呆のケア方法の確立と評価に関する研究

分担研究者　池田　学（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
研究協力者　野村美千江（愛媛県立医療技術大学看護学科）
品川俊一郎（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
松本直美（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
繁信和恵（総合病院浅香山病院精神科）

A　研究目的

1　前方型痴呆（前頭側頭型痴呆 Front-temporal dementia ならびに意味性痴呆 Semantic dementia）のケアに関する啓発用パンフレットを作成する。

2　前方型痴呆のケアに関する介入方法を検討する。

B　研究方法

1　前方型痴呆の行動異常に関する最近の報告[1-3]と我々の研究グループが実施してきたリハビリテーションやケアの試み（池田と田辺, 2004；小森ら, 2004)、さらには疫学的なデータ（Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H, 2004）を加えて、啓発用パンフレットを作成した。老年精神医学の専門医 2 名、保健師 1 名によって原版を作成し、別の複数の老年精神医学の専門医、臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士、前方型痴呆の介護経験の長い 2 名の家族の意見を集約し、6 回の改訂を重ねた。

2　今年度に愛媛大学医学部精神科神経科高次脳機能外来を受診した前方型痴呆患者の中から、在宅介護が何らかの要因で破綻しかけていて、かつ主介護者が在宅介護を希望し、研究への同意の得られた 4 名を対象とした。主治医による認知機能、精神症状・行動異常、介護負担の評価後、保健師が訪問相談と電話（メイル）相談を実施し、前方型痴呆のケアに関する介入方法を検討した。

C 研究結果

1　前方型痴呆は、アルツハイマー型痴呆や脳血管性痴呆と比べても、一般にはほとんど知られていないため、どの程度まで専門用語を使用するかについては、各職種間で議論はあったが、内容については高い評価を得た。

2 別添えのパンフレットにもまとめたように、前方型痴呆のケアのポイントとして、(1) 保たれている記憶機能を利用して、ヘルパーやケアスタッフを固定することにより馴染みの関係を作り、介入の導入を円滑にする。

(2) 保たれている運動技能や知覚技能を用いて、デイサービス・デイケアにおいて作業療法を導入し、集団の中で他者とのコミュニケーションを円滑にする、あるいは生活の中で ADL のレベルを維持する。

（3）行動異常の一つである被影響性の亢進を利用して作業への導入を円滑にしたり、常同行動を利用して個々の患者の生活に適応的な日課を形成したりするなど、特徴的な症状を利用する。

等の指導が有効で、特に訪問相談によって個々の患者の生活環境における危険因子が明らかになり、介入が必要な行動異常を抽出でき、利用可能な社会環境を提示することが可能になった。

4名の対象に対して、在宅訪問を延べ8回、電話（メイル）相談を延べ7回、外来での個別相談を1回実施し、全員が現時点で在宅生活を継続できている。

D　考察

本研究で作成した「前方型痴呆の正しい理解」は、我々の知るかぎり、ピック病、前頭側頭型痴呆等のケアに関する世界で初めての前方型痴呆の介護者向けの啓発用パンフレットである。本冊子の内容に沿って具体的な指導を実施すると、介護者の疾患に関する理解が著しく深まるだけでなく、訪問相談や電話相談を通じて、ケアマネージャーやケアスタッフに前方型痴呆の行動特徴やケアのポイントを伝えることも可能になり、在宅ケアを支援することができた。また、訪問相談によって、個々の患者の生活環境における危険因子を把握し、介入のポイントを明らかにすることができた。専門職による訪問指導は、前方型痴呆のケアに関する介入の重要な手法になると思われる。

E　結語

前方型痴呆のケアを指導するための啓発用パンフレットを作成した。訪問相談による介入が、前方型痴呆の在宅ケアを支援する上でたいへん有効であった。次年度はこれらの介入方法を実施した前後での評価システムを開発してみたい。

F　参考文献

1）Snowden J, Neary D, Mann DMA. Fronto-Temporal Lobar Degeneration: Fronto-Temporal Dementia, Progressive Aphasia, Smantic Dementia. London: Churchill Livingstone, 1996.

2）Bozeat S, Gregory CA, Lambon Ralph MA, Hodges JR. Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2000; 69: 178-186.

3）Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002; 73 : 371-376.

G　研究発表

1 論文発表

Nagao M, Sugawara Y, Ikeda M, Fukuhara R, Hokoishi K, Murase K, Mochizuki T, Miki H, Kikuchi T. Heterogeneity of Cerebral Blood Flow in Frontotemporal Lobar Degeneration and Alzheimer's Disease. European journal of nuclear medicine 31 : 162-16, 2004

Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H. Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD). Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 265-268, 2004

Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Dementia-associated mental and behavioral disturbances in community dwelling elderly: findings from the first Nakayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75: 146-148, 2004

Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in FTLD patients. Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 117-121, 2004

Ikeda M. Early diagnosis and memory clinic for Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS 4 : 129-131, 2004

Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y. Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. PSYCHOGERIATRICS (in press)

小森憲治郎，石川智久，池田　学，田辺敬貴，繁信和恵．Semantic dementia 例に対する語彙再獲得訓練．認知リハビリテーション　2004：86-94，2004

池田 学，田辺敬貴．前頭側頭型痴呆．老年精神医学講座；各論（日本老年精神医学会編）．ワールドプランニング，東京，51-69，2004

松本光央，池田　学，小森憲治郎．変性性痴呆性疾患．高次脳機能障害のリハビリテーション Ver.2（江藤文夫，武田克彦，原　寛美，坂東充秋，渡邉　修編）．医歯薬出版株式会社，東京，119-123，2004

松本光央，池田　学，鉾石和彦，福原竜治，田辺敬貴．Alzheimer 型痴呆と前頭側頭型痴呆．別冊日本臨床　痴呆症学（3）．日本臨床社：147-153，2004

兵頭隆幸，池田 学，田辺敬貴．アルツハイマー病とほかの変性性痴呆性疾患の鑑別．よくわかる

アルツハイマー病—実際にかかわる人のために—（中野今治，水澤英洋編）．永井書店，大阪，106-120，2004

豊田泰孝，鉾石和彦，池田　学，田辺敬貴．Pick complex．別冊日本臨床　痴呆症学（2）日本臨床社：175-178，2004

池田　学，石川智久，野村美千江，荒井由美子．地域から見た精神科医療と介護保険．精神医学 46：1063-1069，2004

池田　学．前頭側頭型痴呆における前頭葉機能障害．老年精神医学雑誌　15：700-706，2004

池田　学．前頭側頭型痴呆．CLINICIAN　51：493-500，2004

松本直美，池田　学．前頭葉の病変による痴呆．最新精神医学 10：11-19，2005

福原竜治，池田　学．物忘れ外来．精神科・神経科ナースの疾患別ケアハンドブック（井上新平編）．メデイカ出版，大阪，240-243，2005

品川俊一郎，池田　学，鉾石和彦，田辺敬貴．前頭側頭型痴呆の前駆状態．CLINICAL NEUROSCIENCE 24：302-304，2005

池田　学，品川俊一郎，編集（田辺敬貴，野村美千江，監修）．前方型痴呆の正しい理解．愛媛大学神経精神医学教室，2005

品川俊一郎，池田　学．前頭側頭型痴呆－前頭葉変性症型を中心に－．老年精神医学雑誌　16（印刷中）

池田　学．前頭側頭型痴呆．現代老年精神医療（武田雅俊，編）．永井書店，大阪（印刷中）

2　学会発表

田辺敬貴，池田　学．教育講演「痴呆性疾患の診断と治療の実際」．第 100 回日本精神神経学会総会精神医学研修コース，札幌，5 月 20-22 日，2004

池田　学．シンポジウム　MCI（軽度認知障害）について．MCI の疫学的研究から；痴呆への移行率を中心に．第 19 回日本老年精神医学会，松本，6 月 25-26 日，2004

池田　学．シンポジウム　生活の中の認知障害．日常生活における痴呆患者の食行動．第 28 回日本神経心理学会総会，広島，9 月 17-18 日，2004

上村直人，掛田恭子，井上新平，池田　学，北村ゆり，真田順子．前頭側頭葉変性症に見られる運転行動上の特徴と危険性について；アルツハイマー型痴呆との比較検討．第 19 回日本老年精神医学会，松本，6 月 25-26 日，2004

松本光央，小森憲治郎，福原竜治，池田　学，田辺敬貴．高齢発症の Semantic Dementia の 2 例．第 28 回日本神経心理学会総会，広島，9 月 17-18 日，2004

痴呆性高齢者に対する介入による変化の客観的指標の検討
-主に脳機能画像における変化を中心に-

主任研究者　武田　章敬（国立長寿医療センター　アルツハイマー型痴呆科医長）
研究協力者　鷲見　幸彦（国立長寿医療センター　外来診療部長）
加藤　隆司（国立長寿医療センター　長寿脳科学研究部長）
伊藤　健吾（国立長寿医療センター　脳病態生理研究室長）
小長谷　陽子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長）
川合　圭成（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学　医員）
祖父江　元（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学　教授）

A　研究目的

これまでアルツハイマー病患者に対して薬物療法、非薬物療法といった様々な介入がなされその効果が報告されて来た。しかし、その効果判定のほとんどが認知機能検査、行動観察、介護負担度などで行われてきたため、ある介入の効果が有りと判定された場合も使用された指標が客観性の点においてどの程度信頼できるものであるか、また脳機能の何をどのように改善させたかが明らかでないものが多かった。そこで本研究では様々な介入の結果、脳機能画像がどのように変化するか、また、認知機能や日常生活動作、行動障害の変化とどんな関係があるのかを明らかにすることを目的とした。

特に本年度の研究においては介入として痴呆性高齢者の行動障害が改善する可能性があることが示されているグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）を選択した。

B　研究方法

対象：近隣のグループホームに依頼して、研究の趣旨を説明し、本人および御家族から文書による同意を得られた入所予定のアルツハイマー病患者。対照として国立長寿医療センターもの忘れ外来および神経内科外来通院中で、本人および御家族から文書による同意を得られたグループホーム入所予定のないアルツハイマー病患者。

方法：グループホーム入所時と入所３ヵ月後に MMSE、CDR、日常生活動作尺度（IADL および PSMS)、行動障害尺度（DBD および NPI）を施行し、並行して FDG-PET を施行する。また、グループホーム入所予定のないアルツハイマー病患者に対しても同様の調査を行うことを計画した。

FDG-PETの方法：患者は，安静，閉眼状態にし，[F-18]FDGを370MBq静注40分後から，20分間かけて撮像した．また，3D-SSP用の正常対照群(NC)として，健常者38名のFDG PETのデータを用いた．

画像処理の方法：FDG PET画像は，核医学脳画像統計処理ソフトiSSP（Minoshima S and Japan MediPhysics）で，解剖学的標準化，3D-SSP，正常対照群に対するZスコア・マッピングを行っ

た．調査時と3ヶ月後の比較はsubtraction画像にても行った。

C　研究結果

グループホーム入所予定のアルツアハイマー病痴呆患者 2 名と入所予定のないアルツハイマー病患者 3 名について同意を取得し、調査を開始した。グループホーム入所予定の 2 名のうち 1 名は行動障害が高度になり、単科の精神科の病院に入院となったため、脱落となった。もう 1 名は 1 回目の調査および FDG-PET を終了し、追跡調査を行っている。対照の 3 名については初回および 3 ヵ月後の調査および FDG-PET を完了した。その結果を示す。

症例 1（58 歳、女性）

記憶障害にて発症後 5 年経過。教育歴 9 年。週に 3 回デイサービスを利用している。塩酸ドネペジル 5mg 内服中。初回調査時、MMS6 点、CDR3、IADL3 点、PSMS2 点、DBD12 点、NPI うつ・不快 4、無為・無関心 4、異常行動 4。FDG-PET（図上段）後部帯状回、左右の頭頂側頭連合野、前頭葉での糖代謝の低下を認めた。3 ヵ月後調査時、MMS4 点、CDR3、IADL3 点、PSMS2 点、DBD10 点、NPI うつ・不快 4、無為・無関心 4、異常行動 4。FDG-PET（図中段）初回調査時と変化なし。Subtraction 画像（図下段）にても有意な変化を認めない。

症例 2（79 歳、男性）

記憶障害にて発症後 5 年経過。教育歴 8 年。塩酸ドネペジル 5mg を内服中。サービスは利用していない。初回調査時、MMS20 点、CDR2、IADL4 点、PSMS5 点、DBD43 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET（図 1）楔前部、後部帯状回から前部帯状回まで連続する帯状回における糖代謝の低下、左右の頭頂側頭連合野、前頭葉での糖代謝の低下を認めた。3 ヵ月後調査時、MMS13 点、CDR2、IADL4 点、PSMS4 点、DBD49 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET 初回調査時と変化なし。Subtraction 画像（図 2）にても有意な変化を認めない。

症例 3（76 歳、女性）

記憶障害にて発症後 1 年経過。教育歴 8 年。週に 3 回デイケアを利用している。内服はなし。初回調査時、MMS10 点、CDR2、IADL25 点、PSMS14 点、DBD30 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET 後部帯状回、左右の頭頂側頭連合野での糖代謝の低下を認めた。3 ヵ月後調査時、MMS11 点、CDR2、IADL25 点、PSMS14 点、DBD26 点、NPI 妄想 2、興奮 1、うつ・不快 1、不安 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 6。FDG-PET 初回調査時と変化なし。Subtraction 画像にても有意な変化を認めない。

D　考察

今回我々は痴呆性高齢者に対する介入による変化の客観的指標の候補として脳機能画像である FDG-PET を選択し、認知機能検査、日常生活動作、行動障害の尺度と合わせて入所前後に施行し、グループホーム入所による効果を機能画像で確認できるかどうかを調査することを計画した。近隣のグループホーム約 20 施設に対して、本研究の趣旨と方法を説明し、可能な限り協力して頂けるとの御同意を頂いたが、これまでにグループホーム入所予定のアルツハイマー病患者 2 例を登録したにとどまっている。症例の登録が難航した理由は、小規模で長期間にわたる入所が多いグループホームにおいては新規入所がかなりまれであることが第一と考えられる。また、同意を得られなかった症例もみられた。今後、更に精力的に協力して頂ける患者さんを募っていく予定である。

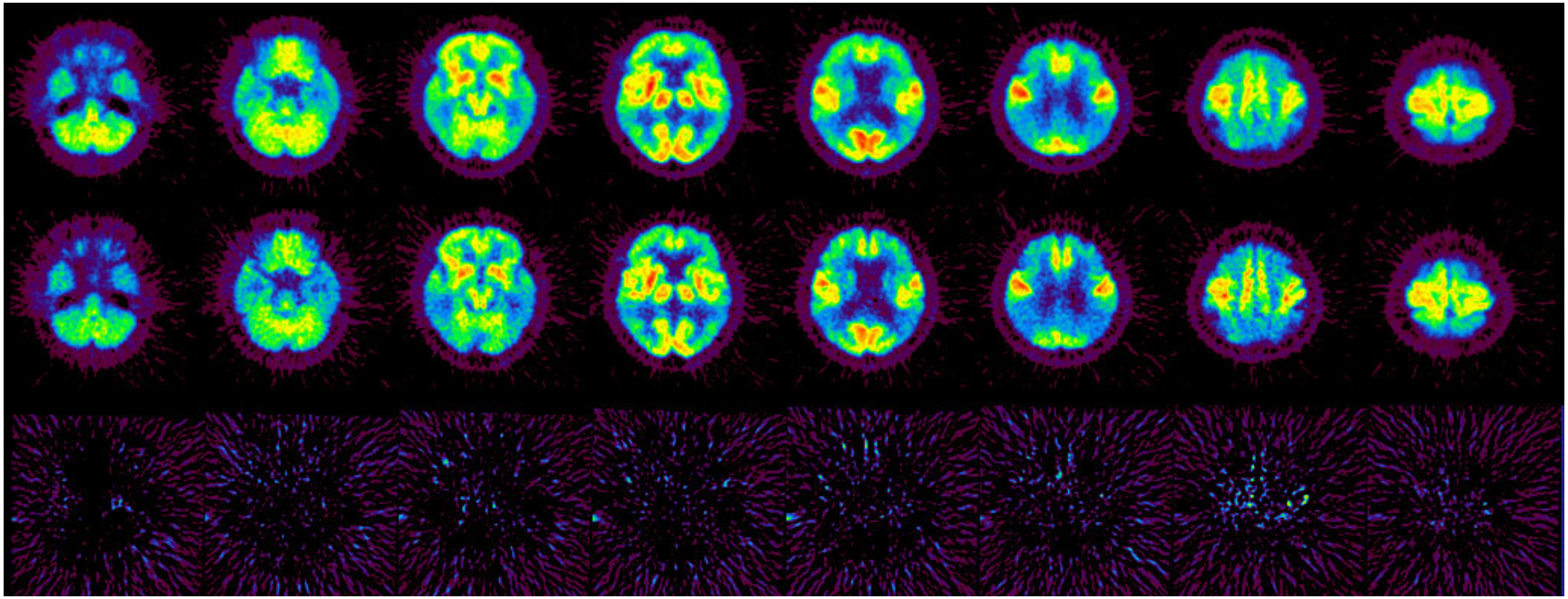
今回、3 ヶ月間の観察期間を終了した、コントロールのアルツハイマー病患者 3 例については臨床的にほとんど変化がなく、FDG-PET も変化していなかった。しかし、この 3 例の中でも、年齢、痴呆の重症度等に大きなばらつきがあり、今後、様々な介入による変化との比較をする際にもコントロール群の適切なデータベースが必要不可欠であり、更なる症例の集積を行っていく予定である。

E　結論

1　グループホーム入所予定のアルツハイマー病患者 2 例、入所予定のないアルツハイマー病患者（コントロール）3 例を登録し、3 ヶ月間の観察期間をおいて FDG-PET、認知機能、日常生活動作、行動障害についての調査を行っている。

2　コントロールのアルツハイマー病患者では調査が終了し、臨床症状、FDG-PET とも変化がみられなかった。

3　今後、グループホーム入所症例、コントロール症例ともに症例の更なる集積をはかる必要がある。



図．症例1（58歳、女性、アルツハイマー病）のFDG-PET:
初回（上段)、3ヵ月後（中段)、Subtraction画像（下段）

簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）作成の試み

主任研究者　川合　圭成（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
研究協力者　武田　章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科）
祖父江　元（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
小長谷　陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
相原　喜子（国立長寿医療センター研究所長寿脳科学研究部）
桑鳥　愛（名古屋大学医学部神経内科）

Ａ　研究目的

昨年度までの本事業において我々は痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定する尺度（簡易コミュニケーションスケール[4]）を作成し，臨床的使用に耐え得る信頼性と妥当性を持つこと、痴呆性高齢者のコミュニケーション能力の継時的評価にも使用可能であることを示した．しかし、本尺度を愛知県内の介護施設へ送付し，アンケート調査を実施したところ，軽度痴呆の方のコミュニケーション能力の評価には適さないという問題点の指摘を受けた．そこで本年度の事業では軽症の痴呆性高齢者のコミュニケーション能力の評価に適した尺度を作成することを目的とした.

Ｂ　研究方法

(1)評価項目の収集

日常的に軽度痴呆性高齢者の臨床に関わる医師 2 名，臨床心理士 1 名，言語聴覚士 1 名による専門家委員会を組織し、ブレインストーミングの手法を用いて「コミュニケーションのために必要な能力」「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目」に関して意見を集積した．質問項目を挙げる際には，既存の失語症検査，実用コミュニケーション能力検査などを参考にしたが[1,2,3]，①対象者に負担感を与えないこと，②短時間で施行できるものにすること，③多くの検査道具を必要としないこと，に配慮した.

（2）評価項目の選定

抽出された質問項目に関して専門家委員会のメンバーそれぞれが予備調査を施行し，各質問項目を，「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」，「実施しやすさ」について 1～5 の 5 段階で評価した. それぞれについて 3.5 点以上である項目を抽出し，その結果を研究協力者にフィードバックし，再度、議論を重ね，質問項目に偏りがでないように，16 項目を抽出した．各質問項目は 4 段階評価(0,1,2,3)とし，抽出した 16 項目の対象者の解答を分析し，評価が 0,1,2,3 と均等に散らばるように評価基準を決定し，簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）試案を作成した.

C　研究結果

(1)評価項目の収集

専門家委員会における 2 回のブレインストーミングを通して,「コミュニケーションのために必要な能力」について，言語の理解能力，言語の表出能力，書字能力，読みの能力などの言語的コミュニケーション能力や，視線を合わせる，相槌，表情，ジェスチャーのような非言語的コミュニケーション能力，だけでなく，発動性，情緒的統制，パーソナリティなどの心理的要素，また聴覚，視覚といった知覚の要素，環境、生活経験，教育歴などの文化的背景などが，関連する要素として挙げられた．この結果を踏まえて,「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目」に関する意見が収集され、57 の質問項目が集積された．それらには,「ことわざの空欄を埋める」のように，質問項目の大枠のみで，具体的内容(どういうことわざにするか)について確定していない項目を認めたため，その後専門家委員会のメンバーで組織されたメーリングリストを通して議論を重ね，57 項目の具体的内容について確定した.

（2）評価項目の選定

収集された 57 項目に関して，実際に軽度痴呆性高齢者，健常高齢者を対象に予備調査を行い，それをもとに専門家委員会のメンバーそれぞれが「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」,「実施しやすさ」の 2 点に関する評価を行った。その結果、57 項目中 11 項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」,「実施しやすさ」の両方において，3.5 以上と評価され，9 項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」のみ 3.5 以上と，10 項目が「実施しやすさ」のみ 3.5 以上と，27 項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」,「実施しやすさ」の両方において，3.5 未満と評価された.

両者で 3.5 以上であった項目は，全て試案に入れた．評価の一方のみが,3.5 未満とされた項目については，議論を重ね，修正が必要なものは修正した上で採用した．抽出された 16 項目を資料 1 に示す．現在、簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）試案を多数の軽度痴呆性高齢者に施行し，他の既存の評価尺度も同時に行い、各質問項目の妥当性・信頼性について検討を行っている.

D　考察

今回我々は軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を評価する質問項目を収集・選定し, 簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案を作成した．57 項目が集積され，その中から 16 項目を選択した。現在、各質問項目についてその妥当性・信頼性に関する調査を行っており、その結果、いくつかの項目が削除される可能性がある。また、専門家委員会が 4 名と少ないため、コミュニケーションにおいて重要な項目が収集されていない可能性がある。今後、妥当性・信頼性の検討と並行して、多数の専門家に施行して頂き、そのご意見・ご批判を参考に、質問項目の更なる取捨選択を行っていく予定である。

E　結論

軽度痴呆高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目を抽出し，予備調査にて，その項目の適切性，実行しやすさを検討し，16 項目からなる簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案を作成した.

F　参考文献

1．綿森淑子，竹内愛子，福迫陽子，他：　実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化．リハビリテーション医学，1987；24(2)：103-112

2．町田綾子，馬場　幸，平田　文，他：　痴呆性高齢者の認知・言語コミュニケーション能力を短時間で測定する「ミニコミュニケーションテストーMCT」の開発と信頼性・妥当性の検討．日本老年医学会雑誌，2003；40(3)：274-281

3．坊岡峰子，綿森淑子，相楽多恵子，他：　高齢者用コミュニケーション機能スクリーニング検査(CFSE)の開発．広島県立保健福祉大学誌，2004；4(1)：61-74

4．武田章敬，川合圭成，服部陽子，渡辺由己，水野　裕，田畑　治，川村陽一，柴山漠人，祖父江　元：　痴呆性高齢者に対する簡易コミュニケーションスケール作成の試み．日本老年医学会雑誌，2004；41(4)：402-407

資料１．簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案

１．おじぎをして『こんにちは』などのあいさつに対して
　０：無反応
　１：視線を向けるのみ，あるいはあいさつとは無関係な反応
　２：うなづき，おじぎ，微笑みの反応はある
　３：言葉によるあいさつをする

２．『お名前をおっしゃって下さい』『どこにお住まいですか？』に対して
(姓あるいは名のみの場合,『苗字あるいは名前もお願いします』と言う)
(住所を答えられない場合,『××にお住まいでしたね？（わざと間違える)』)
　０：無反応
　１：反応はあるが発語はない
　２：発語はあるが正確に自分の氏名・住所を言えない(旧姓や配偶者の名前．姓あるいは名の一方のみ，以前の住所，間違った住所を否定はできる)
　３：正しく自分の氏名，住所を言える

３．『桜の花はいつ咲きますか？』に対して
(答えられなければ,『春夏秋冬のいつですか？』と聞く)
　０：無反応
　１：間違った回答，無関係な回答
　２：春夏秋冬からは選べる
　３：自発的に正しい回答が言える

４．『桃太郎の話をしてください.』に対して
(答えられない，要点を得ない回答の場合,『誰をお供に連れて行きましたか？』『ご褒美は何でしたか？』 とヒントを出す)
　０：無反応
　１：要点を得ない説明，無関係な説明
　２：ヒントにより，うまく説明できる
　３：まとめて説明ができる

５．『家を出てからスーパーで買い物して帰るまでの行動を言葉で説明してください.』に対して
　０：無反応
　１：不十分な説明

２：内容の確認を要するような説明
３：分かりやすく，順序立てて説明できる

６．『今どういう状態ですか？，体の調子はいかがですか？』に対して
０：無反応
１：意味を成さない回答，無関係な回答
２：状態を十分説明できない
３：適切の説明できる

７．『デパートへ行き，400 円のみかんと 200 円の牛乳を買い，1000 円を払ったら，300 円返ってきました．どうしますか？』に対して
０：無反応
１：計算の間違いに気づかない
２：計算の間違いには気づくが，対応が説明できない
３：計算の間違いを指摘し，正しくおつりをもらう

８．『今晩すき焼きをしようと思い，スーパーに買い物に来ました．何を買いますか？』に対して
０：無反応
１：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
２：５つ未満の材料しか言えない，またはすき焼きの材料でないものを言う
３：５つ以上の材料が言える

９．『ご出身はどちらですか？』『そこの名物か有名なものを教えてください.』に対して
０：無反応
１：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
２：出身はいえるが，名物を言えない
３：出身，名物の両方を説明できる

１０．『新聞紙は，その内容を読むという使い方をしますが，それ以外の考えられる使い道を挙げてください.』に対して
同様に『レンガは，家を建てるときに使いますが，それ以外の考えられる使い道を挙げてください.』に対して
０：無反応
１：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
２：新聞，レンガの一方で１つ以上の使い道を言える

３：新聞，レンガの両方で１つ以上の使い道を言える

１１．カット場面の絵をみせて，人物の噴出しの中の言葉を入れてもらう．
(電車の中で杖をついたお年寄りが立っている．前に座っている人に吹き出しがついている．)
０：無反応
１：書こうとするが，字にならない
２：状況にそぐわない言葉
３：適切な言葉

１２．『今の季節は何ですか？』『その季節で何を思い浮かべますか？』『あなたの好きな季節は何ですか』『どうしてですか？』に対して
０：無反応
１：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
２：どれか一つに不適切な説明
３：全てに正しい説明

１３．『少し疲れましたか？少し首を回してみましょう．次に肩を回してみましょう.』に対して
０：無反応
１：反応はあるが適切な動作はみられない
２：言葉の指示だけでは正しくできないが，検者がやって見せれば正しくできる
３：言葉の指示だけで正しくできる

１４．『今ここで大地震が来たらどうされますか？』に対して
(逃げるなど，簡潔すぎる回答の場合，『もう少し詳しく説明してください』という)
０：無反応
１：反応はあるが，答えにならない.
２：詳しく説明できない.
３：手順をおって説明できる

１５．検査の開始時に患者の前に時計（ペンでも可）を置き，『『検査を終わります』と言ったら，この時計を私に渡してください.』と言い，検査終了時，『これで検査を終わります.』と言い，反応をみる.
反応がない場合，「何かお願いしていませんでしたか？」と聞く.
０：ヒントでも全く思い出せない.

１：ヒントでも，何か約束していたことは覚えているが，何か分からない.
２：ヒントで，時計を渡すことを思い出す
３：すぐに時計を渡す.

１６.『名前，住所，電話番号，生年月日をこちらに記入していただけますか？』と検査用紙の記入欄を指さしながら言う．これに対して
０：無反応
１：間違ったまま記入し，指摘される
２：正しく記入できるが，聞きなおしが，3 回以上
３：正しく記入できる，または，聞き落としたところを確認できる.

氏名	
住所	都道　　市区 府県　　群　　町
電話番号	(　　)　　-
生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日

認知症高齢者の Evidence Based Care
―ＡＤＬ崩壊過程とその対応に関する研究―

主任研究者：小長谷陽子（認知症介護研究・研修センター）
分担研究者：杉村　公也（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者：田川　義勝（名古屋大学医学部保健学科）
渡邉　憲子（名古屋大学医学部保健学科）
白石　成明（小山田記念温泉病院）
小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府）
川村　享平（名古屋大学大学院医学系研究科前期課程）

Ａ　研究目的

認知症高齢者では食事，排泄，言語コミュニケーションなどの基本的ＡＤＬが，病状の進行とともに次第に崩壊していくことはよく知られている[1]．在宅介護や施設介護では，こうしたＡＤＬ障害に対する介護が介護全体の中で大きな比重を占めている[2]．しかし，重要な介護にもかかわらず，どのような介護が適切な介護であるのか，介護によっては症状の進行を助長したり，反対に抑制したりすることはないのかなどという点はほとんど明らかになっていない．ただ経験的にそれぞれの介護者や施設が現状において適切と思う方法で介護しているにすぎない[3]．そのため過剰介護になったり，介護不足になったり，さらには虐待的介護さえ生じかねない状況があるといわれている[4, 5]．こうした状況を避けるためには evidence に基づいた適切な介護を検討し，介護指針として示していく必要があろう．

さらに evidence にもとづいた適切な介護を考える上で重要なことは ADL 崩壊過程には痴呆の重症度に従ったある程度の崩壊順位があることである[6]．そこでこのことを利用してそれぞれの時点で今後出現する崩壊状況を予測し予防的対応をするとか，崩壊の進行を遅らせるといった介護を創造していくことが可能ではないかと思われる．

本研究では，認知症高齢者に ADL 崩壊過程に応じた最適のケアを行うことで崩壊の進行を遅延させたり停止させることができるのではないかという考え方をもとに最適のケアを創造しようとするものである．今回はその最初の段階として，食事，排泄，言語コミュニケーションの崩壊過程とそれに対する介護対応の実状について調査を行った．

Ｂ　研究方法

（１）研究対象

本研究の研究グループを構成する研究協力者が勤務する介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型病棟，医療保険療養型病床に入所ないし入院中の認知症高齢者で，本人ないし家族の了承を得られた者である．限定した施設からの症例であるので施設評価とならないように，また障害者の特定が可能とならないように匿名化を徹底した．

対象の条件は①６５歳以上の認知症高齢者で，性別，疾患の診断名は問わない，②研究協力者が実際に観察確認可能な症例，③入院ないし入所後３ヶ月以上経過している症例である．

（２）研究方法

あらかじめ作成された調査表に基づいて観察調査を行った．調査表は以下のように作成された．（資料）

①調査者について：調査は原則研究協力者自身が行うこととし，それ以外の場合も細部は研究協力者自身が責任を持って点検し，合意できるものとした．実際上は研究協力者が介護者から聞き出しながら確認して記入することが多かった．

②調査対象者の特定と匿名化：生年月日以外の情報は全て匿名化し，主任研究者，分担研究者への連結を可能化しつつ，最大限の匿名化を実現させた．

③対象者の認知症状態に関する一般情報：ａ：認知症の原因診断名，ｂ：診断根拠，ｃ：発症後または診断後の年数，d：調査施設に入所ないし通所後の経過月数，e：発症後あるいは経過観察できるようになってからの症状の経過について調査を行った．

④認知症の重症度：小山田式痴呆（認知症）行動評価表（以下認知スケールと略す）を用いた．本評価表は会話，移動，排泄，摂食，入浴，更衣，整容，二者交流，集団交流，感情表出の 10 の下位項目からなり，それぞれ，無介護状態での行動をもとに認知症の程度を０点（無言無動に近い最重症）から 4 点（最軽症）まで５段階に評価する．さらに徘徊，不潔行為，異食，収集行為などの異常行為があった場合は各々につき１点減点する．総合計は－４点から 40 点までになる．ちなみに 10 点以下は重症，11～20 点は中等症，21~30 点は軽症，31～40 点は最軽症ないしＭＣＩレベルの異常とみなされる．４０点満点でも本評価表の場合正常ではない．

⑤食行動の異常とその対応：16 項目について，１：常にまたはほぼ常に見られる，２：時々見られる，３：たまに見られる，４：以前あったが現在は見られない，の４段階で回答を求めた．見られない場合は回答しないこととした．

対応に関しては，１：放置している，２：口頭で注意・指導する，３：介助する，４：１～３以外の方法で対応している，の４項目で回答を求めた．

⑥排泄行動の異常とその対応：18 項目について食行動異常と同様，１：常にまたはほぼ常に見られる，２：時々見られる，３：たまに見られる，４：以前あったが現在は見られない，の４段階の回答を求めた．見られない場合は回答しないこととした．

対応では，１：放置している，２：口頭で注意する，３：誘導・介助する，４：オムツにする，５：１～４以外の方法で対応している，の５項目で回答を求めた．

⑦言語コミュニケーション行動の異常とその対応：14 項目について食行動異常，排泄

行動異常と同様に，１：常にまたはほぼ常に見られる，２：時々見られる，３：たまに見られる，４：以前あったが現在は見られない，の４段階の回答を求めた．見られない場合は回答しないこととした．

対応に関しては，１：放置している，２：こちらから呼びかけを続ける，３言語以外の方法で働きかけるの３項目で回答を求めた．

集計は Excel 2003 を用い，ピボットテーブルでクロス集計し，統計処理は Statcel 2 nd ed を用いた．

C　研究結果

（1）集計数

総計 230 例が収集された．生年月日以外は全て匿名化されていた．施設名も匿名化され７種類の施設が記号化され表示されていた．

認知スケールの中間値は 18 点，平均値は 18.5 点，標準偏差は 10.1 点であった

（2）食行動の異常とその対応

ａ）観察された行動異常：230 例中 168 例で 16 項目のどれかに該当する行動異常が何らかの頻度で観察されていた．該当症例数は項目により異なっており，最高 86 症例（「食べることを中断し，促さないと食べない」）から最低 19 症例（「１つに混ぜる」）であった．高頻度で観察された異常行動は「食べることを中断させ，促さないと食べない」，「ボーと見ていて手を出さない」といった行動の発動性や持続性の異常に関する項目に高頻度の異常が認められた．出現頻度の低い項目として「食べ物以外を食べる」，「食べた容器で遊ぶ」，「一つに混ぜる」といった，食行動が独立した行動として認識されていないで遊びなどの行為と区別できないばかりか，食物と食物でない物の区別も不確実になる異常行動が見られている（図　1a）．

ｂ）行動異常と認知スケールとの関係：食行動異常と認知症重症度の関係を《常に見られる》状態の症例で見てみると，「箸・スプーンを扱えない」，「食べずに遊ぶ」，「手を出さない」，「空容器をすくう」，「手づかみ」といった項目が認知スケール８点以下で，重症者では食事行動の認知自体が崩壊している状況が認められた．「食べずに遊ぶ」，「食事を中断して促さないと食べない」，「ボーとして手をださない」，「こぼしても平気」といった発動性，集中力，社会性や礼儀に関する項目では比較的認知症が軽い症例でも《たまに見られる》と報告されていた．多くの行動異常において《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた（一元配置分散分析：ｐ＜0.001）（図　1ｂ）．

出現頻度の高い項目は概ね認知症の軽い状態の症例から重症例まで広く出現する項目であったが，出現頻度の低い項目は認知症の重症者でもあまり出現しない項目で特に重症者に変異して多いということはなかった．これが食行動の異常では出現頻度の項目別の違いと項目別の認知スケールの平均点数の違いを作り出す要因となっていた．しかし例外的

に「デザートを先に食べる」は出現頻度としては低頻度の項目であったが，認知症が軽度の症例に多く出現していた（図　１ｃ）.

ｃ）行動異常と対応方法の違い：食行動では多くの異常に対し口頭で注意することが多く，介助のほうが口頭で注意するよりも多いのは「食べた容器で遊ぶ」,「デザートを先に食べる」,「空容器をすくう」,「食べずに遊ぶ」,「１品をなくなるまで食べる」,「箸・スプーンを扱えない」,「１品，２品しか食べない」の項目のみであった（図　１ｄ）.

対応の中で介助の％が最も高いのは「箸・スプーンを扱えない」（５９％）で，最も低いのは「他人の物を食べる」（１３％）であった（表　１）.

ｄ）行動異常の出現頻度と対応方法の違い：多くの対応は出現頻度が高くなると口頭注意に比して介助することが多くなって来るという傾向であった.「食事を中断させ集中できない」と「空になった容器で遊ぶ」,「手づかみ」はたまに出現する段階から介助を行っていた（図　１ｅ，ｆ）.

ｅ）食行動異常に対するそのほかの対処方法：ほとんどの対応が１の放置しているか，２の口頭で注意・指導するか，３の食事介助して（食べさせて）いるであったが,「他人の物を食べようとする」場合には「個室で食べさせる」とか,「空容器をすくう」場合は「すぐ片づける」とか,「一つに混ぜる」場合は「一品ずつ出す」など，環境調整に属する対処法が少数例で行われていた.

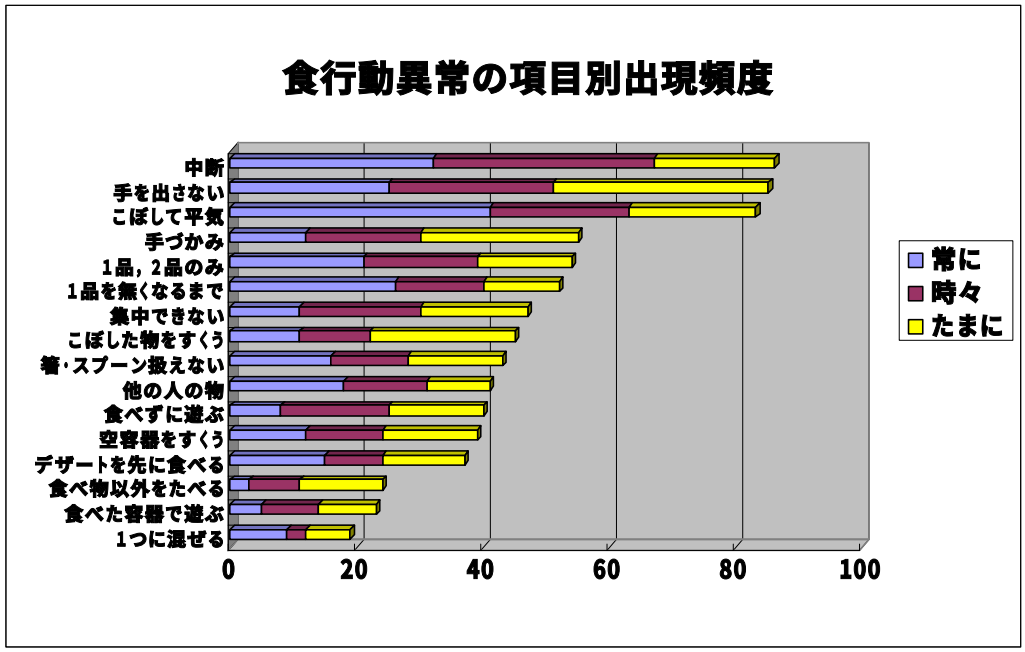
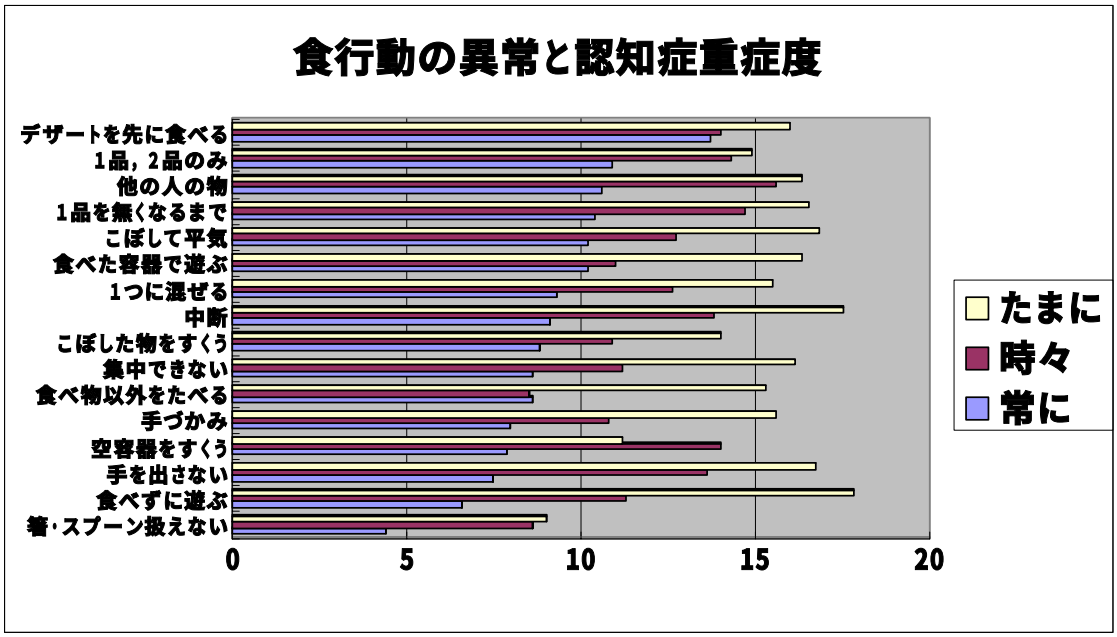


図　１ａ：食行動異常の項目別出現頻度
全 230 例中の実出現例数で示した



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	16	9.05	4.326667	2.080064	0.520016	
時々	16	12.35	4.454667	2.110608	0.527652	
たまに	16	15.34375	5.221292	2.285015	0.571254	
合計	48	12.24792	11.21659	3.349118	0.483404	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	527.1798	47				
群間変動	317.1404	2	158.5702	33.97296	1.02E-09	3.204317
誤差変動	210.0394	45	4.667542			

図　１ｂ：食行動の異常とそれら症例の出現頻度毎の平均認知症重症度

グラフのＸ軸は認知スケールの平均値. 下の表は出現頻度の違いの有意差を一元配置分散分析で検定した結果である

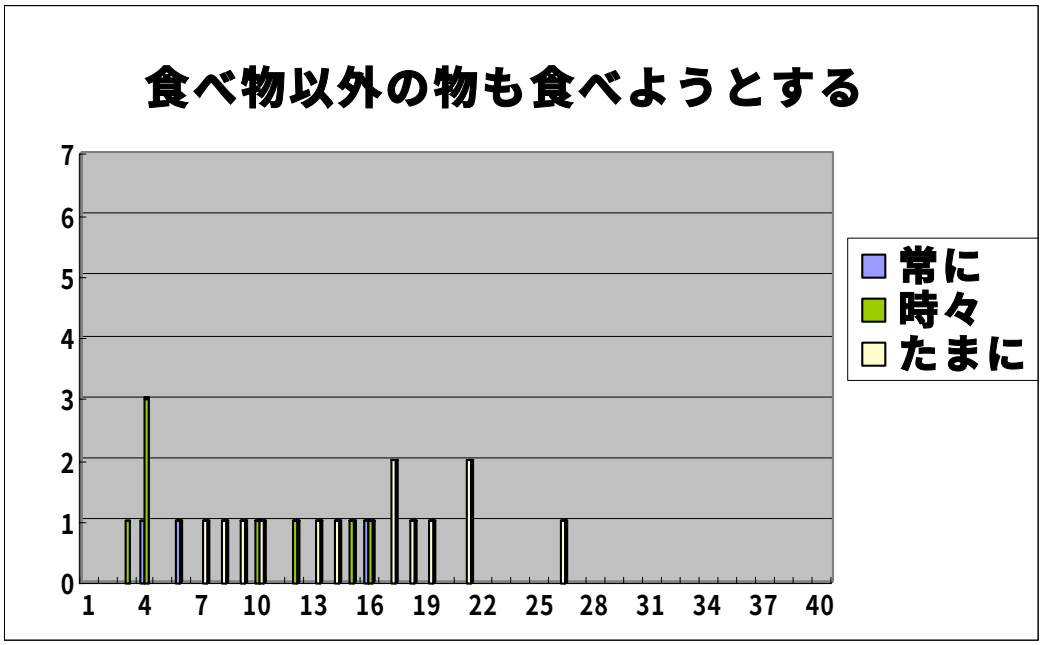
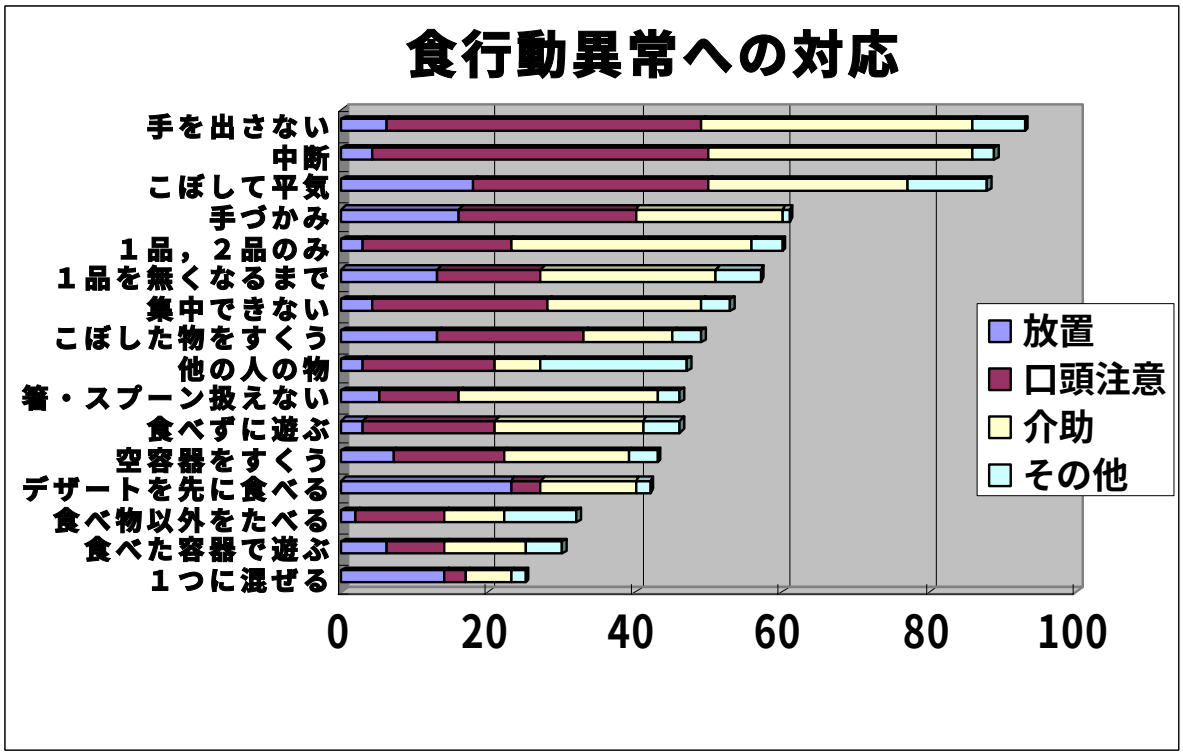


図　１ｃ：「食べ物以外を食べようとする」行動異常を示した症例の認知スケールの分布
Ｘ軸は認知スケールの点数，Ｙ軸は症例数



１ｄ：食行動異常への対応
食行動異常の項目毎の対応の違いを実症例数で示した

食行動の異常	放置	口頭注意	介助		その他	対応合計	介助(%)
他の人の物	3	18	6		20	47	13
1つに混ぜる	14	3	6		2	25	24
こぼした物をすくう	13	20	12		4	49	24
食べ物以外をたべる	2	12	8		10	32	25
デザートを先に食べる	23	4	13		2	42	31
こぼして平気	18	32	27		11	88	31
手づかみ	16	24	20		1	61	33
食べた容器で遊ぶ	6	8	11		5	30	37
空容器をすくう	7	15	17		4	43	40
集中できない	4	24	21		4	53	40
手を出さない	6	43	37		7	93	40
中断	4	46	36		3	89	40
1品を無くなるまで	13	14	24		6	57	42
食べずに遊ぶ	3	18	20		5	46	43
1品，2品のみ	3	20	33		4	60	55
箸･スプーン扱えない	5	11	27		3	46	59

排尿行動の異常	放置	口頭注意	介助誘導	オムツ	その他	対応合計	介助誘導の割合 (%)	オムツ (%)	介助/オムツ (%)
トイレから出てこない	4	21	6	2	7	40	15	5	300
パッド，オムツ異食	2	1	2	6		11	18	55	33
弄便	1	4	10	9	4	28	36	32	111
便器排尿不能	5	7	38	46	2	98	39	47	83
コミュニケーション不能	7	10	35	29	3	84	42	35	121
誘導拒否，暴言，暴行	7	8	24	7	6	52	46	13	343
ズボン脱衣拒否	0	7	18	10	3	38	47	26	180
ズボンを下ろさず便器に座る	0	7	17	8	1	33	52	24	212
手を洗わない	7	31	58	10	4	110	53	9	580
尿意不表出	2	1	74	57	3	137	54	42	130
放尿	1	1	12	8	0	22	55	36	150
脱抑制性排尿	2	2	19	11	0	34	56	32	173
トイレ認識不能	1	2	34	22		59	58	37	155
着座不能	0	3	21	11	1	36	58	31	191
トイレ使用法わからない	2	2	44	22	1	71	62	31	200
水を流さない	5	13	71	10	5	104	68	10	710
ズボン着衣不能	0	3	63	14	5	85	74	16	450
トイレの場所がわからない	2	5	58	11	2	78	74	14	527

言語コミュニケーションの異常	放置	言語反復	言語以外		その他	対応合計	言語反復の割合(%)
オウム返しのみ言える	26	18	1			45	40
主介護者の名前が言えない	65	55	4		2	126	44
人の話に感動しない	43	45	5			93	48
体調, 気分はに返事なし	6	54	29		14	103	52
物の名が言えない	40	59	6		1	106	56
ほめ言葉に反応なし	21	36	4			61	59
誘いに肯定の意思表示なし	25	56	7			88	64
自分の名を答えられない	14	38	6			58	66
命令に肯定の返事なし	18	60	6			84	71
欲しい物は?に返事なし	15	79	9		7	110	72
呼名に返事なし	8	62	5		5	80	78
おはように返事なし	11	62	5			78	79
命令に拒否の意思表示なし	6	51	7			64	80
話しかけに返事なし	5	59	7			71	83

表　1：各異常行動について項目別の対応方法の違いを症例数と全対応に占める割合で示した.

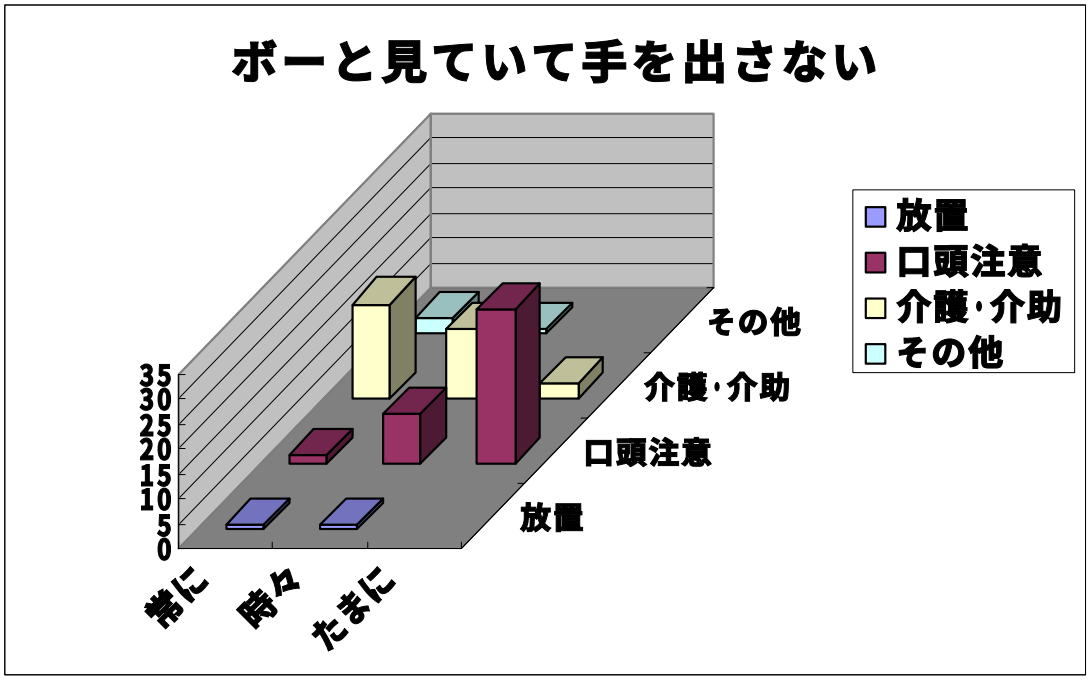


図　１ｅ：「ボーとしていて手を出さない」症例の場合の出現頻度と対応の違い
この場合はたまに出現する時は口頭注意が多く，常に出現するようになると介護・介助が多くなることが明らかである．縦軸は症例数.

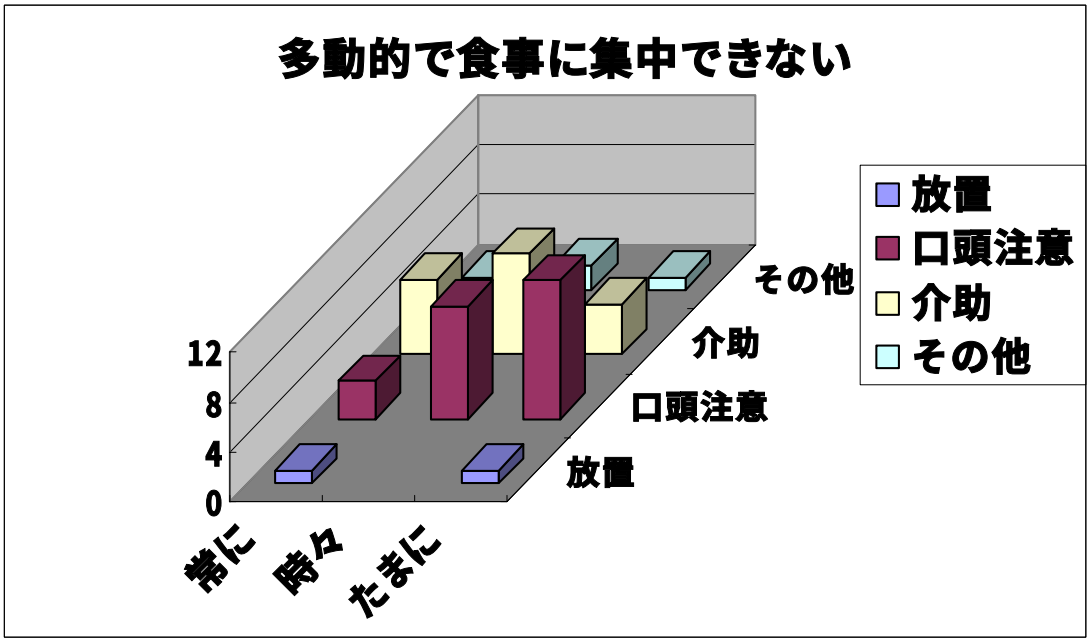


図　１ｆ：「他動的で食事に集中できない」の場合の出現頻度と対応の違い
この場合はたまに出現する場合からかなり介助を行っている．縦軸は症例数.

（３）排泄行動の異常とその対応

ａ）観察された行動異常：230 例中 200 例で 18 項目のいずれかの異常が見られた．最も多くの症例で見られたのは「尿意を表示しない」（145 例）で，最も少数だったのは「パッド，オムツを食べようとする」（３例）であった（図　２ａ）．

ｂ）行動異常と認知スケール：食行動の場合と同様，多くの行動異常は《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた（一元配置分散分析：ｐ＜0.001）（図　２ｂ）．

排泄行動の異常では食行動に比し，認知症が比較的軽い症例でも異常行動が《常に見られる》症例が多く，出現頻度の高い異常行動の項目は異常が《常に見られる》症例の増加によっていた．

また排泄行動の異常の出現頻度と認知機能の高さはかなり良く一致しており，高頻度に出現する項目は認知症の軽症者から重症者まで広く見られ，出現頻度の低い項目は重症者にしか見られない項目であった．出現頻度の高い項目は認知症スケールは高得点で，出現頻度の低い項目は認知スケールが低い傾向であった（図　２ｃ，ｄ）．

ｃ）行動異常と対処方法の違い：排尿行動では多くの異常に対して主として誘導や介助が行われていた．最も対応している頻度の高い症例は「尿意を表示しない」（137 例）で 54%が誘導・介助されており，42%がオムツになっていた．最も誘導・介助の比率が高い異常は「ズボンが着られない」と「トイレの場所が分からない」で対応の 74%が誘導・介助となっていた（表　１，図　２ｅ）．

ｄ）行動異常の出現頻度と対処法の違い：排尿行動の異常に対しる対応は全般的に出現頻度が高くなるとオムツにするが，《時々みられる》程度では誘導・介助という場合が多い．尿意の異常である「尿意を訴えない」や「尿意を訴えるとすぐ排尿する」は時間誘導を含めてできるだけトイレに誘導していた．その他排尿周辺行動の異常である「水を流せない」，「手を洗えない」，「トイレの場所が分からない」といった行動の異常でも誘導・介助が多くなっている（図　２ｆ）．便器を排泄の場と認識できないと誘導しても排尿しないためやむを得ずオムツにしている．

ｅ）排泄行動異常に対するその他の対処法：この場合もほとんどが１の放置しているか，２の口頭で注意・指導するか，３の誘導・介助するか，４のオムツを着用するであった．それ以外の特別な対処法は「トイレの印をわかりやすくした」とか，「トイレの蓋を取りはずしたり」，「自動水洗にした」とか，少数例で環境調整が報告された．その他に自由記載欄に「誘導方法やタイミングの工夫」などが報告されていた．「オムツセンサー」もごく一部で試用されていた．

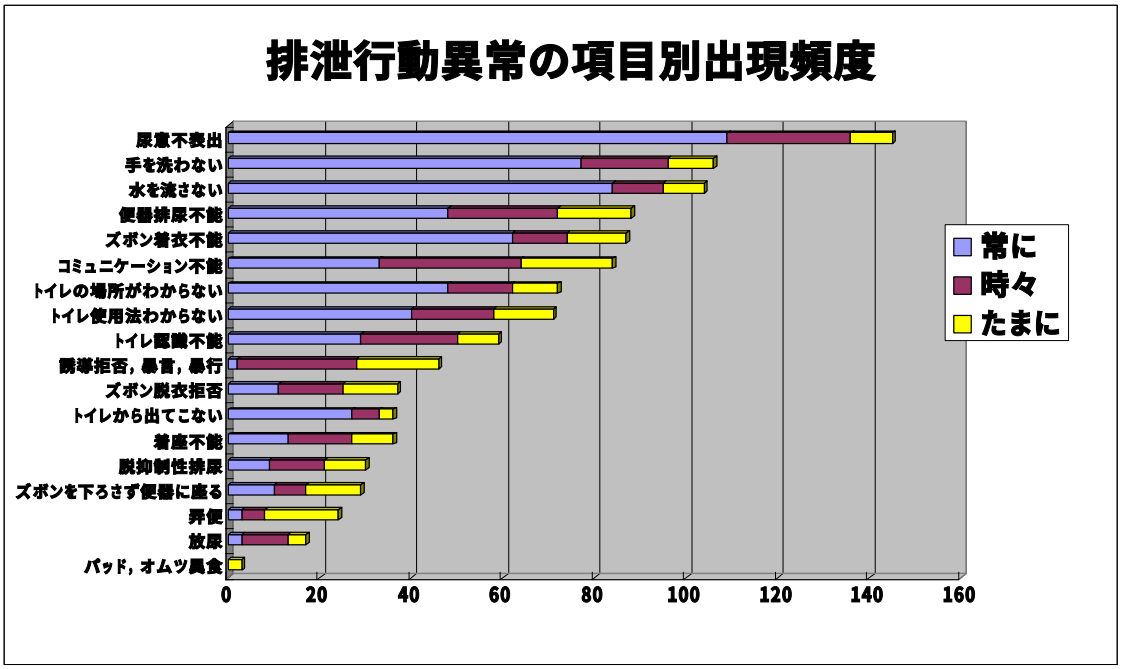
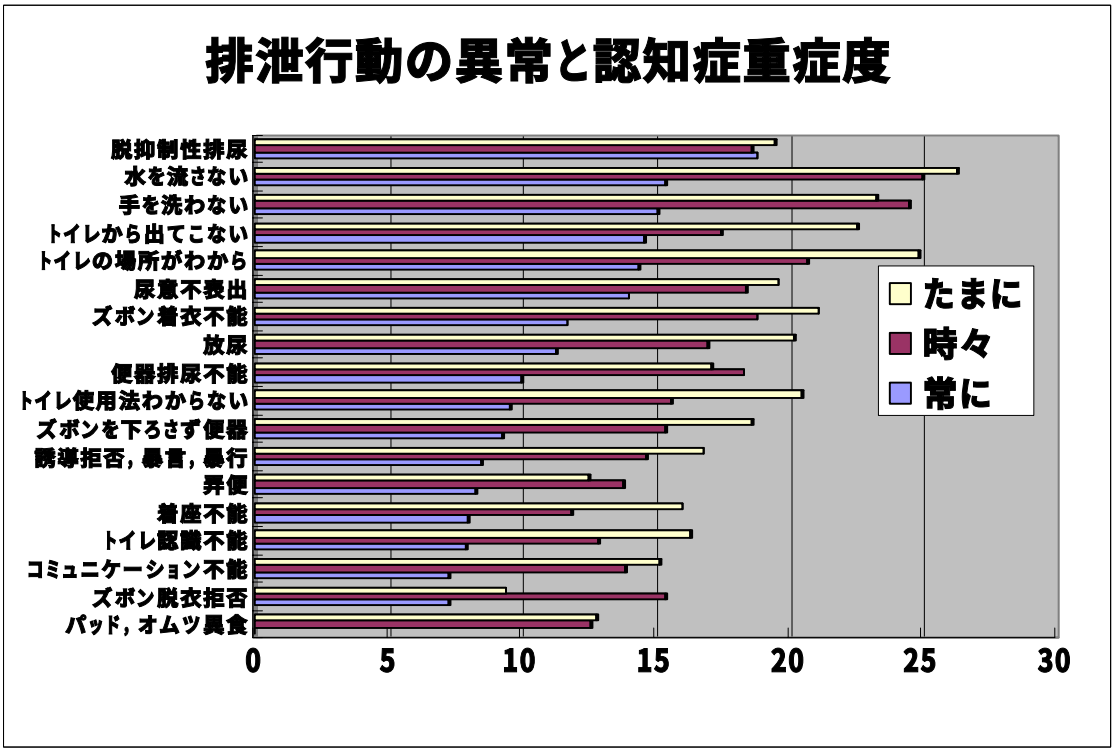


図　２ａ：排尿行動異常の項目別出現頻度

全 230 例中の出現頻度数を項目毎に示した.



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	18	10.63889	18.53781	4.305556	1.014829	
時々	18	16.94444	13.99908	3.741535	0.881888	
たまに	18	18.48333	19.74382	4.443402	1.04732	
合計	54	15.35556	28.50478	5.338987	0.726544	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	1510.753	53				
群間変動	621.9811	2	310.9906	17.84543	1.33E-06	3.178799
誤差変動	888.7722	51	17.42691			

図　２ｂ：排尿行動の異常とそれらを示した症例の平均認知症重症度

グラフの認知症重症度は該当症例の認知スケールを平均値で示した．グラフで示した出現頻度の違いを一元配置分散分析で検定した．

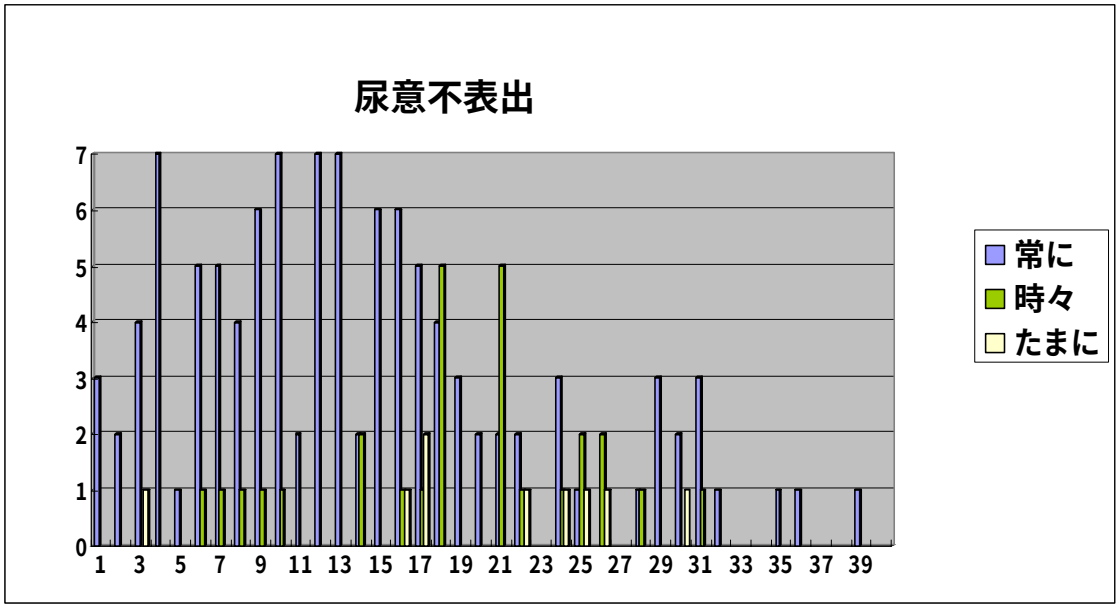


図　２ｃ：項目毎の症例の認知スケール上の分布

個々では「尿意を表示しない」症例を示した．Ｘ軸は認知スケールの値，Ｙ軸はその症例数．

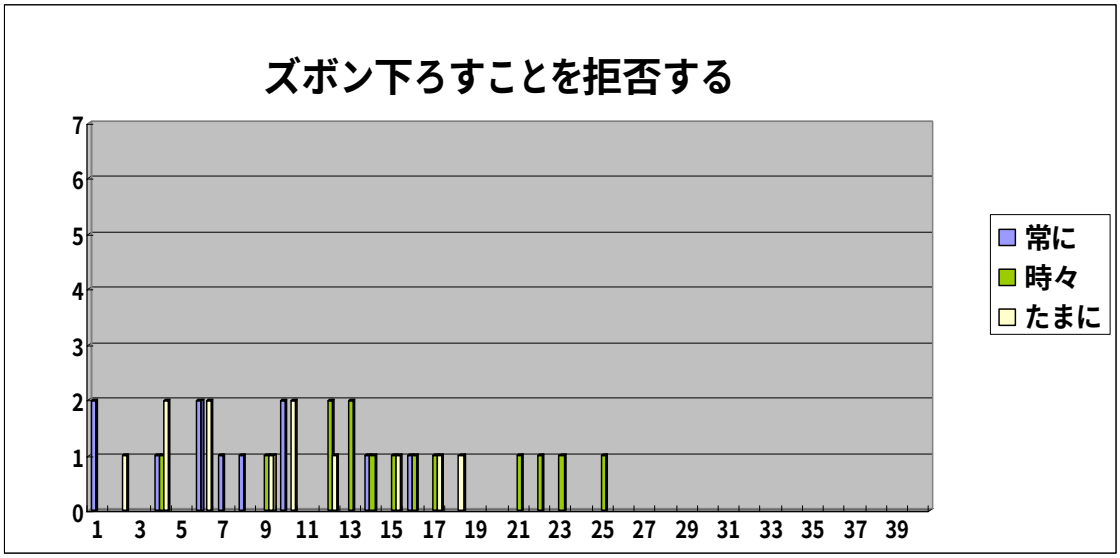


図　２ｄ：項目毎の症例の認知スケールの分布

ここでは「ズボンを下ろすことを拒否する」症例を示した．Ｘ軸は認知スケールの値．Ｙ軸はその症例数

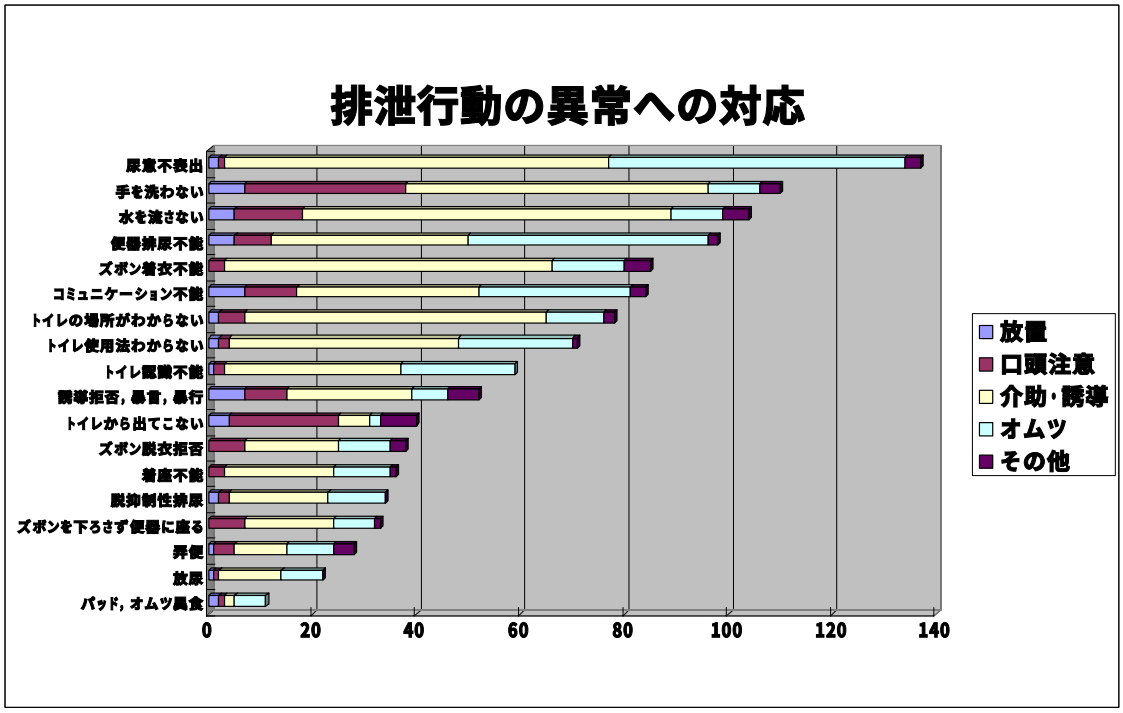


図　２ｅ：排尿行動異常への対応

項目毎の症例数を対応方法の違いにより示した．横軸は症例の実数

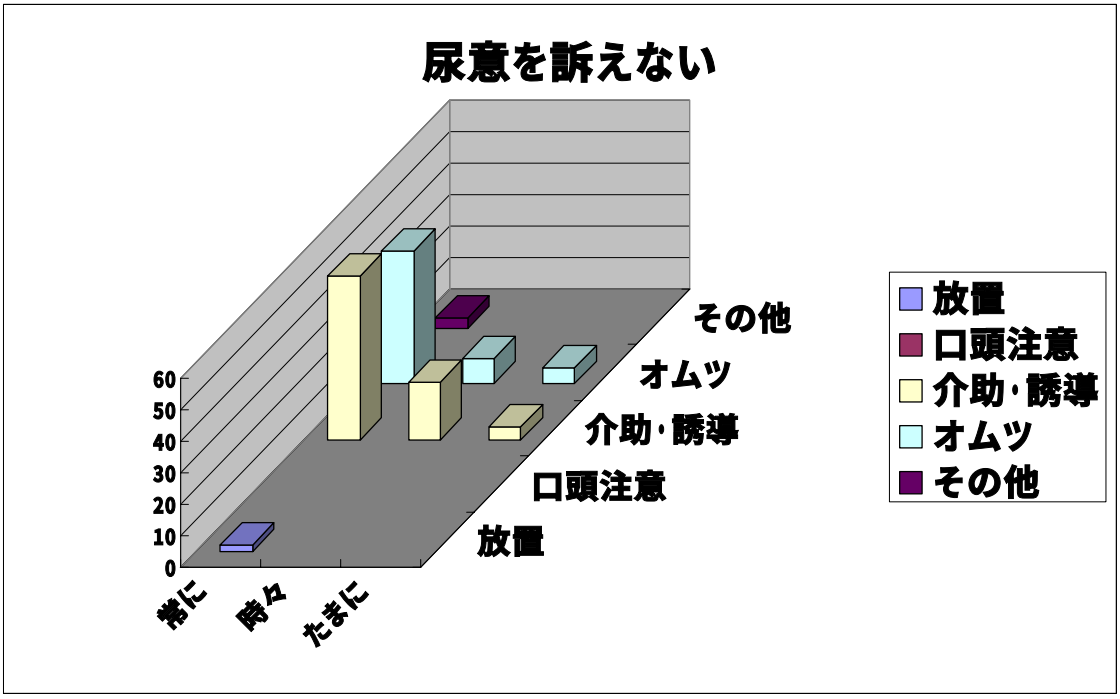


図　２ｆ：「尿意を訴えない」場合の出現頻度と対応別症例数
この場合はオムツと介助・誘導がほぼ同数であることがわかる．縦軸は症例の実数

（４）言語コミュニケーションとその対応

ａ）観察された行動異常：230 例中 190 例で 14 項目のいずれかの異常が見られた．最も多いコミュニケーションの異常は「主介護者の名前を聞いても答えられない」で 230 例中 156 例に認められた．その他「身近な物の名前が言えない」(130 例),「欲しい物はの問いに答えない」(112 例) 等が多く.「オウム返しのみが言える」(41 例) が最も少なかった (図　３ａ).

ｂ）異常行動と認知スケール：言語コミュニケーションでも食行動や排泄行動と同様に多くの異常行動は《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた（一元配置分散分析：ｐ＜0.001）（表　１，図　３ｂ）.

出現頻度の高い項目では「主介護者の名前が言えない」などはかなり認知症の軽い症例にも《常に見られ」》たが，一方「物の名前がほとんど言えない」は《常に見られる》状態が認知症の重症な者に限定し，認知症の軽度な者では《時々》か《たまに見られる》ことがほとんどであった．比較的出現頻度の低い項目は認知症の重症の者に限定して《常に見られる》ことが多く，やや軽い者では《時々》または《たまに見られる》程度のことが多い．このため出現頻度が高い項目に比して出現頻度の低い項目は重症側に偏っていた（図３ｃ）

ｃ）異常行動と対処方法の違い：返答ができないか，つじつまの合わない会話しかできな

いので言語コミュニケーションが成立しない場合，対応としてコミュニケーションできないまま，「放置する」か，「繰り返して」コミュニケーションできるようにしようとするか，「言語以外の方法」でコミュニケーションしようとするかであった．ほとんどが「繰り返して」コミュニケーションしようとしていた．「言語以外」の方法でコミュニケーションを取ろうとする例はほとんどが 10 例以下であった．ただ体調や気分を聞いても返事がない場合のみ，29 例が「言語以外の手段で」コミュニケーションを取っており，特異的に多数例であった（図　３ｄ）．

ｄ）異常行動の出現頻度と対処法の違い：14 項目のほとんどで対話を繰り返してコミュニケーションを成立させようとすることは異常が《たまに》出現するうちだけで，それが《時々》になり，《常にみられる》ようになるとそうした試みは少なくなっている．ただ「欲しい物を聞く」時や，「体調や気分を聞く」場合，「人の話に感激しない」，「物の名前」，「主介護者の名前」などは何とか聞きただそうとしている(図　３ｅ，ｆ)．

ｅ）その他の言語コミュニケーションの異常に対する対処法：ほとんどが１の放置しているか，２のこちらから呼びかけを続けるであったが，少数で３の言語以外の方法が採られていた．それらは「ジェスチャーや体で表現する」といった方法であった．ごく少数で「紙に絵や文字を書いて知らせる」というものがあった．

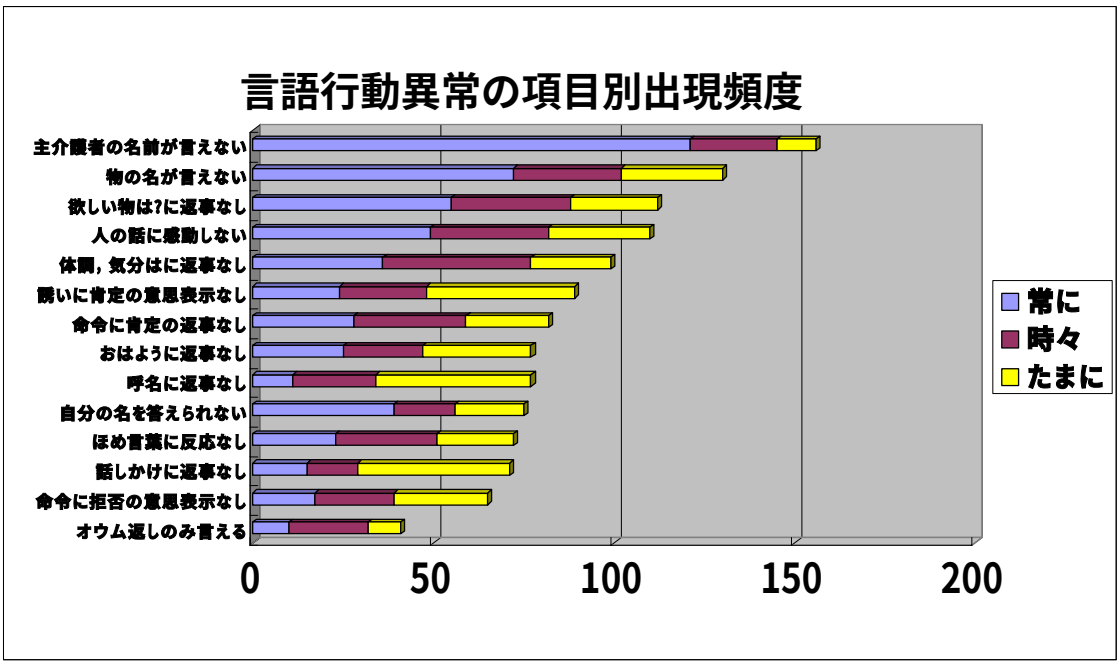
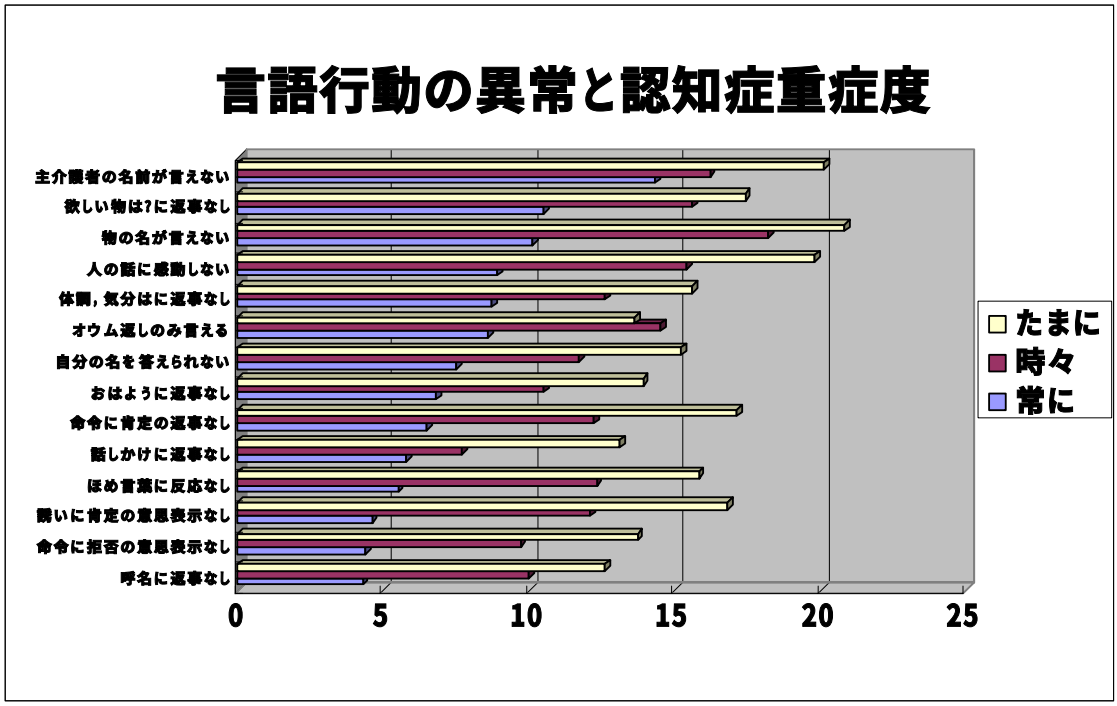


図　３ａ：言語コミュニケーション行動の異常の項目別出現頻度
全 230 例中の出現症例数を項目毎に示した．



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	18	10.63889	18.53781	4.305556	1.014829	
時々	18	16.94444	13.99908	3.741535	0.881888	
たまに	18	18.48333	19.74382	4.443402	1.04732	
合計	54	15.35556	28.50478	5.338987	0.726544	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	1510.753	53				
群間変動	621.9811	2	310.9906	17.84543	1.33E-06	3.178799
誤差変動	888.7722	51	17.42691			

図　３ｂ：言語コミュニケーション行動の異常とそれを示した症例の平均認知症重症度

グラフの認知症重症度は該当症例の認知スケールを平均値で示した．グラフで示した出現頻度の違いを一元配置分散分析で検定した．

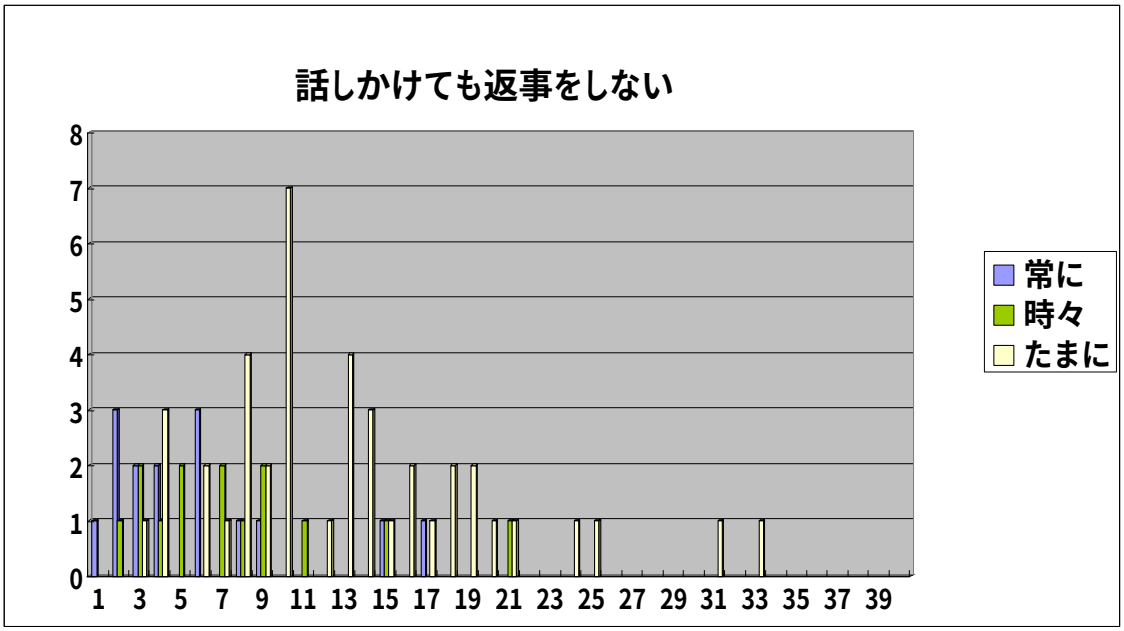


図　３ｃ：項目毎の症例の認知スケール上の分布

「話しかけても返事をしない」の場合をしめした．X軸は認知スケール値，Y軸は症例数.

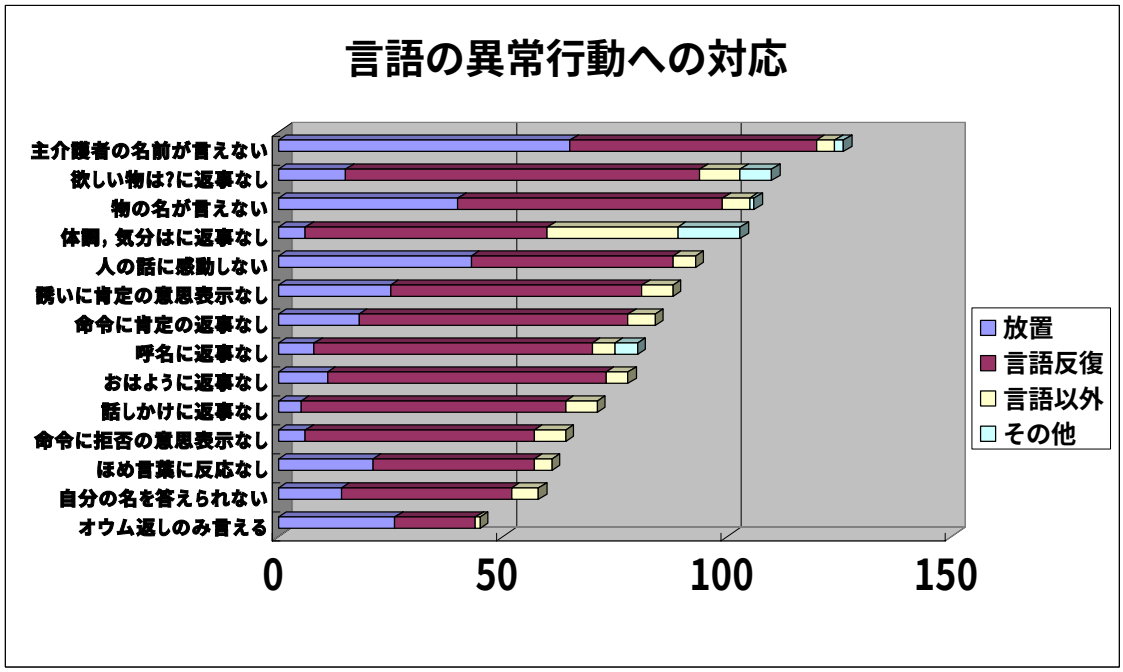


図　３ｄ：言語コミュニケーション行動異常への対応

項目毎の症例実数を対応方法の違いにより示した.

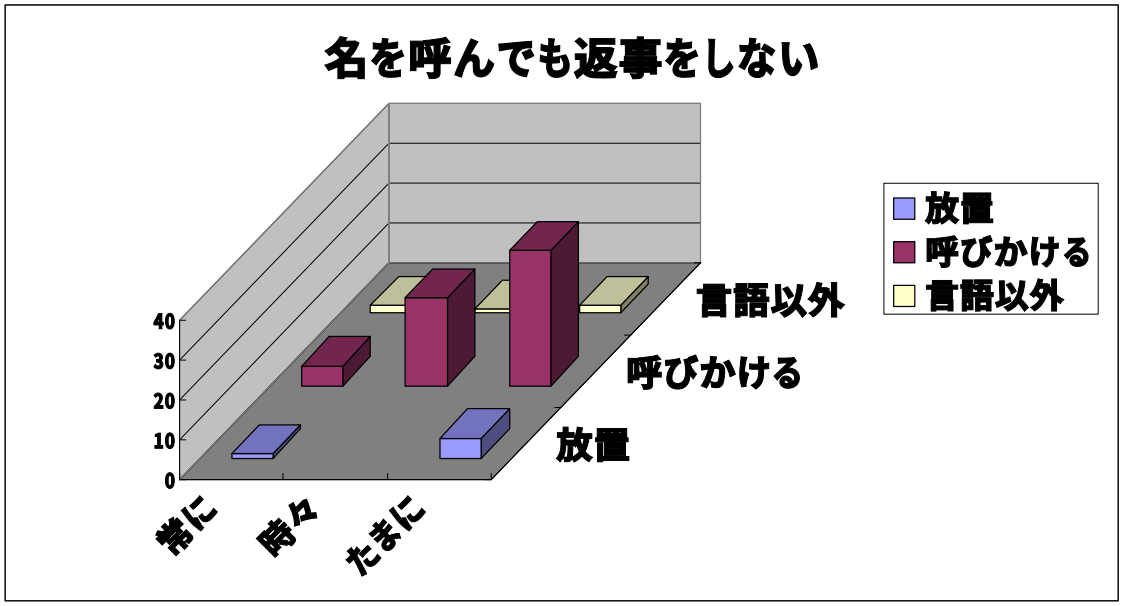


図　３ｅ：「名を呼んでも返事をしない」の場合の出現頻度と対応別の症例数
この場合はたまに出現する時は呼びかけを続けることがわかる．縦軸は症例の実数

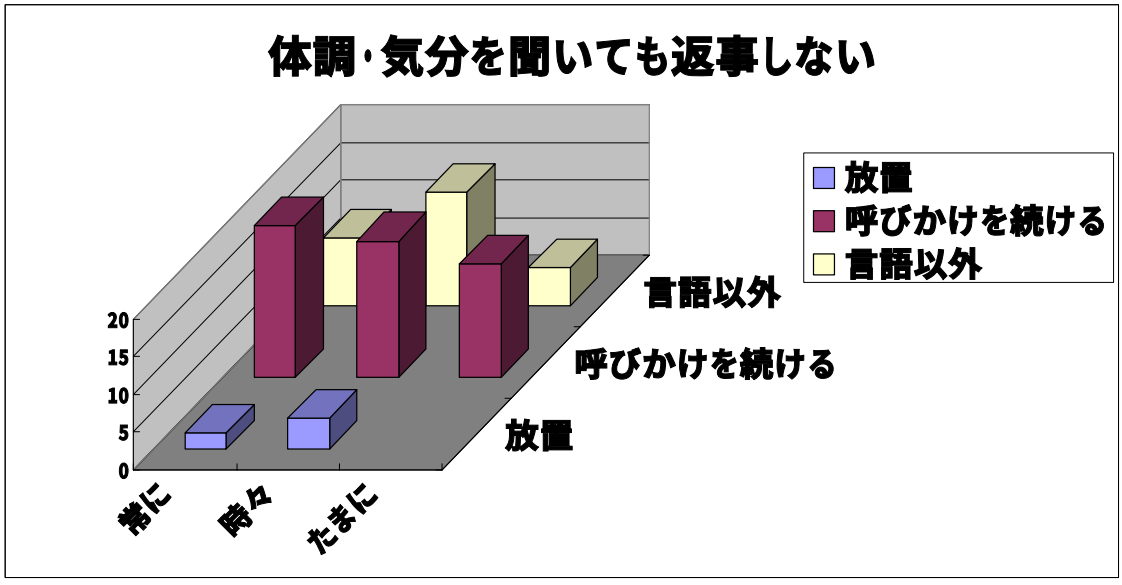


図　３ｆ：「体調・気分をきいても返事をしない」の場合の出現頻度と対応別症例数
この場合は常に出現する場合や時々出現する場合でも呼びかけを続けていることが多いことがわかる．縦軸は症例の実数

D　考察

（１）　小山田式痴呆（認知症）行動評価表（認知スケール）について

今回われわれは認知症重症度評価に小山田式痴呆（認知症）行動評価表を用いた．この

評価表は最近，菱田らによって，施設内での認知症の行動評価のために種々の行動評価表の問題点を改善し作成されたものである[7]．その特徴は①ＡＤＬ評価を中心にしつつ，会話，二者交流，集団交流，感情表出など多彩な行動を総合評価して認知症の程度を評価する，②N 式ＡＤＬ評価表などでは買い物の項目のように施設では評価困難な項目があるが，こうした点には留意し施設介護の場で観察可能な項目によって評価する，③多くのＡＤＬ評価表が介護度で評価している点を改善し，無介護状態での行動をもとに評価が行えるようにし，入院・入所間もない時期での評価も可能にした，④詳細な記入マニュアルが添付されており評価が行いやすく，評定者間信頼性も高い．⑤他の行動評価表とも良く相関し妥当性も高い，などの点である．このようにこの評価表は信頼性，妥当性も十分検討されており，信頼性と実用性の高い評価表であると思われる．今回の調査でもこの評価表の使用については問題も疑点も報告されておらず，記入漏れもなく使用しやすい評価表であったと思われる．

（２）ＡＤＬ崩壊過程について

これまでわれわれは認知症高齢者のＡＤＬ障害が認知症の進行した者ほど多くの種類の障害を示すこと，個々のＡＤＬ障害項目にはそれを示す者の認知症の程度にそれぞれある程度の決まった範囲があり，障害項目を重症度毎に順位付けすることができること，しかし個々の認知症高齢者では認知症の経過に伴ってＡＤＬ障害が出現する順序は必ずしも一定ではないことを明らかにした[8，9]．

今回はこれらの報告を基にさらに多数例でその障害項目毎の出現頻度について検討を行い，さらにそれらの障害に対してどのような対応を行っているのか現状を調査し分析した．

ａ）その結果，食行動においては比較的重症者にしか出現しないため出現頻度の低い，「箸スプーンが扱えない」，「食べ物以外を食べる」「食べずに遊ぶ」，「空容器をすくう」といった項目と，「１つに混ぜる」，「食べた容器で遊ぶ」，「デザートを先に食べる」などの出現頻度は低いがかなり認知症が軽度の者にも見られる項目とがあった．一方出現頻度の高い項目，「中断する」，「手を出さない」，「こぼして平気」などは痴呆症の軽症者から重症者に至るまでにも広く出現することで出現頻度が高くなる項目であった．

食行動の場合，かなり認知症の軽い段階から《たまに》異常行動が見られ，認知症がかなり重症にならないと《常に》異常が見られるようにならない項目が多いことが特徴であった．

ｂ）排泄行動は《たまに》出現するという状態は少なく，《時々》ないし《常に》出現し，認知症が軽い症例でも出現する項目は認知スケールは高く，重症者にしか出現しない項目は認知スケールは低い傾向があった．ただし「尿意を訴えるとすぐ排尿してしまう」いわゆる脱抑制性排尿は極めて特異的であった．それは《たまに》（平均 18.8 点），《時々》（平均 18.6 点），《常に》（平均 19.6 点）の出現する平均認知スケール点数がほぼ一致しており，さらに今回調査の全症例の平均認知度（18.5 点）にほぼ一致しており，認知症によらないで，高齢者に平均して一定頻度（ここでは 13%を示していた）で出現する異常であると考

えられた.

c）言語コミュニケーションの項目も《たまに》と《時々》はほぼ一定の比率で出現し，出現頻度の違いは《常に》出現している症例数の多少にほぼ依存していた．そして常に出現する頻度はほぼ認知スケールと相関していた．つまり軽症時から出現する異常は全体に出現数が多く，重症者にしか出現しない異常は全体として数が限られることになっていた.

また,《たまに》出現する者の平均認知スケールは高く,《時々》から《常に》となるに従って認知スケールは低下する，すなわち重症化していた．このことから軽症者では《たまに》出現する障害も，重症化するに従って《時々》出現するようになり，やがてさらに重度化するとついにはほとんど《常に》出現するようになることが明らかであった.

（3）ＡＤＬ障害に対するケアの対応

認知症が進行増悪するにつれてケアは２つの原則に基づいて対応していることが判明した.

まず第１には障害を示す頻度に従って，障害が《たまに》出現する時期には放置観察しているだけにとどまっている．次に障害が《時々》みられるようになると，口頭で注意したり，指示することを示している．しかし障害が《常に》みられるようになるともはや注意するだけでは対応しきれず積極的に介助・誘導などを行うようになる.

第２に障害の影響を考慮し介護介入の程度が決められている．つまり障害されてもあまり身体的影響のないもので，周囲へも影響の及ばないもの，たとえば食行動では「デザートを先に食べる」,「こぼしても平気」,「手づかみ」など社会的行儀が守れないことなどは放置ないし口頭注意にとどめて置き，直接身体に影響する「食事を中断してしまう」,「食べ物以外を異食する」「ボーとしていて食事に手を出さない」などでは《時々》みられる程度の時期から介助することになっていることである.

Ｅ　結論

認知症高齢者のＡＤＬ障害の実態とそれに対する対応の現状を 230 症例へのアンケート調査から分析した.

ＡＤＬ障害は排泄障害と言語コミュニケーションの障害では比較的軽い時期から障害される行動と重症にしかみられない行動まであって，軽い時期からみられるものは重症者から軽症者までそれを示す障害者の数が多く，重症者にしかみられないものは障害者の数は少なかった．食行動の障害は認知症の重症度に関係なく《常に》見られる行動異常と《たまに》見られる障害とがあり，重症者では《常に》見られるが軽症者では《たまに》見られるにすぎないものと認知症の重症度に関係なく《たまに》しか見られない異常行動があった.

こうしたＡＤＬ障害に対するケアの対応は障害の出現頻度に影響されて対応を決定していると思われる場合と，障害の影響の重大さに影響されて対応を決定していると思われる場合の２つの要素によって決定されていた.

F　参考文献

1．横井輝夫，岡本圭左，他：痴呆性高齢者の認知機能障害とＡＤＬ障害との関連．理学療法科学，2003；18：225.

2．吉田一生：経済統計から見た国民生活の現状と動向（３３）．厚生の指標，2004；51：34.

3．時政昭次，博野信次：痴呆症における日常生活活動の評価．ＯＴジャーナル，1998；32：1087.

4．溝口　環：痴呆性疾患における介護負担感．J clin reh，2001；10：891.

5．本間　昭：痴呆性老人の介護者にはどんな負担があるのか．老年精神医学，1999；10：790.

6．大橋美幸：痴呆性老人の生活関連動作及び身の回り動作―問題の経過と介助が必要になる状況―．理学療法学，1999；26，53.

7．菱田　愛，今井浪加，他：小山田式痴呆行動評価表による痴呆の評価．地域リハビリテーション最前線，大田仁史監修，医歯薬出版，東京，1999，ｐ53.

8．小酒部聡江：アルツハイマー型痴呆における排尿行動の経時的変化．名古屋大学大学院医学系研究科 2004 年度修士論文

9．中川雅弘：痴呆高齢者のコミュニケーション残存能力に関する研究．名古屋大学大学院医学系研究科 2004 年度修士論文

認知症介護指導者養成研修の評価に関する研究

主任研究者　可知昭江（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者　福山　醸（社団法人　中部産業連盟）
正木勝秋（元人事院総務局参事官）
前川厚子（名古屋大学医学部保健学科）
奥宮さだ子（聖隷福祉事業団看護介護研修センター）
永坂トシエ（社団法人　愛知県看護協会）
柿本　誠（認知症介護研究・研修大府センター）
藤本　茂（認知症介護研究・研修大府センター）

A　研究目的

認知症介護指導者養成研修（以下「指導者研修」）は認知症介護実務者研修を企画し、講義、演習、実習を担当、指導できる能力を身につけるとともに、介護保健施設・事業者等における介護の質の改善について指導することができる者を養成するための研修である。平成 13 年度より研修を開始し 2 年が経過している。評価として行われているのは、１）研修受講者の意識の変容、２）カリキュラム、３）各科目について等のアンケート調査である。しかし指導者研修にはいろいろな職種、背景の研修生が参加しその指導者としての資質にばらつきがみられる現状がある。平成１５年度において指導者研修生の評価について検討し、方向性が示された。今年度は具体的に内容を明らかにし、指導者研修生に対し評価の実施を目的とする。

B　研究方法

１．指導者研修生研修、評価に関する研究会を設置する。
２．評価内容、方法の検討
３．指導者研修生研修の評価の実施
４．評価の分析
５．報告書の作成

C　研究結果

１）研究会を設置し検討した。認知症介護者指導者養成研修の効果測定の必要として以下のことがあげられた。

（１）大府センターにおける指導者研修の評価の状況はアンケート調査による①研修前後に実施する研修受講者の意識の変容をみるもの　②研修内容、方法、カリキュラムについての評価　③各科目の評価がある。研修受講者に焦点をあて評価を考えるとき、指導過程において段階的評価の必要がある。教育評価と結びついた評価目標を明確に設定

し、効果的な到達度評価を実施するためには、段階を設けて継続的に行う評価が重要である。

(２)研修コースの中にねらいが混在している部分がある。その効果が出てくる時期は、ねらいによって違い、自己能力を開発する、あるいは質だとか態度を変容させていくという時には、効果をだすまでに時間がかかる。また職場の状況によっても違う。

(３)研修受講生は多様性があり、個別対応が非常に大切である。外国人の研修の場合、多様性つまり研修生は置かれている状況が全員違うため外国人の方の研修はかなり個別対応がされている。

(４)多職種ということから、スタート時点での把握が必要である。評価の時期については、研修前後、職場に戻る直前の時の中間地点、研修修了後１年、それ以上では追い難い。

(５)量的な評価は比較的簡単に出来るが、質の評価、行動変容の評価というのは大変難しい。評価というのは、何がしたいのか、どういうところを評価してそれを活用していくかというところをきちんと考えていく必要がある。ある程度一定の期間おいて本当に職場でそれが認められているか、施設側に対してもとる必要があるのではないか。

２）指導者研修においての自己評価表作成（資料）

(１)指導者研修前期・後期、および研修修了後３ヶ月・６ヶ月・１年後の各期にそれぞれ段階をおって自分の課題を明確にし、目標を設定する。

(２)各期ごとに、課題項目に対しその到達度を、評価基準に基づいて５段階で自己評価を実施する。該当しない項目はＧとする。

評価基準	達成度
１．まったくできない	０～１９％
２．少しできる	２０～３９％
３．まあまあできる	４０～５９％
４．かなりできる	６０～７９％
５．十分できる	８０～１００％
Ｇ	該当なし

(３)研修中は研修部のスタッフと面接、自己評価について振り返ることにより次の課題を明確にし、目標を設定する。

(４)研修修了後は、上司、又は同僚に他者評価を依頼し、コメントを頂く。６ヶ月後、１年後の自己評価については研修部スタッフにメール、FAX にて報告とする。

D　考察

指導者研修前後の評価として科目（知識）の評価が考えられる、足りない知識に気づき、次の学習の動機付けにはなる。しかし指導者研修においては知識はもちろんであるがそれ以上に考え方、自ら学び自ら考える力、技能を身につける研修でもある。むしろそこに重点がおかれている。つまり２ヶ月にわたる指導者研修終了後企画者・講師・指導者として行動変容が期待され、自分自身で問題を解決する態度を身につけさせるものである。自己能力の開発、態度の変容は効果をだすには時間がかかり、また受講者の背景によっても違ってくる。一年後の達成状況、研修を受けたことがどれだけ役立っているのかフィードバックできるような評価として、指導過程において段階的評価と個別の対応が必要と思われる。一般にはすでに行われている知識の評価から段階を設け継続的に研修成果が期待できる形成的評価に考え方を改めていくことが大切である。

さらに自己評価は明示された研修目標に対する自分の到達状況を明らかにすることで到達度評価が可能となり、教育によって行動パターンを変化させ、改善していく過程と考えられる。内的動機付けに基づくものが期待できるが、到達度、課題を明らかにしていく過程でセンターや職場でのかかわりが必要である。

今回これらのことを考慮し自己評価表を作成したが、実施までにはいたらなかった。今後この評価表を活用しその効果を測定していきたい。

E　参考文献

１）田島佳子：看護教育評価の基礎と実際、医学書院
２）阿部芳久、阿部哲也、加藤伸司、大橋美幸、後藤美恵子、矢吹知之：痴呆介護指導者養成研修カリキュラムの開発　研究年報 No2　高齢者痴呆介護研究･研修仙台センター
３）正木勝秋：教育効果測定の方法を考える、企業と人材
４）平松陽一：教育研修の効果測定と評価の仕方、インターワーク出版

「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり」モデル事業

資料 1

[名古屋市千種区認知症連携の会役員名簿]

＜顧問＞　柴山　漠人（認知症介護研究・研修大府センター・センター長）
＜顧問＞　中出　泰充（名古屋市千種区医師会長）
＜代表世話人＞黒川　豊（名古屋市千種区黒川医院・副院長）
＜世話人＞　生田　千与子（春岡学区民生委員会長）
亀井　すま子（田代学区民生委員）
田中　義子（千種区家族の会）
山田　広美（音楽療法士）
熊田　均（名古屋弁護士会）
大西　優香子（介護福祉士：NPO・ほっとポケット）
林　由紀子（看護師：訪問看護ステーション）
金森　美紀代（看護師：訪問看護ステーション）
木村　やゑ（保健師：千種区役所介護保険課）
立松　房枝（保健師：千種保健所）
青柳　公夫（青柳歯科医院・院長）
村山　尚子（村山内科・院長）
和田　正敏（和田病院・院長）
上松　正幸（池下やすらぎクリニック・院長）
安藤　邦彦（安藤内科・外科医院・副院長）
殿村　忠彦（県立城山病院・院長）
舟橋　利彦（仁大病院・院長）
三輪　勝征（晴和病院・院長）
福岡　秀和（名古屋市立東市民病院・脳神経外科部長）
山名　和子（名古屋市立東市民病院・神経内科部長）
小長谷　陽子（認知症介護研究・研修大府センター・研究部長）
＜会計＞　引地　玲子（認知症介護研究・研修大府センター）
＜記録＞　渡辺　智之（認知症介護研究・研修大府センター）

資料 2

「大府センター研究委員会委員名簿」

太田　寿城	国立長寿医療センター	院長
祖父江　元	名古屋大学医学部神経内科	教授
前川　厚子	名古屋大学医学部保健学科	教授
杉村　公也	名古屋大学医学部保健学科	教授
小阪　憲司	医療法人さわらび会福祉村病院	院長
尾之内直美	呆け老人をかかえる家族の会愛知県支部	代表
柿本　　誠	日本福祉大学社会福祉学部	教授

資料 3

「大都市において認知症高齢者を地域で支えるシステムづくりモデル事業」
―名古屋市千種区での試みー

＜「千種区認知症連携の会」（略称）＞における活動試案

認知症介護研究・研修センター
柴山　漠人

I.介護予防（予防と早期発見）

1）啓発・普及活動

＊ 住民・市民向け研修会
＊ 専門職向け研修会
＊ 講師養成研修会
＊ 啓発用パンフレット

2）予防

A.アルツハイマー病

＃脳を刺激するプログラム

・ 記憶機能（特に、エピソード記憶）
・ 注意分割機能
・ 計画力を含んだ実行機能

以上の機能を刺激する要素を含んだプログラム。

具体的には、

＊旅行・・計画立案、手順、集団で話し合うこと、などに上記の 3 つの機能を刺激することが可能。

＊料理・・同じことが期待できる。週　1～2 回、日常的に料理について考え、知的活動を習慣化する。

＊パソコン・・参加者が学習の主導権を持ち、判らないところを聞き出すというスタイルでないと、効果的活動にならない。

＊学習療法・・「読み」「書き」「計算（算数）」が基本。
これにより、「前頭前野」（認知能力、コミュニケーション能力、身辺自立能力などの中枢）の機能が活性化。東北大と公文教育研究所との共同研究。
FAB（前頭葉機能テスト）の上昇。

＊その他（疫学研究の結果から）

・野菜、果物、魚を多く摂る。
・運動を習慣的に行う。
・知的行動や対人接触行動の頻度を高くする。

＃厚生労働省も　2006 年の改正時、介護保険の財政悪化を防ぐため、要介護度の低い（軽い）場合、介護予防を義務付ける予定。

B.脳血管性痴呆

＊危険因子の回避

＊生活習慣の改善

バランスのよい食事・嗜好・運動

＊脳の活性化

文化的趣味などを楽しむ、適度な仕事（自営業、専門職など）も有効、その他（ボランティア活動、老人クラブ参加、など）

＃脳血管性痴呆の危険因子

1. 高血圧
2. 糖尿病
3. 高脂血症
4. 心疾患
5. 肥満（BMI　25 以上）
6. 飲酒習慣
7. 喫煙
8. 薬物乱用
9. その他（頚動脈狭窄、一過性脳虚血発作 TIA など）

3）早期発見・早期治療（検診など）

＊初期の認知症（痴呆）を早期発見し、早期に治療を開始する目的で、「物忘れ検診」

＊老人健診の基本検診時に、同時に　「物忘れ検診」を実施

＊集団検診と個別検診の 2 種類

＊自治会、民生委員などの地域の協力

＊かかりつけ医と専門医の連携

II.軽度の認知症高齢者に対して

1）診断を確定し、適切な治療と介護（ケア）

＊かかりつけ医――専門医――かかりつけ医

＊薬物療法と非薬物療法の適切な選択

＊非薬物療法とは、

A. 認知機能に対して・・Reality　Orientation、記憶訓練、
学習療法、など

B. 感情機能に対して・・回想法、Validation（確認）療法、
支持的精神療法、など

C. 脳への刺激・・芸術療法（音楽、絵画、コラージュ、バレエなど)、リクリエーション療法（手芸、ペット、ゲーム、社交ダンス、など)、脳活性化訓練、など

＊（前述の）予防の項で挙げたプログラムも　有効。

2）医療機関と福祉・介護機関の連携

＊「個別ケア」（その人を中心とした）・・QOL に配慮した Well―Being を考える。そのための医療と介護。自己決定権を尊重し、地域で支える。

＊そのためには、適切なアセスメントとケアプランが必要。

＊行政、医師、保健師、ケア・マネージャー、各種支援施設、家族、などの連携（システムが必要）

＊権利擁護体制の整備

・ 地域福祉権利擁護事業を有効に活かす。
・ 成年後見制度の補助人、保佐人、後見人は、家族ではなく、社協、司法書士会、精神保健福祉士会、などの信頼できる第 3 者に依頼するのが最善。
・ そのためには、民生委員、ケア・マネージャーなどとの相互ネットワーク体制つくりが必要。
・ 鑑定書作成可能医療機関のリスト作成

3）地域との連携

＊地域関連としては、自治会、老人会、婦人会、商店街、などとの密接な連携

＊行政関連としては、区役所、保健所、社協、などとの連携は、必須。

＊医療・福祉関連としては、病院、診療所、老健、特養、GH、DC センター、DS センター、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、などとの連携システム

＊家族の会

＊学校関連としては、幼稚園、小・中・高校、専門学校（医療、福祉、介護、製菓、演劇、など)、大学（医学、保健、看護、福祉、その他）からのボランティアや可能な連携。

＊趣味関連としては、碁会所、カラオケ、図書館、古本屋、写真、社交ダンス、など。

＊活動方法としては、

・ ボランティア（可能なら、恒常的ボランティア）
・ 研修受け入れ
・ 出張連続講義
・ 在宅介護の状況調査（プライバシーには留意）

・ 自治会、老人会、お寺、教会などの行事に、相互参加。
・ 地域の小売店、レストラン、喫茶店、すし屋などとの相互理解。
・ 家族の会とは、バザー、講演会、介護教室、などで協力。

4）心理教育（Psychoeducation）―本人・家族に対して

＊心理教育とは
＊効果
＊認知症（痴呆）性高齢者の場合
＊具体的方法

III.中等度から重度の認知症高齢者に対して

1）医療機関と福祉・介護機関との連携

＊「個別ケア」の前提として、既往歴、生活歴（生育環境、教育　歴、など)、職歴、婚姻歴、家族歴、社会的活動、趣味、宗教、家族内人間関係、病前人格、住居、経済状態、法律問題、現在の状態（精神的、身体的)、などのアセスメントが必要。
＊アセスメントに基いて、その人の Well―Being と QOL を配慮した最適の「個別ケア」を選択する。
＊その結果が、家族によるケア、GH、特養、老健、療養型病院などへの入所（入院）によるケアのどれがよいかの選択となる。
＊選択は、家族、医師、保健師、看護師、ケア・マネージャー、行政、福祉サービス関連の各専門職員などの合議によることが望ましい。

2）地域との連携の重要性

＊いずれの選択によっても、地域との連携は必要であり、重要である。特に、家族によるケアの場合は、地域のサポートなしには、介護は不可能である。
＊介護する家族の 80%は、ストレスを感じるし、50%は、うつ状態になると報告されている。
＊従って、介護者の一時的休息、リクリエーション、様々な所用（例えば、冠婚葬祭出席、買物、など）の時間などを保証する代価的サービスとして、DC、DS、ショート・ステイ、以外に、特に、緊急の場合、ボランティアの必要性があり、これらが地域で機能すれば、より家族によるケアも促進される可能性はある。

3）心理教育（Psychoeducation）

＊（内容は前述の通り）
＊具体的方法（別紙参照）

「グループ分け」

I.A グループ（予防グループ）

1）啓発・普及活動

2）予防教室

3)「物忘れ検診」

II.B グループ（病人グループ）

1）啓発・普及活動

2）診断確定と治療

＊かかりつけ医と専門医との連携システム

3）非薬物療法プログラム

4）医療機関と福祉・介護機関の連携

＊行政、医師、保健師、ケア・マネージャー、各種福祉・介護支援施設、家族、などの連携システムの構築

＊「個別ケア」の前提としての多様な面からのアセスメントとそれに基いたケア・プランも合議で行う

5）権利擁護体制の整備

＊地域福祉権利擁護事業を有効利用

＊成年後見制度の補助人、保佐人、後見人の選定に第 3 者として、最適な人を推薦できるように助言する関係者による協議

＊鑑定書作成可能医療機関のリスト作成

6）地域との連携

＊地域、行政、などの関連の連携システムの構築

＊ボランティアの募集・養成

＊ボランティアによる家族のサポート

7）心理教育

＃註

＊家族によるケア、GH、特養、老健、病院などへの入所（入院）のよるケアのどれがよいかの選択も　重要な課題。

この選択も　合議が望ましい。

資料 4

[千種区研修会スケジュール]

啓発・普及活動

１）住民・市民向け研修会

＊場所は、原則として　春岡コミュニティ・センター（CC）：

時間は、13:00~15:30

1. 9 月 22 日（水）テーマ「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」　＜春岡 CC＞
2. 10 月 30 日（土）テーマ「家庭でできるケア：在宅介護」＜春岡 CC＞
3. 11 月 24 日（水）テーマ「痴呆とは何か？」＜春岡 CC＞
4. 12 月 22 日（水）テーマ「痴呆の早期発見」＜春岡 CC＞
5. 1 月 26 日（水）テーマ「痴呆の予防」　＜春岡 CC＞
6. 2 月 5 日（土）　テーマ「痴呆疾患の最新治療法」＜千種区役所講堂＞

2）専門職向け研修会

＊場所は、千種区医師会館　または　春岡 CC：

時間は、18：00～20：00

1. 9 月 28 日（火）テーマ「痴呆の知識」＜千種区医師会館＞
2. 10 月 19 日（火）テーマ「痴呆の早期発見（物忘れ検診）」＜千種区医師会館＞
3. 11 月 18 日（木）テーマ「痴呆の治療および予防（介護予防・脳の活性化）」＜春岡 CC＞
4. 12 月 14 日（火）テーマ「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」（最近の考え方）＜千種区医師会館＞
5. 1 月 18 日（火）テーマ「家族へのアドバイス（介護者のケア）」＜千種区医師会館＞
6. 2 月 24 日（木）テーマ「介護保険について」＜春岡 CC＞

資料 5-1

＜名古屋市千種区医師会および名古屋市医師会講演会＞

[名古屋市千種区医師会講演会]

場所：千種区医師会館（休日診療所）

時間：20：30～22：30

第１回（平成 16 年 11 月 17 日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞　（1）

第２回（平成 17 年 1 月 12 日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞　（2）

第３回（平成 17 年 3 月 9 日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞　（3）

第４回（平成 17 年 3 月 23 日）

演題：「認知症に伴う精神症状と行動障害（BPSD）への対応」

[名古屋市医師会講演会]

平成 16 年 12 月 18 日　14：00～16：00　　名古屋市医師会館

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

「認知症(痴呆)疾患の早期発見と治療、そして予防」
＜かかりつけ医の役割＞

認知症介護研究･研修大府センター　　柴山 漢人

＜はじめに＞

今日、日本は超高齢社会を迎えて、「認知症（痴呆）性高齢者」の人口は、現在約 160 万人と推定されている。2015 年には、団塊の世代が高齢期に達して、認知症（痴呆）性高齢者の人口は、250 万人に及ぶと推計されている。

こうした事態を重視して、厚生労働省は、「2015 年の高齢者介護」を取りまとめた。この中で、高齢者介護は、尊厳を支えるケアの確立への方策が必要であり、認知症（痴呆）性高齢者を「標準ケア・モデル」とすると位置づけられている。

そして、かかりつけ医の役割についても　地域で認知症（痴呆）性高齢者を支える重要なキー・パーソンであるとしている。従って、かかりつけ医は、好むと好まざるとは関係なく、認知症（痴呆）性高齢者に関する知識と見識を持つ必要がある。

そこで　かかりつけ医の先生方に、少しでも　お役に立てばと思い、お話をさせて頂く次第である。

Ⅰ．認知症（痴呆）とは　　＊資料参照

1）認知症（痴呆）の定義（ICD-10、DSM-III-R,など）

2）ＡＡＭＩ，ＭＣＩ，ＡＡＣＤとは

II.認知症（痴呆）疾患の診断　　＊資料参照

1）認知症（痴呆）疾患の多様さ

2）鑑別診断（各脳器質性疾患の他、うつ病、詐病など）

3）臨床検査

1.認知機能検査（神経心理学的検査）

WAIS-R,MMSE,HDS-R,ADAS,CERAD,など

2.ルーチン検査

（血液、生化学、検尿、心電図、内分泌＜甲状腺 TSH・ｆT3・ｆT4、副甲状腺、下垂体、副腎＞、自己抗体、CSF,TPHA,VitB1、B12,葉酸、ニコチン酸、ウィルス抗体＜HIV,JC,麻疹＞、脳波＜発作波、TPW,PSD>、CT,MRI,MRA,など）

3.詳細検査

（CSF-Tau,Aβ40、Aβ42、ApoE,Prion,SPECT,PET,脳血管写、脳 Cysternography,など）

III.主要な認知症（痴呆）疾患　　＊資料参照

1）Alzheimer 病

2）脳血管性痴呆

3）Lewy 小体型痴呆

4）前頭側頭型痴呆

1.Pick 病

2.MND を伴う痴呆（ALS―D）

3.前頭型痴呆

5）Creutzfeldt－Jakob 病

6）Huntington 病

7）Parkinson 病

8）HIV 脳症

9）脳外傷後脳症（高次脳機能障害）

10）その他（NPH,脳腫瘍、甲状腺機能低下症、VitB1 欠乏症、頭蓋内放射線照射、など）

IV.治療、および予防

1）Alzheimer 病

＊薬物療法　1.コリンエステラーゼ阻害剤（ドネペジル、ガランタミン、リバスティグミンなど）

2.周辺症状に対して（抗うつ剤、抗不安剤、抗精神病薬、抗痙攣剤、睡眠導入剤など）

3.その他（アミロイド・ワクチン、抗セクレターゼ剤、抗炎症剤、エストロゲン、など）

＊非薬物療法 1.Reality　Orientation,　学習療法

2.回想法、支持的精神療法、Validation 療法、

3.脳への刺激・・・音楽・絵画療法、リクリエーション療法（ゲーム、手芸、ペット、ダンスなど）

＊予防　1.脳を刺激するプログラム（旅行、料理、パソコンなど）最近の話題（学習療法）

2.その他（疫学研究で有効とされる項目）

・野菜・果物・魚を多く摂る

・運動を習慣的に行う

・知的活動や対人接触行動の頻度を高く

3.趣味の中で有効な Evidence のあるもの

・読書、楽器演奏、ボード・ゲーム、社交ダンス

2）脳血管性痴呆

＊基礎疾患に対する治療

（動脈硬化、心疾患、糖尿病、高血圧など）

＊危険因子を回避するような生活指導・食事療法

Cf.危険因子・・・高血圧、糖尿病、高脂血症、心疾患、肥満（BMI　25 以上）、飲酒習

慣、喫煙、薬物乱用など

＊精神症状に対して

1.薬物療法（抗不安剤、抗うつ剤、抗精神病薬など）

2.精神療法

3.環境調整

＊予防

1.危険因子の回避

2.生活習慣の改善・・・バランスのよい食事・嗜好・運動

3.脳の活性化（文化的趣味を楽しむ、適度な仕事（自営業・専門職など)、その他：ボランティア活動、老人クラブ参加など

3）その他の疾患　　＊資料参照

V.<u>かかりつけ医の役割</u>

1）早期発見して専門医療機関への紹介とフォロー・アップ

＊早期発見の意義

1.治療可能な疾患の治療

2.将来のことを自己決定できる（Advance　Directives）
将来の医療・介護・財産管理などに自己の意思の表明

3.本人および介護者の QOL を維持できる

＊早期に専門機関へ紹介する

早期に専門機関での鑑別診断を依頼し、治療方針決定後は、フォロー・アップする。これにより患者・家族との信頼関係は深まる。また　必要に応じて　躊躇なく専門機関へ相談したり、定期的チェックも　よい効果。

＊早期の告知をした場合、1.診断の精度、2.告知後の支援、の 2 点の問題が生じる。このサポートも重要である。

＊フォロー・アップに際しては、患者の心身の総合的健康管理と共に、介護者を含めた家族の健康も配慮する。

＊行動障害（徘徊、興奮、暴力、等）の原因として、器質性要因、素質、心理的・環境的要因などを考慮し、すぐ薬物使用はしない。不明の場合は、メンタル・クリニック等へ相談

2）市民・住民の啓発・予防活動

＊かかりつけ医は　市民・住民と最も親しい関係にあるので、その活動の効果は絶大である。

＊そのためには、「痴呆疾患および痴呆ケア」に対する自己研鑽が必要。

＊患者本人の利益を守るために、「成年後見制度」の活用も　必要に応じて勧める。

＊筋トレ、口腔ケア、脳活性化などの「介護予防」についての指導的立場。

3）行政・福祉・介護分野との連携

＊イニシアティブをとることが重要。しかし、独善的態度や自分の価値観を押し付けない。急所は押さえて、しなやかに。

＊「大都市における痴呆性高齢者を地域で支えるシステム」（千種区でのモデル事業）において、連携のモデルを模索。

Cf.　千種区痴呆性高齢者メディカル･ケア･サポートネットワーク･フロー図　参照

＊チーム・アプローチは重要であるが、個人情報の危機を意識する必要性がある。

＊他機関への情報提供に際しては、本人または、家族の同意が必要である。

＊情報の管理は重要で、電話での照会には、熟知した専門職（守秘義務のある）以外には、慎重に対応すべきである。

4）家族への対応

＊医療・介護の活用については、実際に介護する人（主介護者）の意見を反映して方針を決定する。

＊医師の自分の価値観・介護観を押し付けない。レフェリーにならない。

＊専門医の説明を、更に判り易く家族に説明する。

＊一般的原則より　個々の事情を配慮する。

＊世間体・義務感で　無理はしないように助言。

＊専門医とかかりつけ医の２本立てを貫く。

＊介護者の休息や趣味などを確保するように勧める。

＊余裕のある段階で、施設、病院を見学し、将来に備える。

＊家族全員で、主介護者を支えるように助言。

＊患者・家族の意思決定を援助する。家族には、疾患の理解を助ける機会を提供するが、決定は任せる。即ち、医療・介護上の判断には、節度ある介入にとどめる。

＊家族の介護には、余り干渉しない。

＊介護者への精神的サポートは重要。

＊日常生活の介護には、訓練モード、教育モードは、百害あって、一利なし。

4）介護保険制度における役割

＊介護保険給付対象者を医学的に管理・指導する。

＊要介護認定においては、かかりつけ医の意見書の中で、予後などについて見解を述べ、二次判定に寄与する。

＊要介護認定審査会の委員としても活躍が期待される。

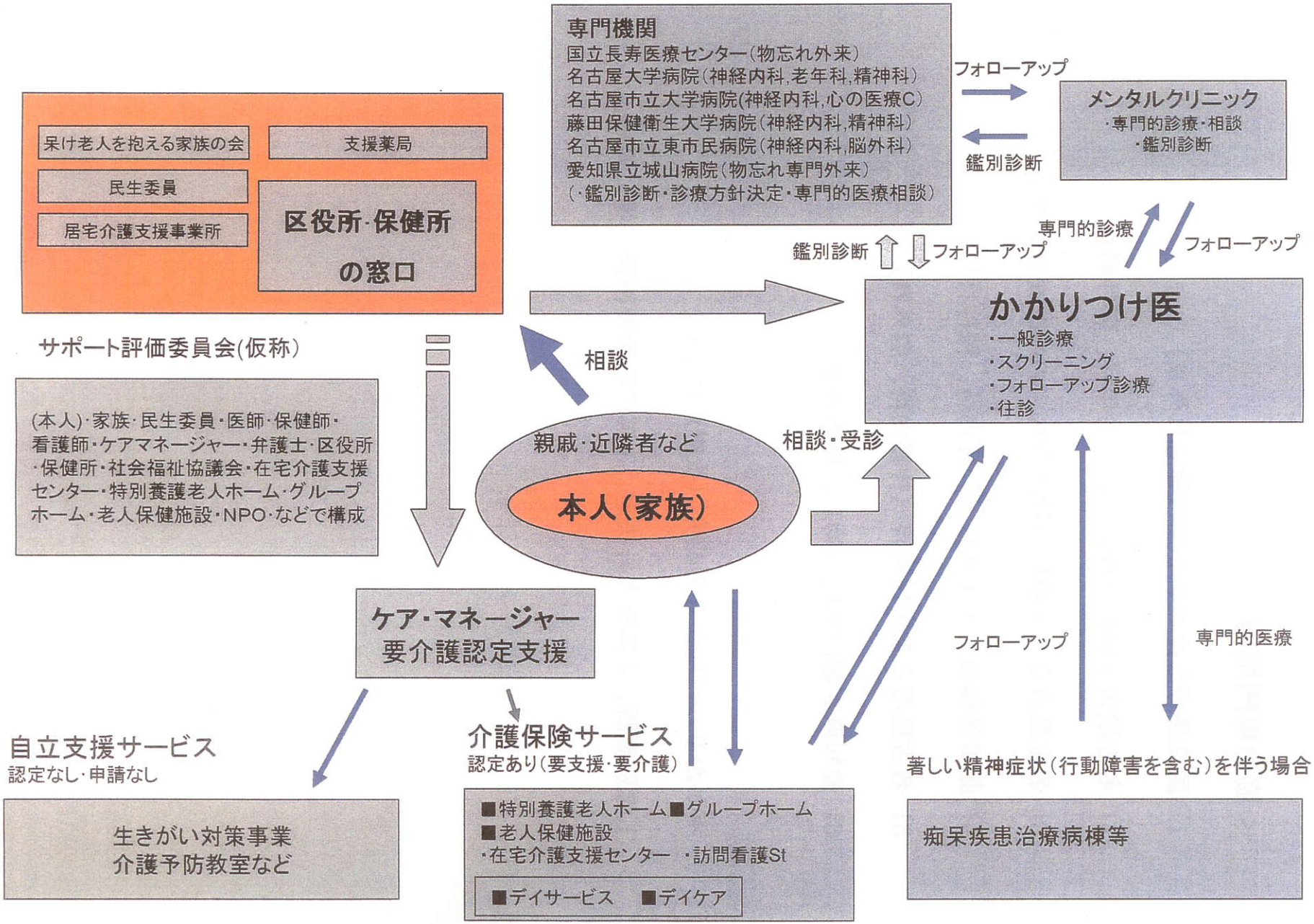
「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり」モデル事業

資料 7

＜名古屋市千種区認知症連携の会：講義一覧＞

1）平成 16 年４月 22 日
　　柴山　漠人：「痴呆とは？早期発見・診断」
2）平成 16 年 5 月 20 日
　　柴山　漠人：「痴呆疾患の治療」
3）平成 16 年 6 月 10 日
　　柴山　漠人：「痴呆患者の行動障害」
4）平成 16 年 7 月 22 日
　　柴山　漠人：「高齢者の虐待について」
5）平成 16 年 8 月 26 日（青柳歯科医院・院長）
　　青柳　公夫：「高齢者の口腔ケアについて」
6）平成 16 年 9 月 30 日
　　柴山　漠人：「高齢者医療と成年後見」
7）平成 16 年 10 月 28 日（熊田法律事務所・弁護士）
　　熊田　　均：「高齢者の消費者被害」
8）平成 16 年 12 月 16 日
　　柴山　漠人：「痴呆」の呼称変更について
9）平成 17 年 1 月 20 日（認定音楽療法士）
　　山田　広美：「音楽療法について」
10）平成 17 年 2 月 17 日（池下やすらぎクリニック・院長）
　　上松　正幸：「うつ病と認知症への対処法」
11）平成 17 年 3 月 17 日（特養・極楽苑・主任相談員）
　　山口　善樹：「痴呆介護の基本理念―人としての暮らしを考える」

名古屋市千種区認知症（痴呆性）高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図



＜協力専門機関＞

1）国立長寿医療センター（物忘れ外来）

2）名古屋大学病院（神経内科、老年科、精神科）

3）名古屋市立大学病院（神経内科、心の医療センター）

4）藤田保健衛生大学病院（神経内科、精神科）

5）名古屋市立東市民病院（神経内科、脳外科）

6）愛知県立城山病院（物忘れ専門外来）

＊かかりつけ医からの紹介（依頼）により、

1.鑑別診断、2.診療方針決定、3.専門的医療相談　等に対応。

紹介状（医療情報提供書）：名古屋市千種区認知症連携の会

＜医療機関名＞御中　　年　月　日

＜患者氏名＞　　年　月　日生（男・女）
＜住所＞　　電話　－　－
＜主介護者氏名＞　　（続柄）
＜連絡先・住所＞

＜紹介医療機関名＞
（住所）
（主治医名）

＜暫定診断＞　　＜合併症＞
＜現症・治療歴・経過＞
・ 最初、いつ頃、どんな症状で発症したか？
・ 現在までの経過（受診歴・治療歴など）
・ 発症のきっかけは？

＜既往歴＞
・ 何歳頃、どんな疾患、その治療歴、現在は？

＜生活歴＞
・ 学歴
・ 職歴
・ 趣味
・ 嗜好（飲酒・喫煙）

＜家族歴＞

＜最近の検査結果＞

紹介状（医療情報提供書）：名古屋市千種区認知症連携の会

病院御中　　年　月　日

＜患者氏名＞　　M,T,S,H,　　年　月　日生（男・女）
＜住所＞　　電話　－　－
＜主介護者氏名＞　　（続柄）
＜連絡先・住所＞

＜紹介医療機関名＞
（住所）
（主治医名）

＜暫定診断＞　　＜合併症＞
＜現症・治療歴・経過＞

＜既往歴＞

＜生活歴＞

＜家族歴＞

＜最近の検査結果＞

第14回「在宅ケア」に関する講演とシンポジウム
第10回これからの保健・医療・福祉サービスの向上と連携促進に関するシンポジウム
第 6回愛知県医師会介護保険ビジネス研究会

合同講演会

【テーマ 障害者（児）の社会参加への支援と医師会の役割】

とき／平成16年12月4日（土） 午後2時 ところ／愛知県医師会館9階大講堂

総合司会　愛知県医師会理事　牧　靖典

開　会（14：00）

挨　拶　愛知県医師会長　大輪次郎
愛知県健康福祉部長　新家正義

I. 講演会開催の経緯　（14：10～14：20）
愛知県医師会副会長　妹尾淑郎

II. 講演（1）支援者の立場から　（14：20～15：50）
座長 愛知県医師会副会長　藤野明男

1）「障害のある人たちに対する医療活動とこれからのあり方」
愛知県心身障害者コロニー総長　長屋昌宏
2）「認知障害のある高齢者を地域で支えるシステムを考える」
高齢者痴呆介護研究・研修大府センター長　柴山漠人
3）「社会参加―地域で支える精神保健医療福祉の連携を考える―」
岡崎市保健所長　澁谷いづみ

III. 講演（2）利用者の立場から　（15：50～17：00）
座長 愛知県医師会副会長　妹尾淑郎

1）「身体障害者の立場から」
社会福祉法人ＡＪＵ自立の家常務理事　山田昭義
2）「地域で暮らしていくために－知的障害者の立場から－」
(社) 豊明福祉会理事長
愛知県知的障害者育成会副会長　三浦美智子
3）「住み慣れた身近な地域における生活支援」
愛知県精神保健福祉士協会監事　伊藤要

IV. 討論とまとめ　（17：00～17：30）
愛知県医師会理事　飯沼雅朗

閉　会（17：30）

主　催　愛知県医師会
後　援　愛知県　名古屋市　愛知県歯科医師会　愛知県薬剤師会
愛知県病院協会　愛知県看護協会　愛知県社会福祉協議会

[2005年度　市民講演会スケジュール]

場所：春岡コミュニティ・センター（CC）

1）2005年4月14日（木）　13：30～
　黒川Dr：「認知症の方の治療について・・かかりつけ医の役割」
2）　5月25日（水）　13：30～
　北野さん：「認知症の家族の立場から」
3）　6月　9日（木）　13：30～
　上松Dr：「認知症とうつ病の家族の対応について」
4）　7月13日（水）　13：30～
　山田さん：「認知症と音楽」
5）　8月10日（水）　13：30～
　大西さん：「認知症の方のケア・・介護専門職の立場から」
6）　9月　7日（水）　13：30～
　柴山　：「認知症とは？早期発見にはどうすればよいか？」
7）　10月12日（水）　13：30～
　柴山　：「認知症の治療と予防は？」
8）　11月16日（水）　13：30～
9）　12月14日（水）　13：30～
10）2006年　1月11日（水）　13：30～
11）　2月8日（水）　13：30～

[2005年度　専門職講演会スケジュール]

場所：千種区医師会館（休日診療所）

1）2005年4月14日（木）　18：00～　＊春岡CC
黒川Dr：「認知症を起こす疾患と対応」

2）　5月19日（木）　18：00～　＊春岡CC
上松Dr：「うつ病と認知症の鑑別と対応」

3）　6月21日（火）　18：00～
柴山　：「アルツハイマー病と血管性痴呆」（疾患とその早期発見）

4）　7月19日（火）　18：00～
柴山　：「その他の認知症疾患」（疾患と早期発見）

5）　8月16日（火）　18：00～
山田さん：「音楽療法について」

6）　9月13日（火）　18：00～
熊田弁護士：「認知症の方に関する法律問題（成年後見、消費者被害、など）」

7）　10月18日（火）　18：00～

8）　11月22日（火）　18：00～

9）　12月20日（火）　18：00～

10）2006年1月24日（火）　18：00～

11）　2月14日（火）　18：00～

市民のための認知症ガイド



名古屋市千種区認知症連携の会
名古屋市千種区医師会
＜監修＞認知症介護研究・研修大府センター
センター長　　柴山　漠人

はじめに

日本人の平均寿命が延びて、長寿大国となったことは、喜ばしいことでありますが、一方では、出生率の低下もあり、超高齢少子化は、日本にとって厳しい現実であります。

2015年には、団塊の世代が高齢者の仲間入りし、現在2400万人の高齢者人口が、3300万人になると推計されておりまして、これに伴い、認知症高齢者も、現在160万人が、250万人になると考えられております。

これは、日本国民にとって、市民にとって、深刻であり、重大な問題でありまして、市民一人一人が、自分の問題として考え、取り組むことが重要であります。

先ず、認知症の中には、予防可能なものがあることを知って頂き、生活習慣を変えることで、予防に努めて頂くことが大切です。

また、早期発見・早期治療によって、ご本人やご家族のQOL(生活の質)を維持できることも可能です。

更に、不幸にして、認知症が、進行してしまった場合も、その介護(ケア)の仕方によって、ご本人やご家族の生活が、より良い状態になることも可能です。

これらの予防、早期発見・早期治療、適切なケアについての市民としての取り組みの参考になるようにと考えまして、この「認知症ガイド」をまとめました。

利用法としては、市民の方が、それぞれ、必要な部分を読んで、気軽にご利用頂きたいと考えております。詳しいことも知りたいというご希望も入れてありますので、必要でない方は、省略して下されば結構です。

また、簡単な内容のパンフレットは、姉妹編として、名古屋市医師会の「シルバー世代の健康づくり(認知症の予防と発見、介護について)」がありますので、ご覧頂ければ幸いです。

最後に、この小冊子が、名古屋市民の認知症に対する知識、ひいては、予防、早期発見・早期治療、介護(ケア)に、少しでもお役に立てばと祈念致しております。

2005年(平成17年)2月吉日

認知症介護研究・研修大府センター　センター長　　柴山　漠人
名古屋市千種区医師会長　　中出　泰充

目　次

認知症とは……3
認知症には、原因となる多くの病気があります……4
早期発見が大切です……9
早期発見には、早期受診・早期診断が重要です……9
治療法は、病気によって違います……9
認知症の予防……10
ケア（介護）は、ご本人にあったケア（個別ケア）をしましょう……11
原因となる病気によってケアは異なることがあります（疾患別ケア）…11
「なじみの人間関係」を作りましょう……12
「なじみの環境」を作りましょう……12
してあげるケアから、ご本人の自立の支援へ……13
地域の力を借りましょう……13
ケアする家族にも、十分なケアをしましょう……14
こころの健康度チェック表ー本人用……15
こころの健康度チェック表ー家族用……17



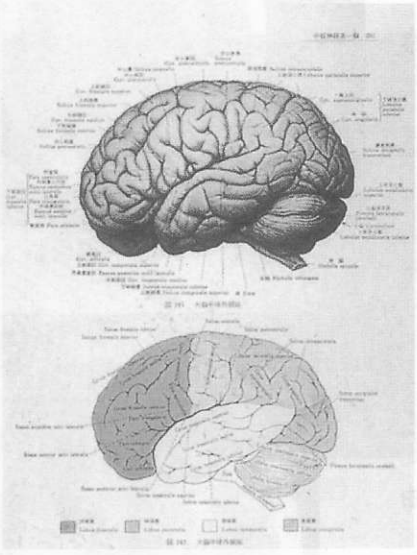
認知症とは

＊「認知症」とは、以前は「痴呆」と呼ばれていた状態のことです。

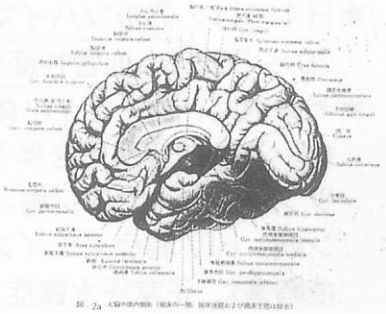
＊「認知症」とは、生後発達したその人の知的水準からの著しい低下により激変した精神状態です。

＊具体的には、記憶障害（物忘れ）、見当識障害（時間、日付、場所などが判らない）、判断力障害、理解力障害、計算力障害、抽象思考障害（言葉やことわざなどの意味が判らない）、高度大脳皮質機能障害（失語、失行、失認）、感情障害（感情失禁、うつ、躁など）、行動障害（徘徊、攻撃性、不潔行為、過食、異食、拒食、性的逸脱行為、尖の不始末など）、人格（性格）の変化などの障害が起こることです。一種の症状群です。

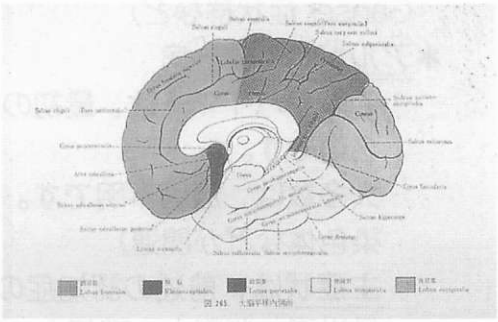
（註）失語とは、言語の表現と了解ができないことで、運動失語（うまくしゃべれない）、感覚失語（意味がわからない）などがあります。失行とは、手足に障害がないのに、動作が正しくできないことで、着衣失行などがあります。失認とは、視覚、聴覚、触覚に異常がないのに、よく知っていることが認識できないことで、視覚失認などがあります。



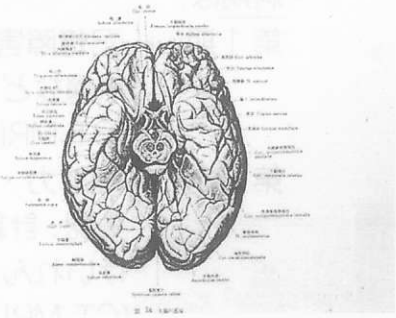
大脳表面
（平沢　興、岡本　道雄：解剖学２－脈管系／神経系）
金原出版　1976年より引用



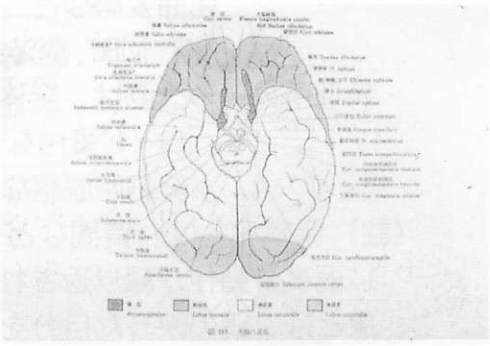
大脳内面
（平沢　興、岡本　道雄：解剖学２－脈管系／神経系）
金原出版　1976年より引用



大脳内面
（平沢　興、岡本　道雄：解剖学２－脈管系／神経系）
金原出版　1976年より引用



大脳底面
（平沢　興、岡本　道雄：解剖学２－脈管系／神経系）
金原出版　1976年より引用

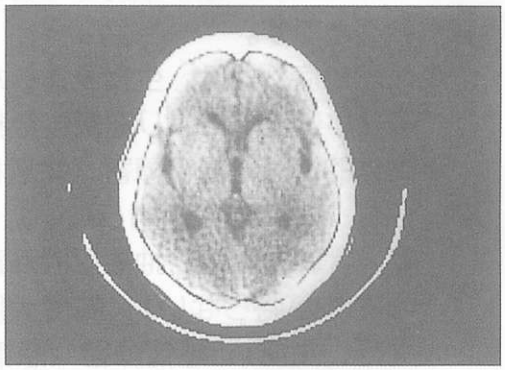


大脳底面
（平沢　興、岡本　道雄：解剖学２－脈管系／神経系）
金原出版　1976年より引用

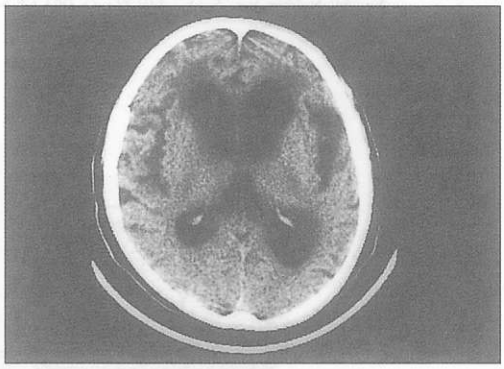
認知症には、原因となる多くの病気があります

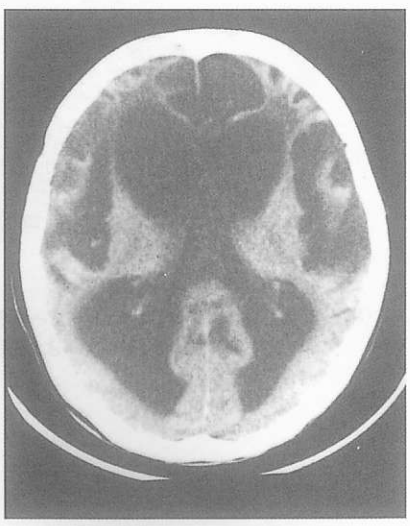
＊日本では、アルツハイマー病が、約60%（欧米では、70～80%）、血管性痴呆が、約20%であり、
＊その他に、レービィ小体病、前頭側頭型痴呆（ピック病、運動神経疾患を伴う痴呆、前頭型痴呆）、クロイツフェルト・ヤコブ病、ハンチントン病、パーキンソン病、HIV脳症（エイズ）、脳外傷後脳症（高次脳機能障害）、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、VitB1欠乏症、VitB12欠乏症、頭蓋内放射線照射など、100以上の病気があります。
＊仮性認知症（本当の認知症ではない）（うつ病、Ganser症状群など）
＊アルツハイマー病
・アルツハイマーは、最初の症例報告をした研究者の名前です。
・大多数は、原因不明です。少数は、家族性（第1,14染色体などが関連）
・主症状は、前述の認知症の症状です。即ち、記憶、見当識、判断力、理解力、等々の障害です。
・副（周辺）症状は、うつ状態、幻覚・妄想、せん妄、不安などです。
・病期は、
第1期……記憶障害で始まり、見当識障害、不安、焦燥など
（CT、MRI、脳波などの検査は、正常範囲）
第2期……理解力・判断力などの障害、着衣失行、失認、計算障害、多幸、落ち着きのなさ、けいれん、保続症、鏡現象など
（CT、MRI、脳波などの検査で、異常所見）
第3期……脳機能障害高度、言語がなくなり、失外套症状群（一種の植物状態）、四肢拘縮、屈曲姿勢など
（CT、MRI、脳波検査などで、著明な異常）
・病理所見……大脳は、全体に萎縮し、老人斑（アミロイド蛋白など）、神経原線維変化、神経細胞脱落など。

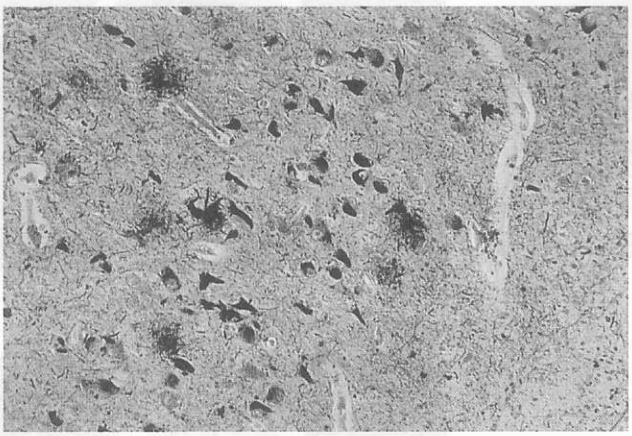
（註）保続症とは、質問など刺激を与えられた時、同じ返事や動作が繰り返される症状を指します。鏡現象とは、鏡の映った自分を、他人と誤認する症状です。CT、MRIは、脳画像による診断手段です。


正常高齢者の大脳

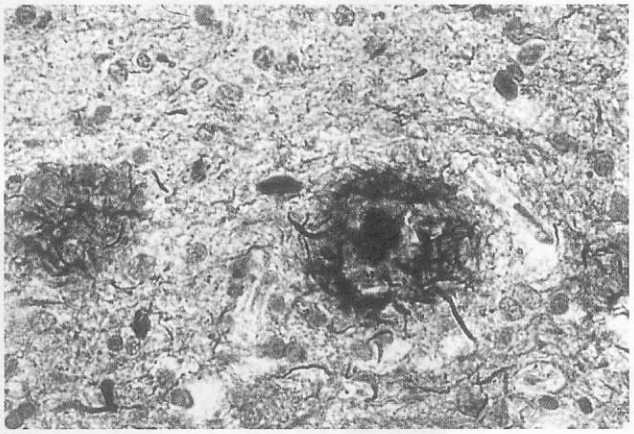

アルツハイマー病（第一期）


アルツハイマー病（第二期）

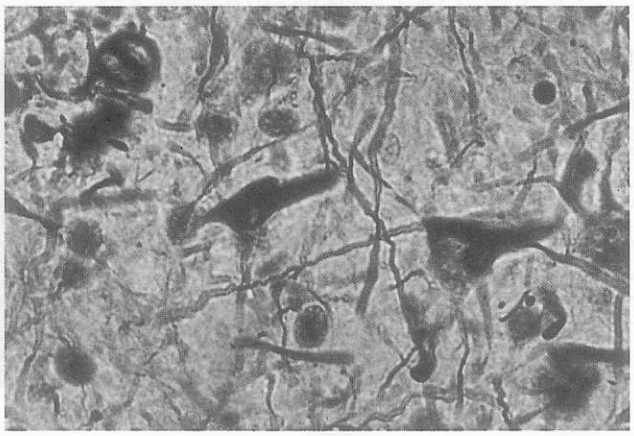

アルツハイマー病（第三期）



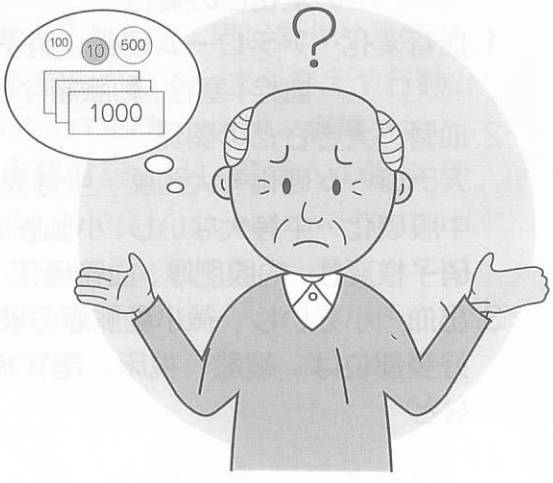
アルツハイマー病の病理像（神経原繊維変化と老人班）



老人斑（拡大）



神経原線維変化（拡大）



＊血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）

・原因は、アテローム（粥状）動脈硬化が最も多く、心臓性静脈血栓、低血圧、外傷など。（註）アテロームとは、脂肪の一種です。脂質代謝異常（コレステロールなど）、高血圧、血小板凝集能亢進、HDL（善玉コレステロール）低下なども関与

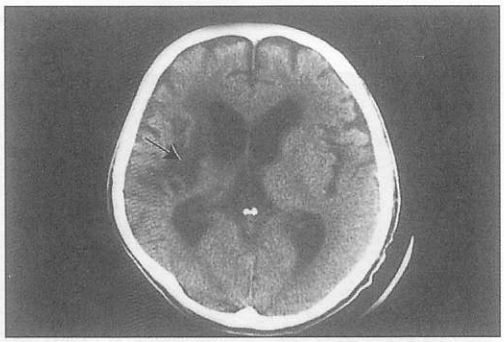
・症状

1. 症状のあり方
   1）急性：発作型…神経症状
   2）緩徐…精神症状
2. 初期症状…頭痛、しびれ、めまいなど
3. 精神症状
   1）まだら（斑状）認知症
   2）感情失禁（喜怒哀楽に対して、閾値が下がることで、些細なことで、泣いたり、怒ったりする状態）
   3）人格変化（病前人格の尖鋭化）
   4）意欲低下
   5）せん妄（夜間せん妄が多い）
   6）行動障害
   7）幻覚・妄想…被害・関係・心気妄想が多い
   8）失語、失行、失認
4. 神経症状
   1）仮性球麻痺（發語・嚥下・呼吸などの障害）
   2）片麻痺（半身不随）
   3）歩行障害、四肢筋力低下、深部反射亢進、病的反射

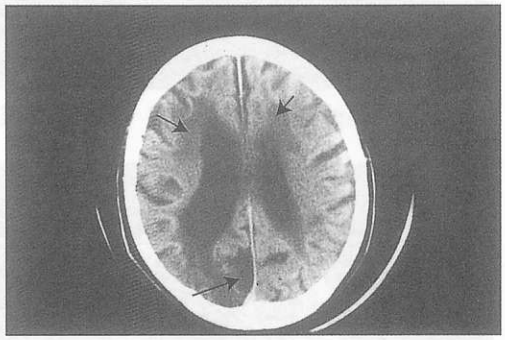
（註）せん妄とは、意識障害があって、錯覚、幻覚、妄想など異常な言動がある状態で、時には、錯乱状態になることもある。

・病理所見…脳の内外の血管変化とそれに基づく脳実質の変化との複合

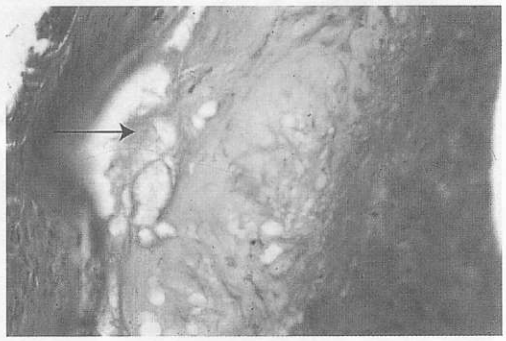
1. 血管変化…アテローム硬化、硝子様硬化、血管壊死、血栓、塞栓、動脈瘤など
2. 血管の大きさとの関係
   アテローム硬化…大動脈、中等大動脈
   中膜硬化…中等大ないし、小動脈の中膜に石灰沈着
   硝子様変性、内膜肥厚、血管壊死…微小動脈、毛細管
3. 出血…小ないし、微小動脈瘤の破裂が多い
   好發部位は、被殻、視床、尾状核、内包、大脳皮質など



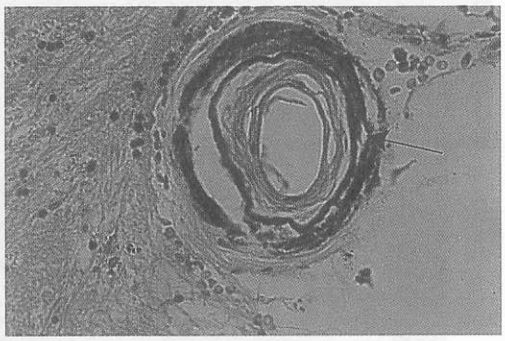
血管性痴呆（1）
（矢印＝梗塞）



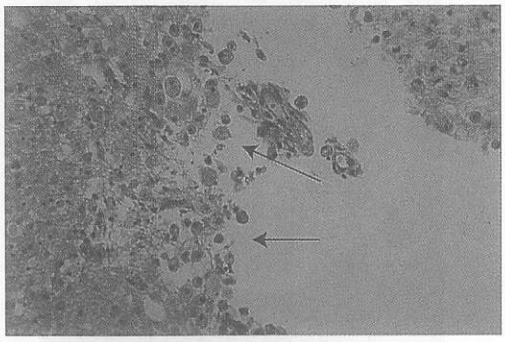
血管性痴呆（2）
（矢印＝梗塞）



大動脈のアテローム硬化



中等大動脈の中膜の石灰沈着



脳梗塞ー亜急性期
（脂肪顆粒細胞が多数）

・脳梗塞の発生機序

1. 血栓…アテローム硬化によることが多い
2. 塞栓…心臓性が最も多く、次いで、総頚・内頚動脈、椎骨動脈のアテローム
3. 血行力学的要因…血圧低下など

＊レービィ小体病

・レービィ小体（神経細胞内封入体）が、中脳黒質だけでなく（Ｃｆ：パーキンソン病）、大脳にも広範に出現する病気です。
・原因は、不詳
・症状

1. 主症状…動揺する認知障害（認知症の症状に同じ）、幻視、パーキンソン症状（筋強剛、振戦、動作緩慢、仮面様顔貌、前傾姿勢、小刻み歩行など）
2. その他の症状…転倒、失神、一過性意識障害など

・病理所見…レービィ小体、アルツハイマー病所見

（註）筋強剛とは、筋肉が硬くなることです。振戦とは、震えることです。

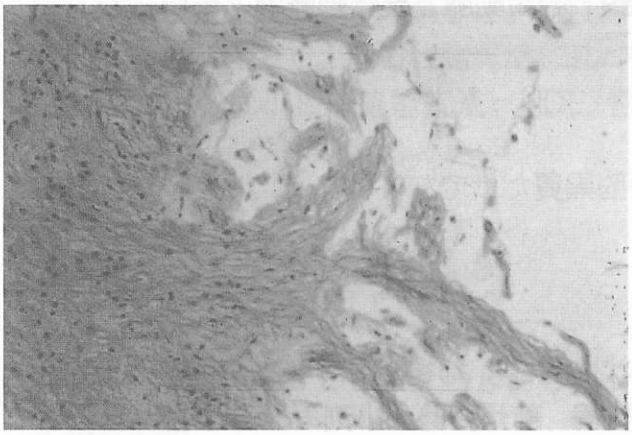
＊前頭側頭型痴呆

・これは、「臨床概念」で、病理的には、
1）ピック病
2）運動神経疾患を伴う痴呆
3）前頭型痴呆、の三型が包含されています。
・原因は、不詳
・症状

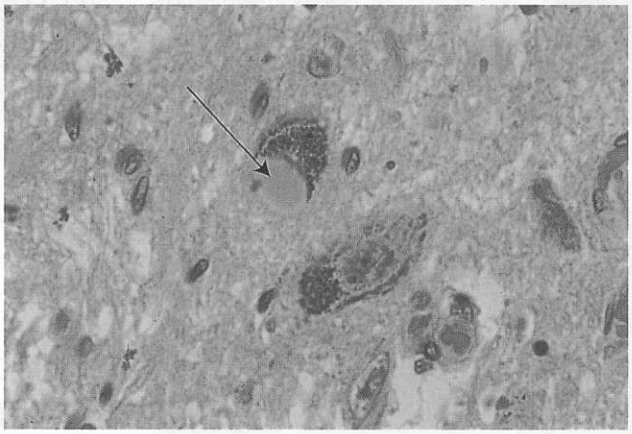
1. 行動障害…脱抑制的・反社会的・常同的・滞続的・衝動的・強迫的行動、口唇傾向、不潔、病識欠如など
2. 感情障害…抑うつ、不安、無頓着、無表情など
3. 言語の障害…發語の減少、常同言語、滞続言語、反響言語など

・画像では、前頭葉と側頭葉の萎縮
・病理所見…前頭葉と側頭葉の萎縮（詳細は省略）

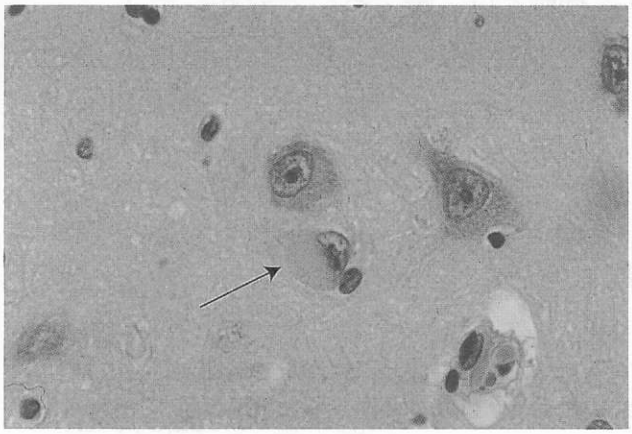
（註）脱抑制とは、抑制がとれて、コントロールが効かない状態。常同とは、同じ動作や言語を繰り返す状態。滞続とは、刺激を与えられた時、同じ動作や言語を繰り返す状態。強迫とは、無意味と判っていても支配されてしまう考えや行動。口唇傾向とは、食べられない物でも何でも口へ入れてしまう症状。病識欠如とは、自分が病気であることが判らない状態。反響言語とは、質問への返事が「おうむ返し」の状態。



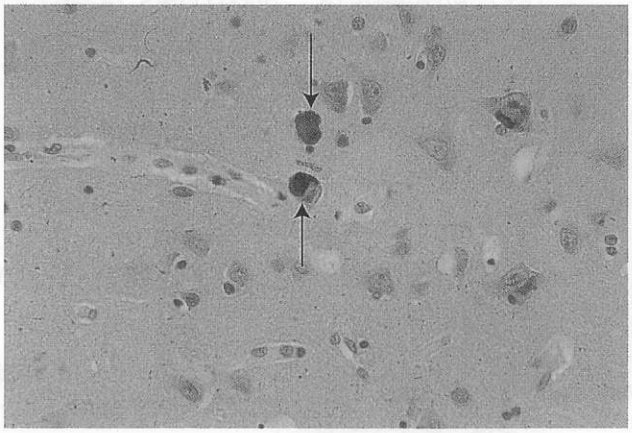
脳梗塞ー慢性期
（グリア線維の増殖）



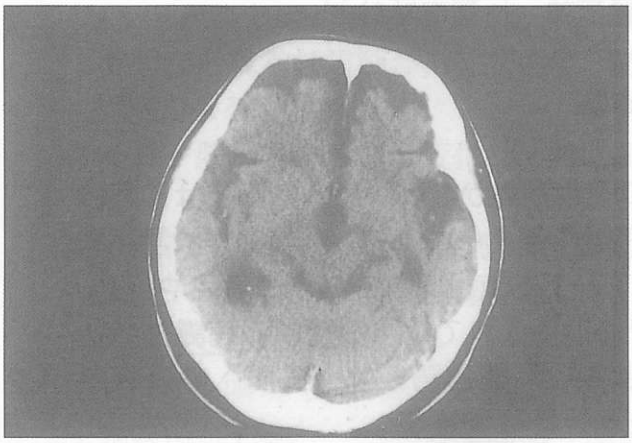
レービィ小体（中脳黒質）



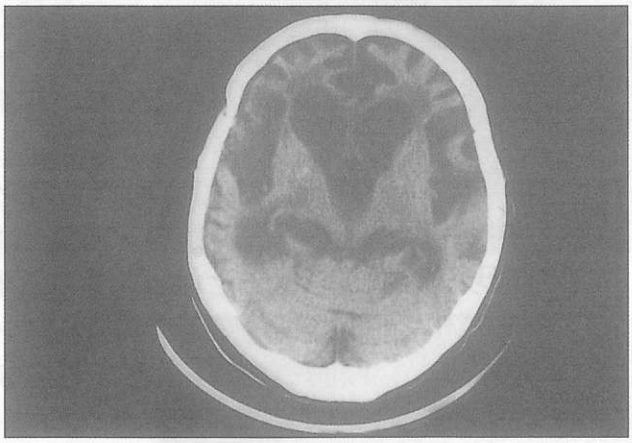
レービィ小体病（大脳皮質のレービィ小体）



レービィ小体病（大脳皮質のレービィ小体）



前頭側頭型痴呆（第２期）



前頭側頭型痴呆（第３期）

早期発見が大切です

＊早期診断によって、将来の生活、治療、財産管理などについて、自己決定できます。
＊アルツハイマー病には、進行を緩和する薬物があり、近い将来、ワクチン療法の可能性もあります。（既に動物実験では、有効性が確認されています）
＊早期発見により、本人および家族などの介護者のQOL（生活の質）を長く維持できます。

早期発見には、早期受診・早期診断が重要です

＊認知症は、年のせいではありません。
＊まず、本人や家族が、気付くか、疑うことが大事です。
＊気付く手掛かりに、「こころの健康度チェック表」を利用してください。
＊早目に、認知症（痴呆）に詳しいかかりつけ医、または、専門機関を受診して、相談・診断をしてもらいましょう。
＊かかりつけ医は、早期に専門機関へ鑑別診断を依頼し、治療方針決定後は、フォロー・アップします。また定期的なチェックも必要です。これにより、患者・家族との信頼関係は深まります。
＊発見が遅れるほど、本人の苦しみは深くなり、治療もケア（介護）も大変になります。

治療法は、病気によって違います

＊治療法は、病気によって違いますし、早期治療で、よくなる病気もたくさんありますので、早期発見・早期診断が重要なのです。
＊アルツハイマー病
・認知障害に対して、ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン、リバスティグミンなどがあります。
・その他、抗うつ剤、抗不安剤、抗精神薬、抗痙攣剤、睡眠導入剤なども、必要に応じて使われます。
・将来的には、ワクチン療法なども期待できます。
・様々な非薬物療法も実施されています。（回想法、音楽療法など）
＊血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）
・基礎疾患に対して、動脈硬化（脂質低下剤、血管拡張薬、抗血小板凝集剤）、心疾患（薬物治療、外科的治療）、糖尿病（薬物治療、生活指導）、高血圧（降圧剤、食事など生活指導）などの治療法があります。
＊レービィ小体病
・認知障害に対して、ドネペジル（アリセプト）の有効例があります。
・パーキンソン症状に対して、Ｌ－ドーパ（DOPA）が使われます。
＊詳しいことは、かかりつけ医、または、専門機関にご相談下さい。

認知症の予防

＊アルツハイマー病

1）脳を刺激するプログラム

・旅行、料理、パソコン、学習療法（読み、書き、計算）などがあります

2）疫学研究で有効とされていること

・野菜、果物、魚を多く摂取しましょう

・運動（歩行でもOK）を習慣的に行いましょう

・知的活動や対人接触行動の頻度を高めましょう

3）趣味の中で、有効なEvidence（証拠）のあるもの

・読書

・楽器演奏（どんな楽器でもよい）

・ボード・ゲーム（碁、将棋、トランプ、麻雀、人生ゲームなど）

・社交ダンス

＊血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）

1）危険因子を回避しましょう

（註）危険因子・・高血圧：糖尿病：高脂血症：心疾患：喫煙：肥満（BMI 25以上）：飲酒習慣（アルコール　30g／日以内ならOK）：薬物乱用など

2）生活習慣を改善しましょう

・バランスのよい食事・嗜好・運動に心掛けましょう

3）脳の活性化に努めましょう

・文化的趣味（前述のような）を楽しみましょう

・適度な仕事（自営業、専門職などの場合、続ける方がよい）をしましょう

・ボランティア活動などに参加しましょう

＊その他

・HIV（エイズ）に罹患しないようにしましょう。

・頭部外傷を可能な限り、避ける努力をしましょう。





ケア（介護）は、ご本人に合ったケア（個別ケア）をしましょう

＊ご本人の現在の状況を把握すると共に、ご本人の背景（精神的問題、身体的問題、家族構成・力動、経済的問題、生育歴、学歴、職歴、趣味、嗜好、倫理観、人生観など）を多面的に配慮し、ご本人のニーズに合った最適のケア（個別ケア）を目指して最善の努力をしましょう。

＊可能な限り、ご本人の自己決定を尊重し、Well-Being（ご本人にとって好ましい状態）を重視し、QOL（生活の質）に配慮した「その人を中心にしたケア」をしましょう。



原因となる病気によってケアは異なることがあります（疾患別ケア）

＊例えば、アルツハイマー病、血管性痴呆、脳外傷性脳症、脳腫瘍などでは、病気の性質・症状・進行等は、著しく異なり、治療法だけでなく、リハビリテーションやケアの仕方も異なってきます。

＊原因となる病気に合ったケア（疾患別ケア）で、しかも「個別ケア」であることが「理想的なケア」なのです。



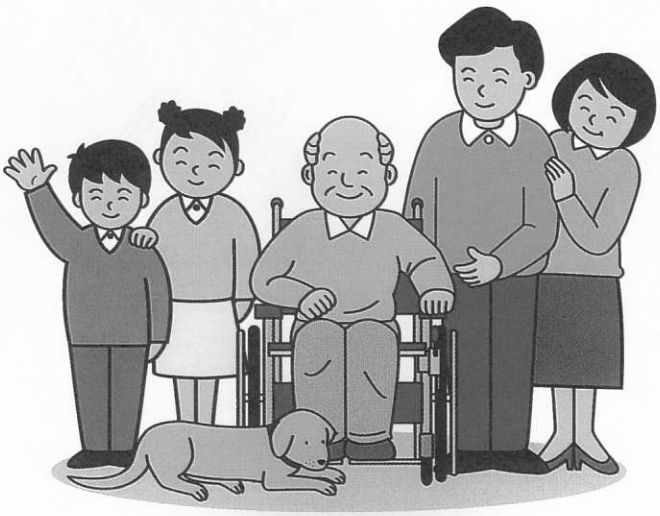
「なじみの人間関係」を作りましょう

＊軽症の段階では、家族、友人、知人などとの交流は、普通にできます。
＊重症になると、家族さえ判らなくなり、周囲は、判らない・知らない人だらけとなり、不安・緊張は高まり、行動障害を誘発し易くなります。
＊この段階では、誤認や作話や仮性会話（本当の会話になっていないのに表面上会話をしているような状態）のような虚構の世界におりながら、それなりの「なじみの仲間」の集まりを形成し、落ち着いていることが多いのです。
＊家族などの介護者としては、ご本人の不安が強いので、出会いの度に、向き合う度に、安心を与えるような・受容するような・共感する・温かく接する態度が重要です。



「なじみの環境」を作りましょう

＊自分の家や家の中でも判らなくなると、病院や施設での混乱は想像以上です。
＊騒音、大きなテレビ・ラジオなどの音、大きな話し声などは、ストレスとなる刺激であり、徘徊、不穏などの行動障害の誘因となります。
＊ご本人のなじみの品々や家具・調度品も利用して、懐かしく、くつろげる場所を作りましょう。



してあげるケアから、ご本人の自立の支援へ

＊身体で覚えたことは、よく保たれていることがあるので、そっと助けながら、潜在能力を引き出してあげましょう。（例えば、家事、育児、仕事、趣味、着付けなどの特技など）
＊ご本人の過去とのつながりのある「自分らしい生き方」をサポートしましょう。



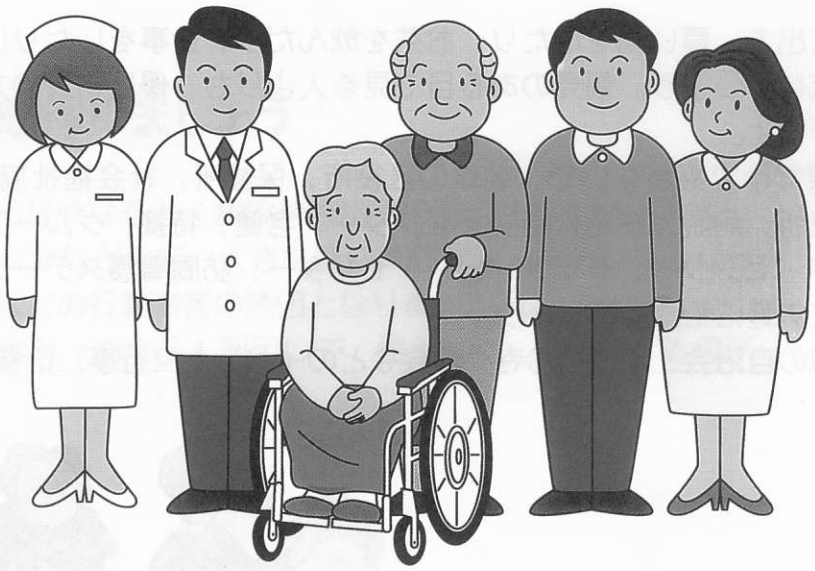
地域の力を借りましょう

＊町に出て、買い物をしたり、お茶を飲んだり、食事をしたりして、町の人達と交流しましょう。偏見のある目で見る人よりも、優しい人の方が、はるかに多いですよ。
＊家族だけで悩まないで、地域の区役所、保健所、社会福祉協議会、民生委員、診療所、病院、在宅介護支援センター、老健、特養、グループ・ホーム、デイケア・センター、デイサービス・センター、訪問看護ステーション、家族会などに気軽に相談しましょう。
＊地域の自治会、学校、お寺、教会などのイベント（行事）に参加しましょう。



ケアする家族にも、十分なケアをしましょう

＊認知症のケアをするのは、圧倒されるようなストレスと疲労を伴うものです。
＊何もかも自分でやろうとすると、燃え尽きて、うつ状態になったり、虐待をしたり、果ては、無理心中を図るといった結末になりかねません。
（介護者の80%は、強いストレス、50%は、うつ状態）
＊できるだけ公的サービス（デイケア、デイサービス、訪問介護、訪問看護、ショート・ステイなど）を利用しましょう。
＊介護者自身の精神的・身体的健康管理をきちんとしましょう。
＊十分な休息（Respite　Care）をとりましょう。
＊気分転換して、介護者が、趣味に打ち込む時間を確保しましょう。
＊定期的な運動とバランスのよい食事を心掛けましょう。
＊家族の他のメンバー、友人、地域の資源（ボランティアなど）から支援を受けるようにしましょう。
＊ケア（介護）技術についての教育を受けましょう。（講演会・研修会などに参加、個別相談）
＊ご本人（病人）の現在の状態を受け入れられると、気持ちは楽になります。
＊ストレス解消の場を持ちましょう。



こころの健康度チェック表　本人用

氏名：　　（男・女）

生年月日：M・T・S　　年　　月　　日　（　　歳）

最近、次のようなことがありますか？

よくある・・・・・・・　1

たまにある・・・・・・　2

ない・・・・・・・・・　3

わからない・・・・・・　4

（　　）　1）　仕事、買い物、社会的グループ活動（趣味の会、老人会など）が、できなくなった。

（　　）　2）　物忘れがひどい。大事なこと（通帳、印鑑など）も忘れてしまう。

（　　）　3）　テレビのつけ方、洗濯機の使い方、料理の仕方などがわからないことがある。

（　　）　4）　若い時と性格が変わったと思う。

（　　）　5）　お金の勘定や計算ができないことがある。

（　　）　6）　月日や場所がわからない。よく知っている道に迷ったりすることがある。

（　　）　7）　よく知っている人の顔と名前を間違えることがある。

（　　）　8）　何か聞かれたとき、意味がわからないことがある。

（　　）　9）　よく知っていたことわざ、格言などの意味がわからないことがある。

（　　）　10）　ほかの人とうまく話ができないことがある。

（　　）　11）　衣服の着け方がわからないことがある。

（　　）　12）台所やトイレ（便所）の場所がわからないことがある。

（　　）　13）ちょっとしたことで、すぐ怒ったり、泣いたりしてしまう。

（　　）　14）実際には居ない人や無いものが見えたり、居ない人の声が聞こえたりすることがある。

（　　）　15）前より疑い深くなったような気がする。

（　　）　16）夕方や夜になると、どうも嫌なことが多い。

（　　）　17）元気がなく、ゆううつである。

（　　）　18）すぐ自分を責めてしまう。自分は価値のない人間だと思い込んでしまう。

（　　）　19）死にたいと思うことがある。

（　　）　20）夜、よく眠れないことがある。

（　　）　21）何に対しても、やる気がしない。好きだったこともやらなくなった。楽しみがなくなってしまった。

（　　）　22）いらいらして、落ち着かないことがある。

（　　）　23）つまらないことを気にしてしまう。

（　　）　24）自分の身体のことがとても心配である。疲れやすい。

（　　）　25）食欲がない。体重が減った。

（　　）　26）朝の方が、どうも調子が悪い。（夕方・夜には元気になる）

（　　）　27）どうも物事に集中できない。（いろいろなことで決断ができない）

以上の事柄で、1（よくある）が3つ以上に当てはまる場合には、一度、かかりつけ医にご相談ください。

こころの健康度チェック表　家族用

氏名：　　（男・女）

生年月日：M・T・S　　年　　月　　日　（　　歳）

最近、次のようなことがありますか？

よくある・・・・・・・1

たまにある・・・・・・2

ない・・・・・・・・・3

わからない・・・・・・4

（　　）　1）　仕事、買い物、社会的グループ活動（趣味の会、老人会など）が、自立してできなくなった。

（　　）　2）　物忘れがひどい。大事なこと（通帳、印鑑など）も忘れてしまう。

（　　）　3）　自分の立場、まわりの状況、ことの善悪などの理解や判断ができない。

（　　）　4）　若い時と性格が変わった。

（　　）　5）　お金の勘定や計算ができない。

（　　）　6）　月日や場所がわからない。よく知っている道に迷ったりする。

（　　）　7）　なじみの人の顔を間違えることがある。

（　　）　8）　簡単な事柄や質問の意味がわからない。

（　　）　9）　ことわざ、格言などの意味が理解できない、動物や物などの類似性などの説明ができない。（意味がわからない）

（　　）　10）　普通に会話ができない。（話が通じない）

（　　）　11）　衣服の着け方がわからない。

（　　）　12）台所やトイレ（便所）の場所がわからない。

（　　）　13）すぐ怒ったり、泣いたり、笑ったりする。

（　　）　14）実際には無いものが見えたり、声が聞こえたりする。

（　　）　15）疑い深く、事実でないことを事実だと思い込んでいる。

（　　）　16）昼間は普通で、夕方や夜になると、おかしなことを言ったり、やったりする。

（　　）　17）元気がなく、ふさいでいる。

（　　）　18）悪くないのに自分を責める。自分は価値のない人間だと思い込む。

（　　）　19）死にたいと言ったりする。

（　　）　20）夜、よく眠れない。

（　　）　21）何に対しても、やる気がしない。好きだったこともやらなくなった。楽しみがなくなってしまった。

（　　）　22）いらいらして、落ち着きがない。

（　　）　23）つまらないことを気にする。

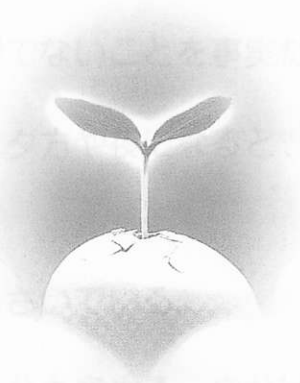
（　　）　24）自分の身体のことを異常に心配する。疲れやすい。

（　　）　25）食欲がない。体重が減った。

（　　）　26）朝の方が調子が悪い。（夕方・夜には元気になる）

（　　）　27）物事に集中できない。（決断ができない）

以上の事柄で、1（よくある）が3つ以上に当てはまる場合には、一度、
かかりつけ医にご相談ください。



＜相談窓口＞

＊区役所の介護保険担当（介護福祉係）
電話（代）052-753-1848　FAX052-751-3120

＊千種区在宅介護支援センター
介護についての総合的な相談に応じてもらえます。
電話　052-763-1530

＊保健所（保健予防課　保健看護）
相談や介護教室などを行っております。
電話　052-753-1984　FAX052-751-3545

＊老人性痴呆疾患センター（いまいせ）
老人性痴呆疾患等について、専門的医療相談、鑑別診断、治療方針等を行うと共に、保健・医療・福祉サービスの情報を提供します。
電話　0586-45-2531

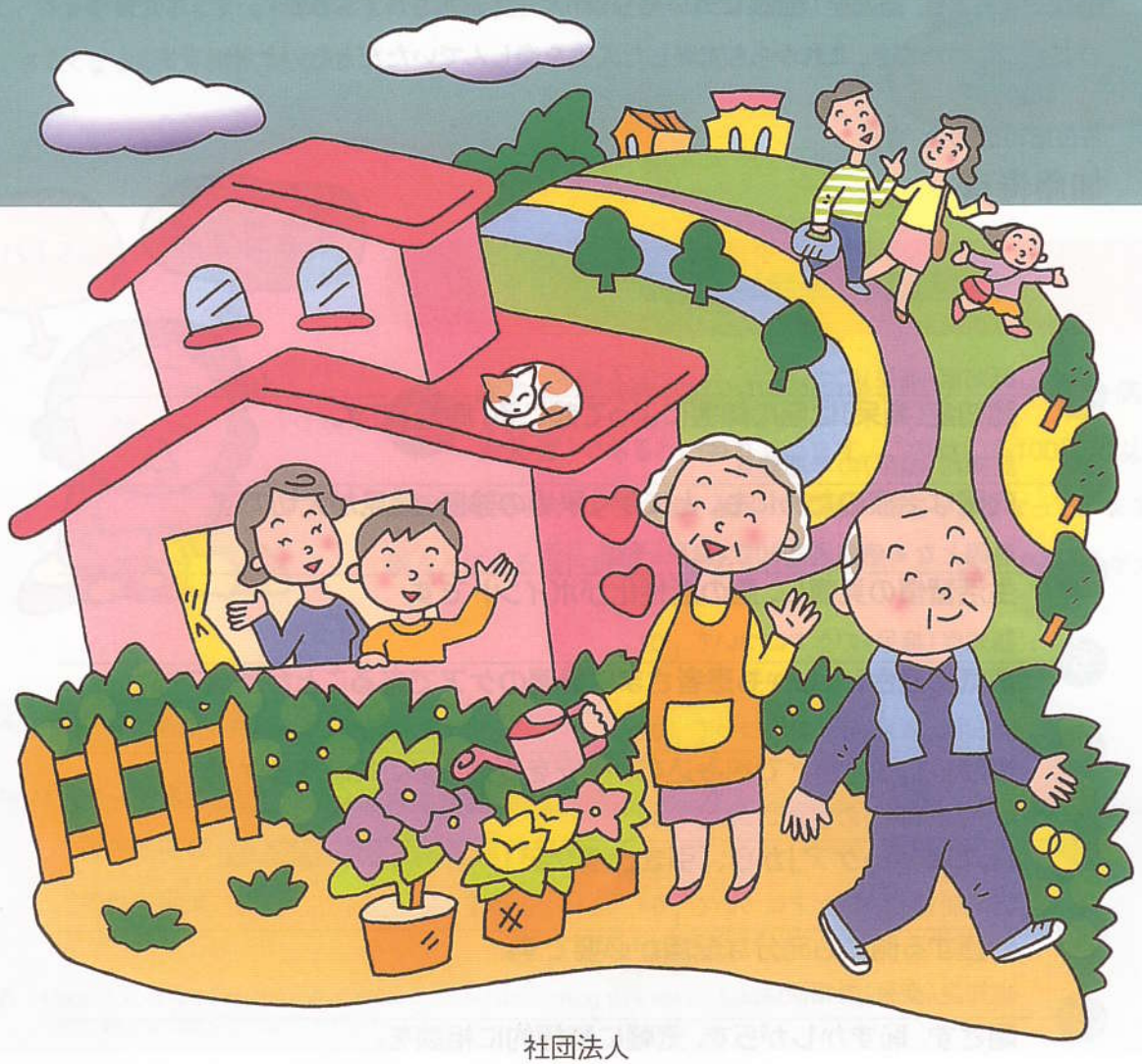
＊呆け老人をかかえる家族の会
痴呆性高齢者をかかえる家族などによって運営されている民間団体。全国40都道府県に支部をもち、電話相談、啓発活動、会報の発行などの活動を行っています。
「ぼけの電話相談110番」
電話　0120－294－456
（月～金　　10時～15時）

知ることから始める

シルバー世代の健康づくり

認知症（痴呆）の予防と発見、介護について

監修：高齢者痴呆介護研究･研修センター　大府センター長　柴山　漠人



社団法人
名古屋市医師会

ごあいさつ

わが国は、戦後の公衆衛生水準の向上や医療提供体制の充実、医学の進歩、生活水準の向上などにより、世界最高水準の平均寿命を享受しています。このように高齢期を迎えてからの人生が長くなる中で、「第二の現役期」として生き甲斐を持って過ごすことは大切なことであります。老いても生き生きと暮らすには、食習慣・運動習慣・休養・喫煙・アルコール摂取などの生活習慣が、発病に影響を与える「がん」「脳卒中」「心臓病」「糖尿病」などの生活習慣病の予防が大切であり、それが「健康寿命」(認知症(痴呆)若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間)の延伸に大きく影響しています。

しかしながら残念なことに、超高齢者社会を迎え「認知症(痴呆性)高齢者」の人口は現在160万人と推定され、2015年には団塊の世代が高齢期に達し、認知症(痴呆性)高齢者の人口は250万人に及ぶと推計されております。

このような中、地域で認知症(痴呆性)高齢者を支えるキーパーソンであるかかりつけ医の役割りは大切なものであり、是非何でも相談できる身近なかかりつけ医をもっていただきたいと思います。

このパンフレットは、高齢者痴呆介護研究・研修センター大府センター長　柴山　漠人先生のご協力もと、認知症(痴呆)について分かりやすく記述されております。できるだけ多くの方にご覧いただき、これからも充実した人生を楽しんでいただきたいと思います。

名古屋市医師会 会長
加藤寿彦

2 認知症(痴呆)について
認知症(痴呆)は脳の障害によって起こる「病気」です。

3 認知症(痴呆)の早期発見
的確な治療のためにも、とにかく早めの診断・発見が大切です。

4 原因となる病気別認知症(痴呆)予防
生活習慣の見直し、脳の活性化がポイントです

5 認知症(痴呆)のケアについて 01
病気に適合し、しかも患者さまに最適のケアであることが理想です。

6 認知症(痴呆)のケアについて 02
懐かしさと温かさで包み込む、不安を受け入れ、共感するケア。

7 認知症(痴呆)のケアについて 03
「してあげるケア」から、「引き出すケア」へ。

8 認知症(痴呆)のケアについて 04
介護する側にも充分な配慮が必要です。

9 認知症(痴呆)の相談は
隠さず、恥ずかしがらず、気軽に積極的に相談を。

part 1 認知症(痴呆)について

認知症(痴呆)は脳の障害によって起こる「病気」です。

認知症(痴呆)とは？



これまで「痴呆症」と呼ばれていた脳障害によって起こる「病気」について、用語の変更が厚生労働省で検討されまして「認知症」と呼ぶことになりました。「痴呆症」という呼び名には高齢者に対する尊厳が欠けており、病状・症状に対して誤解を招く恐れもあるためです。

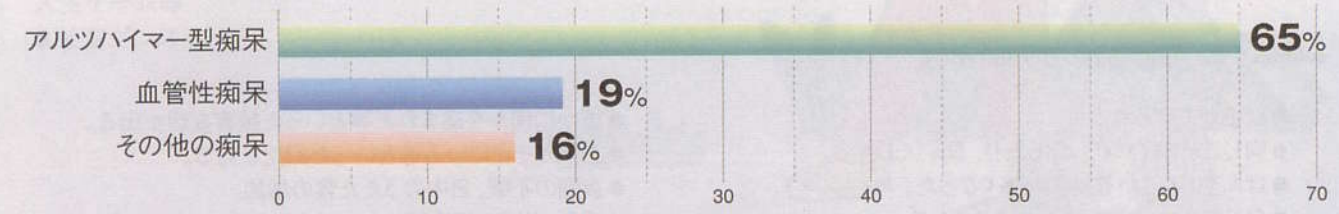
さて、この認知症、俗に「ぼけ」ともいわれ、記憶力や見当認識(時間、日付、場所など、自分が置かれている状況)などの知的機能が失われ、一人では社会生活ができなくなる脳の「病気」なのです。



認知症(痴呆)の原因は？

日本では、認知症(痴呆)の原因の多くが「アルツハイマー病」と「血管性痴呆症」であるといわれています。この他にも100種類以上の病気が原因と考えられていますが、識別が困難な場合も多くなっています。また、鬱病などによる仮性痴呆と、きちんと見分けること、区別することが大切です。

column 01 MRIを使った診断（宮城県田尻町）



出典：Meguro K et al：Preuelence of demeutis and dementing diseses in Japan：the Tajiri project. Arch Neurol.(2002) 59：1019-14

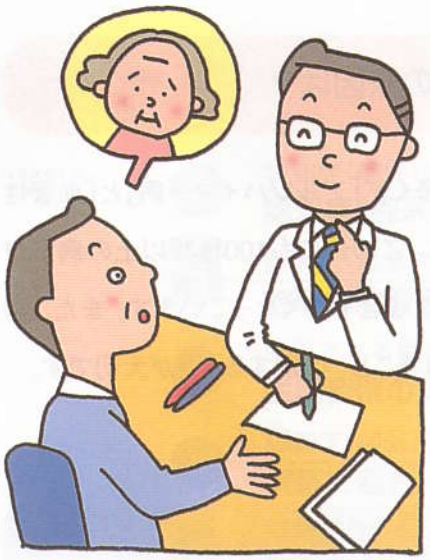
part 2 認知症（痴呆）の早期発見

的確な治療のためにも、とにかく早めの診断・発見が大切です

早期発見が大切です



ア ルツハイマー病の原因は不明ですが、現在ではその進行を遅らせる薬物が出てきています。なるべく早い時点での診断により、早期の発見ができれば、こうした薬物による治療も、より有効です。さらに症状の軽い内に将来の生活や治療、財産管理などを自分で決めることも可能になります。また、さまざまな治療を行なうことで、認知症の症状の進行を遅らせ、ご家族と一緒に過ごす貴重な時間を、より長くすることも可能になります。逆に遅れるほど、ご本人の苦しみも深くなり、ご家族の負担（介護等）も増すのです。



早期発見には、早期受診・早期診断が欠かせません

自 覚症状が少ないのが、この病気の特徴でもありますが、ご本人やご家族が日ごろから心がけ、少しでも早く気付くことが大切です。おかしいな、と思ったら早めに認知症に詳しい医師に相談しましょう。地域のかかりつけ医と相談して、専門機関に診断を依頼し、継続的・定期的にチェックしてもらいましょう。何よりも地域のかかりつけ医との信頼関係が命綱になるはずです。

column 02 痴呆のシグナルや症状

- 計画が立てられない。
- 同じことを繰り返し話したり、聞いたりする。
- ぼんやりしている時間が多くなった。
- 自分の家への道順が分からなくなる。
- 不安や焦燥を感じる。
- 誰かに何かを盗まれた等といった被害妄想が出る。
- 誰かがそこにいる等といった幻覚を見る。
- 夜間の不眠、日中のうたた寝の増加。
- 過食・異食・拒食等。
- 徘徊する。

part 3 原因となる病気別認知症（痴呆）予防

生活習慣の見直し、脳の活性化がポイントです

認知症（痴呆）の予防

認 知症（痴呆）を予防するためには、それぞれ原因となる病気の予防が大切です。ここでは日本での認知症の原因として知られている「アルツハイマー病」と「脳血管性痴呆」について、その予防を見てみましょう。

アルツハイマー病の場合

1 脳への刺激

- 旅行
- 料理をする
- パソコン
- 読み書き・計算

2 疫学研究で有効とされること

- 野菜、果物、魚等を多く摂取する
- ウォーキングなどの運動を習慣的に行なう
- なるべく頻繁に多くの人と会うようにする

3 趣味を持つ

- 読書
- 楽器演奏（どのような楽器でもよい）
- トランプ、碁、将棋、麻雀、人生ゲーム等
- 社交ダンス

脳血管性痴呆の場合

1 危険な因子を避ける

- お酒を飲みすぎない
- タバコを吸わない
- 肥満に気をつける
- その他、高血圧、糖尿病、高脂血症、心疾患等

2 生活習慣を改善する

- バランスのよい食事
- 片寄りのない嗜好
- 毎日の適度な運動

3 脳の活性化

- 趣味を楽しむ
- 適度な仕事を続ける
- ボランティア活動など



※「疫学研究」とは、人を対象として、疾病等の原因となる因子との関連性を統計的に解析する研究です。

病気に適合し、しかも患者さまに最適のケアであることが理想です。

個別ケア　ご本人に合ったケアを心がけましょう

患者さまの病状が現在、どのような段階にあるのか、しっかり把握しなければなりません。また、この病気に至った背景なども多面的に調べます。身体的な問題や精神的な問題、家族、これまでの育ってきた環境、趣味、嗜好、人生観等々。こうしたことが病気に大きな影響を落としていることがあります。

これらを総合的に判断して、ご本人にもっともふさわしい、また、ご本人のニーズにもっとも近い最適の介護をめざします。

この時に大切なのは、ご本人の自己決定を尊重すること。ご本人を中心としたケアをめざして、ご本人のＱＯＬに配慮したいものです。

※ＱＯＬとはクオリティー・オブ・ライフ（生活の質）の略。「より良い生き方や健康的な生活」を意味しています。





疾患別ケア　原因となる病気によって、それぞれ異なるケアが必要です

認知症（痴呆）の原因となる「アルツハイマー病」と「脳血管性痴呆」、また脳外傷後脳症や脳腫瘍では、それぞれまったく異なった病気の性質を持っています。このため症状や進行なども大きく異なりますから、治療法も、リハビリテーションも違う方法で対処する必要があるのです。

つまり、病気に合ったケアであり、しかも患者さま一人ひとりに最適のケアであることが理想なのです。

懐かしさと温かさで包み込む、不安を受け入れ、共感するケア。

なじみの人間関係づくり



認 知症（痴呆）の軽症の段階では、周囲の人々との交流は普通に行なうことができます。しかし重症になってくるともっとも親しい家族さえ分からなくなります。つまり患者さまにとってみれば、周囲は分からない人、知らない人だらけ、ということになります。このため不安や緊張が高まり、さまざまな知的機能の障害があらわれてきます。

この段階の患者さまは、作り話をしたり、意味のない一人言を言ったりしますが、介護者はその不安を受け止め、安心を与えるように、共感してあげること、温かく接してあげることが大切です。



なじみの環境づくり

病 院や施設に入った場合などの患者さまの混乱は、想像を絶するものがあります。こうした場合にも、ご本人のなじみの品々や家具、調度品などを利用して、患者さまにとって、懐かしく、温かく、くつろげる場所を作ってあげましょう。

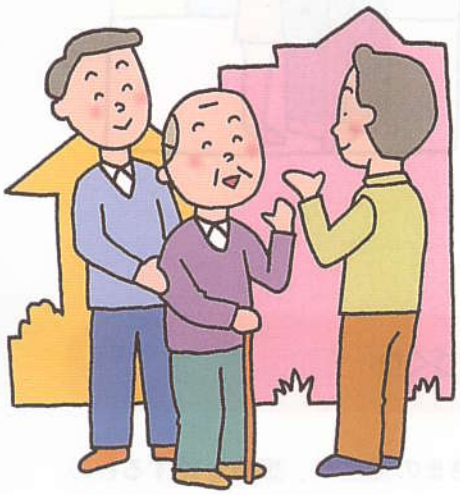
また、テレビやラジオなどの音響や、大きな話し声などは患者さまにとっての大きなストレスとなり、徘徊や不穏等の行動障害を引き起こす誘因にもなりかねませんので注意が必要です。

「してあげるケア」から、「引き出すケア」へ。

患者さまらしい生き方をサポートするケア



たとえば家事、育児、仕事、趣味、特技など、身体で覚えたことは、いつまでも記憶されているものです。こうしたことを、そっと手助けしながらさせてみて、患者さまの持つ潜在的能力を引き出し、ご本人の自立を助けてあげましょう。患者さまが過去を甦らせ、過去とのつながりを再認識していく中で、患者さまの「自分らしい生き方」をサポートすることができます。



町へ出よう

病気だからといって家の中に閉じこもるのではなく、時には町に出て、買い物をしたり、お茶を飲んだり、食事をしましょう。出会った人と交流しましょう。決して恐れることはありません。偏見の目で見る人よりも、やさしく接してくれる人がいかに多いことか、きっと気付かされるはずです。

地域の力を借りよう

それぞれの地域には、さまざまな手助けをしてくれる施設や機関があります。また自治会や学校、お寺、教会などで、さまざまな行事が行なわれています。家族だけで悩まず、こうした機関や施設、機会を捉えて、気軽に相談してみましょう。

「痴呆症」という言葉に恐れ、「痴呆」と判断されることに対する恐怖心や恥ずかしさから、患者さまの治療を遅らせたり、また痴呆の進行を早めたりすることは、避けたいものです。

column 03

こんな施設を訪ねてみましょう

- 区役所
- 保健所
- 社会福祉協議会
- 民生委員
- 診療所
- 病院
- 在宅介護支援センター
- 老人保健施設
- 特別養護老人施設
- グループホーム
- デイケアセンター
- デイサービスセンター
- 訪問看護ステーション
- 家族の会など

介護する側にも充分な配慮が必要です。

地域の施設やサービスを積極的に活用しましょう

介護をすることは、とても大変なストレスと疲労を伴います。何もかも一人で抱え込み、最悪の場合には、鬱状態に陥ったり、虐待をしたり、果ては無理心中などといった結末にもなりかねません。

こうした悲劇を防ぐためにも、各地にある公的なサービスを積極的に利用することが大切です。

このような施設、サービスを上手に利用したり、家族の他のメンバーや友人にも働きかけて、介護する人の健康にも十分に気を配りたいものです。



介護する側の心がけ

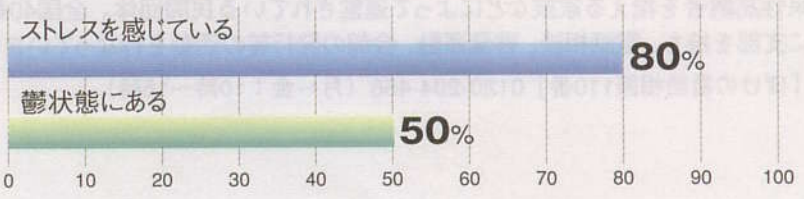


充分な休養がとれるような介護計画を立てましょう。休息の際には気分転換して、趣味に打ち込んだり、ストレス解消の場を持つようにしましょう。

定期的な運動やバランスのよい食事を心がけ、精神的・身体的な健康管理を心がけましょう。

また、介護技術については地域で研修会や個別相談が行われています。こうした機会に専門家から研修を受けてみましょう。無理やムダのない介護の方法を見つけることができるかもしれません。

column | 04 | 介護者の精神状態アンケート



part 8 認知症（痴呆）の相談は

隠さず、恥ずかしがらず、気軽に積極的に相談を。



相談窓口

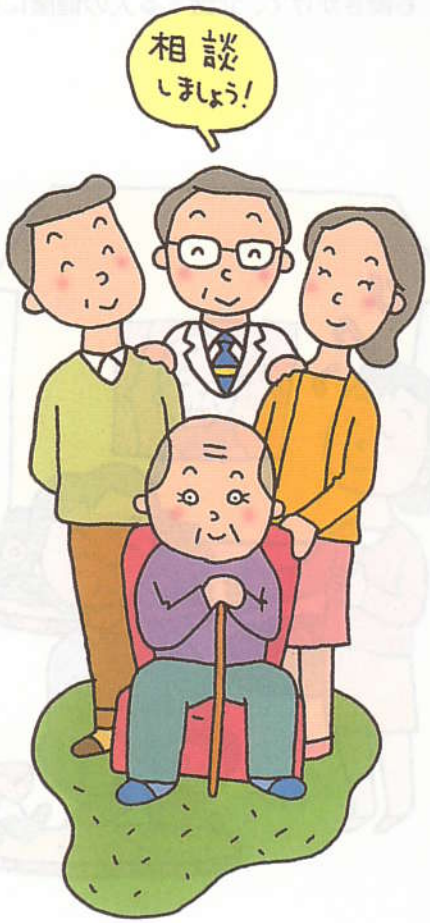
市区町村の介護保険担当課

●千種区役所 753-1848	●中村区役所 453-5415	●熱田区役所 683-9915	●守山区役所 796-4603
●東区役所 934-1193	●中区役所 265-2321	●中川区役所 363-4327	●緑区役所 625-3957
●北区役所 917-6523	●昭和区役所 735-3912	●港区役所 654-9709	●名東区役所 778-3097
●西区役所 523-4519	●瑞穂区役所 852-9398	●南区役所 823-9411	●天白区役所 807-3897

在宅介護支援センター

介護についての総合的な相談に応じてもらうことができます。

※名古屋市医師会在宅介護支援センター
tel 052-937-7760　fax 052-937-7880



保健所

相談に応じたり、介護教室などを開催しています。

老人性痴呆疾患センター

老人性痴呆疾患について、専門的医療相談、鑑別診断、治療方針等を行なうと共に、保健・医療・福祉サービスの情報を提供します。

愛知県

●愛知医科大学付属病院
愛知郡長久手町大字岩作字雁又21　tel 0561-62-3311

●一宮市立市民病院今伊勢分院
一宮市今伊勢町宮後字郷中茶原30　tel 0586-45-2531

呆け老人を抱える家族の会

痴呆性高齢者を抱える家族などによって運営されている民間団体。全国40都道府県に支部を持ち、電話相談、啓発運動、会報の発行等の活動を行なっています。

※「ぼけの電話相談110番」0120-294-456（月～金：10時～15時）

おわりに

在宅医療といった言葉が一般的になってきたのは、入院医療と比較して使われる様になったからだと思いますが、いつ頃の事であったでしょうか。以前は、すべて「往診」といった言葉で包括していましたが、昨今では、在宅での療養など定期的に往診するような緊急性がない場合は、「訪問診療」と言われる様になりました。

医療依存度が高い場合は入院で対応し、病状が安定すれば在宅医療での対応に移行する事は、“医療の無駄を省く”、“医療の機能分担”、“医療資源の有効活用”といった面で必要な事であります。

また、高齢者の場合入院から在宅へ移行する間には、病状に合わせて療養病床・老人保健施設といった施設の利用も可能であります。

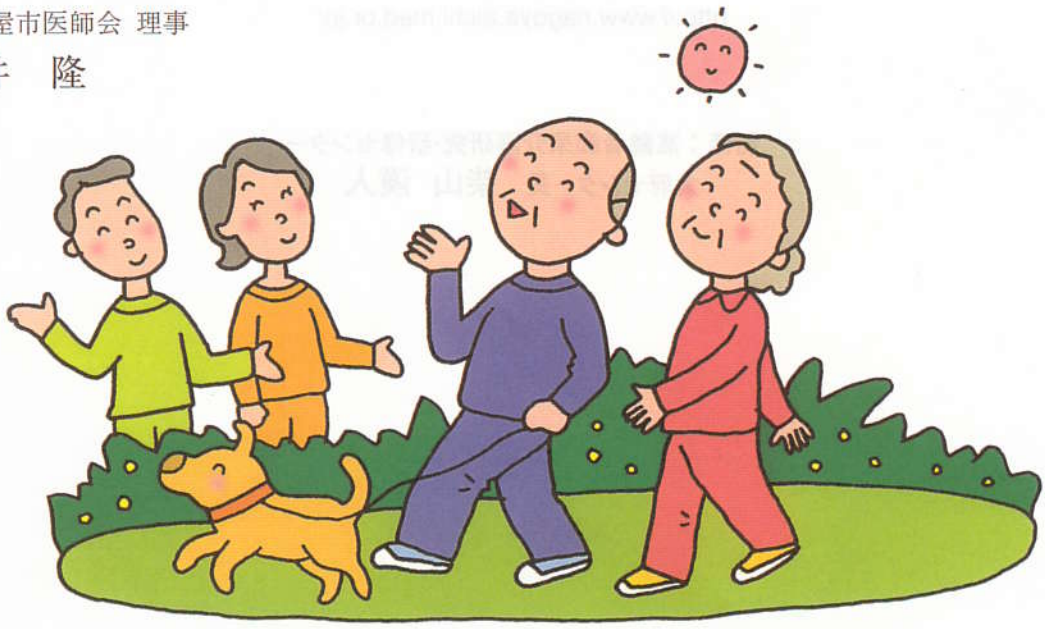
ともあれ、中心静脈栄養・経管栄養・在宅酸素療養などの医療器械の進歩が、病室と居宅を近づけた事は間違いありません。住み慣れた居宅で療養生活を送る事が出来れば、患者さんにとっても喜ばしい事で、QOL（生活の質）の面からも推進されるべきと思います。

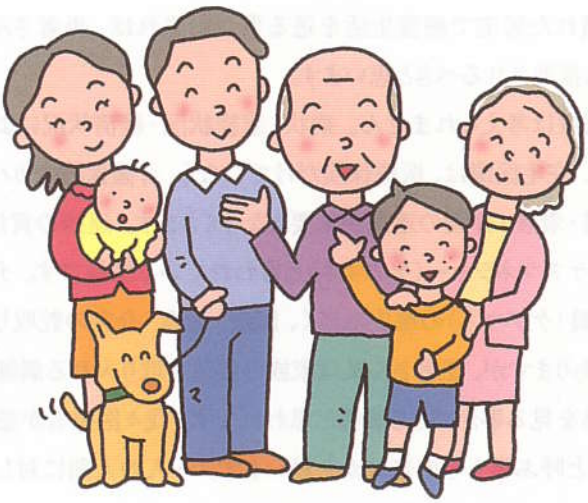
看護・介護抜きの在宅医療は考えられません。病状・家族状況・経済状況によっては、公的看護・公的介護の導入が必要となります。在宅医療は、医療保険だけではなく、介護保険でカバーする部分が多くなり、介護保険を使う場合は、医療・看護・介護の連携が重要となってきます。連携の責任者は、介護支援専門員と呼ばれており、一般的にはケアマネジャー（ケアマネ）と言われている職種です。介護保険が始まって5年という事もあり、看護支援専門員（ケアマネ）の歴史は浅く、医療・看護・介護の舵取りをするには、経験不足・学習不足からくる不備な点もありますが、患者さん又は家族の要望を取り入れる訓練は受けており、今までの医療にはなかった視点で現場を見る事ができる職種と思われます。我々医療者が患者さんと呼ぶ事に対し、ケアマネジャーは利用者さんと呼ぶ事もその表れかと思います。一人の人間に対して医療・看護・介護という別々の視点で対処しており、その調整は容易なものではないと思います。

在宅医療は、通院治療が不可能になった時点で、医療の機能分担及び患者さんのQOLを考えた時に導入される医療です。居室が病室になるだけでは済まない問題を含んでいますが、医療・看護・介護の連携、病態変化に応じてその配分を変えていく調整能力が機能して初めて成り立つものと思います。

人生のQOL向上の為にも、在宅医療・在宅療養を充実させる社会的な仕組みがますます重要になっていくものと思います。

名古屋市医師会 理事
横井　隆





発行

社団法人
名古屋市医師会

〒461-0004 名古屋市東区葵一丁目4番38号
tel・052-937-7801
fax・052-937-6323
http:// www.nagoya.aichi.med.or.jp/

監修：高齢者痴呆介護研究・研修センター
大府センター長　柴山 漠人

前頭側頭型痴呆のケア方法の確立と評価に関する研究

前方型痴呆の正しい理解



愛媛大学医学部神経精神医学教室

はじめに

われわれが「痴呆の正しい理解」という小冊子を出版してから５年が経ちました。その間に介護保険制度が導入され、痴呆症の患者さんやその介護者のみなさんを取り巻く環境は大きく変化しました。そして、各々の痴呆性疾患に対する診断法や治療法、ケアに関する技術も急速に進歩しつつあります。

「痴呆の正しい理解」の出版後より、ご家族、介護・看護スタッフのみなさん、かかりつけ医の先生方から、疾患別にさらに詳しい冊子を作って欲しいというご要望をいただいていましたが、このたび、ようやくその第一弾として、「前方型痴呆の正しい理解」を送り出すことになりました。前方型痴呆は、本冊子でも繰り返し述べられているように、アルツハイマー病や血管性の痴呆とは異なる症状を呈し、正しく診断されていないこともしばしばある病気です。さらに、比較的若くに発症することが多いため、ご家族の負担はたいへん重くなります。

なお、平成16年12月に厚生労働省は、行政用語として「痴呆」の呼称を「認知症」と改めることを決定しました。これについてはさまざまな意見もあるようですが、現時点では医学用語としての「○○型痴呆」という病名はそのまま用いられています。そのため、本冊子では文章としてのわかりやすさを優先させ、用語は「痴呆」で統一させていただきました。もし用語の変更が必要であれば、第２版から行いたいと思いますのでご了承ください。

本冊子を通じて前方型痴呆を正しく理解していただき、患者さんやご家族、介護者のみなさんの生活の質が少しでも向上するように役立てていただければと思います。

平成17年早春

もくじ

はじめに

1．前方型痴呆とは ―――― 1

2．前方型痴呆の分類 ―――― 2

3．前方型痴呆の頻度 ―――― 3

4．前方型痴呆の診断 ―――― 5

5．症状の特徴 ―――― 5

6．検査所見 ―――― 10

7．治療とケア ―――― 12

8．初老期の患者さんが使える社会資源 ―― 17

9．実際の患者さんの例 ―――― 25

おわりに

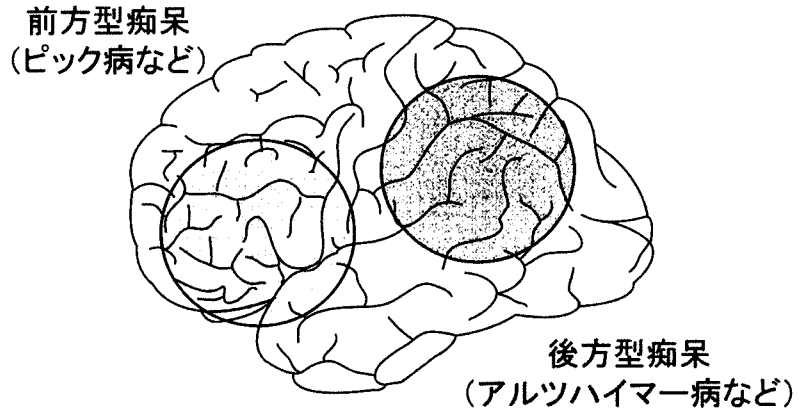
1．前方型痴呆とは

痴呆とはいったん成熟した知的機能が低下することによって、持続的に社会生活に支障をきたすようになった状態です。痴呆はいろいろな原因でおこりますが、前方型痴呆とは広い意味で脳の前方部に病変がある痴呆を指す言葉で、そのなかには従来のピック病や、頭部外傷によるものなどが含まれます。

痴呆をおこす代表的な病気はアルツハイマー病ですが、アルツハイマー病では記憶をつかさどる海馬という部分や脳の後方部分が障害をうけるため、物忘れ（記憶障害）や空間を把握したり操作したりする能力の障害が出現します。

それに比べ前方型痴呆では、初期には脳の後方部分は障害を受けないため、物忘れ（記憶障害）や空間を把握したり操作したりする能力の障害はあまりみられません。前方型痴呆の代表は従来からピック病と呼ばれていた病気ですが、ピック病では脳の前方部分が障害をうけるため、物忘れはあまり目立たず、社会的な行動が障害されます。行動の変化によって社会生活に支障をきたしているのが前方型痴呆の特徴であり、ここがアルツハイマー病と大きく違う点です。

前方型痴呆と後方型痴呆



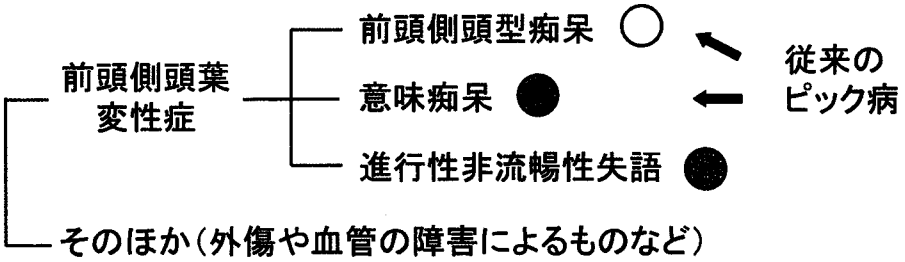
2．前方型痴呆の分類

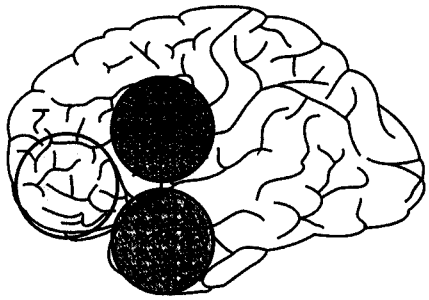
代表的な前方型痴呆であるピック病が、アーノルド・ピックという精神科医によってはじめて報告されたのはおよそ100年前です。これはアルツハイマー病がはじめて報告されたのとほぼ同じ時期です。その後1980年代になって画像検査の技術が進歩したことでこの病気は再び注目されるようになり、さまざまな研究がなされるようになりました。

やや専門的な内容になりますが、前方型痴呆の分類には現在までいろいろな議論がありました。次第に脳が萎縮していく（やせていく）病気を変性疾患と呼びますが、変性疾患による前方型の痴呆は現在では「前頭側頭葉変性症」と呼ばれています。その「前頭側頭葉変性症」はその症状から大きく分けて、「前頭側頭型痴呆」と「意味痴呆」、そして「進行性非流暢性失語」という３つのグループに分類されています。従来のピック病は「前頭側頭型痴呆」または「意味痴呆」に含まれるようになりました。本冊子では、この「前頭側頭型痴呆」または「意味痴呆」を中心に解説をしていきます。

この３つのグループでは行動の症状が強く出たり（前頭側頭型痴呆）、言葉の症状が強く出たりする（意味痴呆と進行性非流暢性失語）という違いがありますが、この違いは、障害された脳の部位の違いによるものと考えられます。また「進行性非流暢性失語」の患者さんは言葉以外の痴呆の症状は目立ちません。

前方型痴呆の分類





3．前方型痴呆の頻度

変性疾患による前方型痴呆である、前頭側頭葉変性症は60歳前後の初老期に発症することが多いと言われています。なかには50歳までの若いうちに発症する方や、80歳を過ぎてから受診する方もいますが、一般的にはアルツハイマー病に比べると発症の年齢が若いといえます。

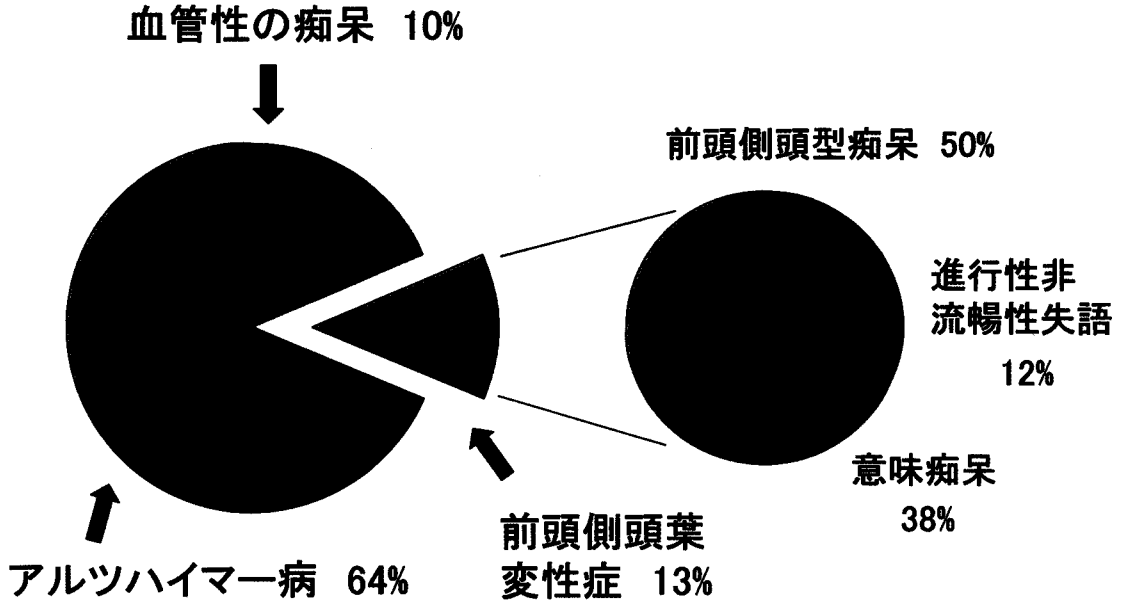
いろいろな痴呆のうちで、前方型痴呆がどの程度の割合で存在しているのかということに関してはあまり研究が進んでいません。アルツハイマー病と間違われたりすることも多かったため、いままでは前方型痴呆の患者さんは少ないとされてきましたが、最近ではそれほど少なくないのではないかと考えられています。

平成９年から10年にかけて愛媛県中山町の65歳以上の方を対象として行われた調査では、60人の痴呆症の患者さんのうち、

アルツハイマー病が21人、血管性の痴呆が28人に対して、前方型痴呆は２人でした。一方平成８年１月から平成11年12月までに愛媛大学医学部附属病院精神科神経科の専門外来を受診した330人の痴呆症の患者さんの統計では、これは65歳未満の方も含みますが、アルツハイマー病が215人、血管性の痴呆が33人だったのに対し、前頭側頭葉変性症の患者さんは42人（12.7%）でした。

この結果からは、前方型痴呆の患者さんはアルツハイマー病の患者さんの約1/4の割合で見られており、少なくとも専門外来を受診される痴呆の患者さんのなかではアルツハイマー病と比較しても決してまれではないことがわかります。

4年間の痴呆症の外来患者さんの内訳
（330名から）



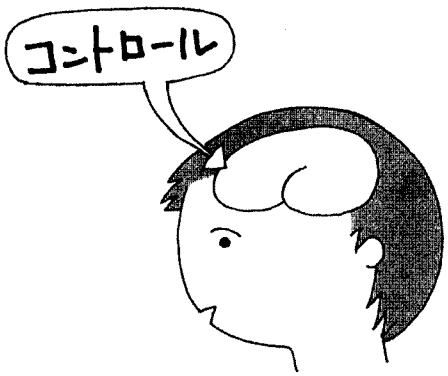
4．前方型痴呆の診断

前方型痴呆は行動の問題が出現することが多いので、しばしば統合失調症や躁うつ病などの精神的な病気と間違われることがあります。また、言葉が出づらくなったり、言葉の意味がわからなくなったりして、見かけ上は物忘れが起こっているように見えるため、アルツハイマー病と間違われることもあります。そのため、診断は慎重に行われなければなりません。

前方型痴呆の診断で特に重要なことは、これから述べるような特徴的な症状を正確にとらえることです。従って診察のときにきちんと言動や行動を把握することと、実際に介護をされている方から正確に情報を聞き取ることがたいへん重要になります。

5．症状の特徴

前方型痴呆の代表である前頭側頭型痴呆で主に障害されるのは、前頭葉と呼ばれる脳の前の部分です。ここは脳の中で、行動のコントロールをしたり、ものごとを遂行する機能をつかさどったりする場所です。前方型痴呆では、前頭葉の機能が低下し、さまざまな精神症状や行動面での症状が出現します。



① 病識の欠如

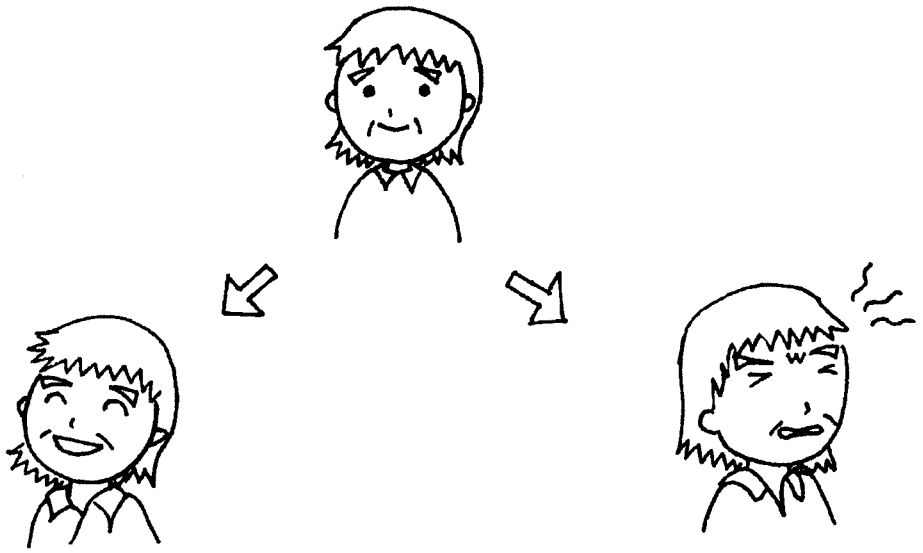
病識というのは、自分が病気であると自覚することです。ほとんどの痴呆で病識は低下してきますが、特に前方型痴呆では病気の初期より病識がないため、しばしば受診や通院が困難になります。

② 無関心・自発性の低下

病気の初期から認められ、自分の整容や身なりに対しても、周囲への対応に関しても無関心になります。病状の進行に伴って次第に意欲や自発性の低下が顕著になっていきます。家の仕事などをしなくなり、ボーっとしていることが多いですが、それでも後で述べる繰り返しの行動などは出現します。

③ 感情・情動の変化

初期から感情が希薄になり、情緒的な交流が乏しくなります。機嫌がよくなってニコニコしていることも多いですが、逆にイライラ感が強く不機嫌になっていることもあります。



④　繰り返し行動（常同行動）

日常生活において一番目につき、アルツハイマー病との区別にも重要となる症状です。何キロもの同じコースを毎日何度も歩き回るという「繰り返しの散歩」がしばしばみられます。冬でも真っ黒に日焼けするほど歩いていることもあります。この散歩の途中で次に述べる万引きや盗み食いが出現し、社会的なトラブルになることがしばしばあります。この「繰り返しの散歩」はアルツハイマー病でみられる徘徊とはことなり、病気がかなり進行するまで道に迷うことはありません。

また同じものばかりを食べるようになるといった食事の繰り返し行動や、同じ言葉を話し続けるといった言葉の繰り返し行動も出現します。生活が時刻表的になって決まった時間に決まった行動をするなど、とても時間を気にするようになることもあります。

病状が進行すると膝を手で擦り続けたり、手をパチパチとたたいたりするような単純な繰り返し行為がみられることもあります。



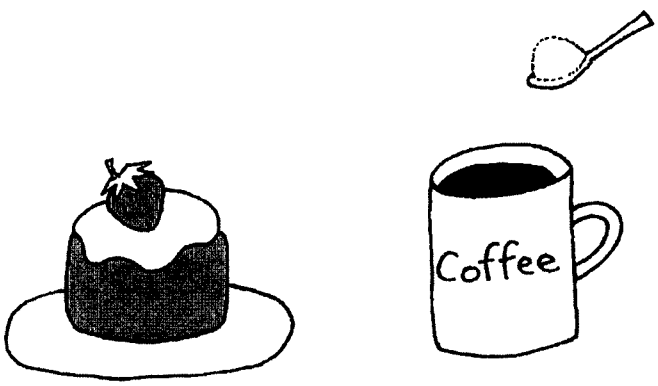
⑤　反社会的な行動・抑制のとれた行動

気のおもむくまま、周囲を気にしないような「わが道を行く行動」が出現します。具体的には他者への配慮やマナー、礼儀、行儀作法がなくなり、万引きや窃盗、盗み食いなどの抑制のとれた行動もしばしば認められます。時に衝動的な暴力行為などがみられることもありますが、本人に悪気はなくあっけらかんとしています。病状が進み、自発性の低下が強くなるにつれて目立たなくなります。

⑥　食行動の異常

甘いものや味の濃いものへ好みが変わったり、以前より大食いになったりします。チョコレートや饅頭、清涼飲料水などを好むことが多いようです。この場合は肥満や糖尿病などにならないよう注意が必要になります。

繰り返し行動と関連して、決まった少品目の食品や料理にこだわって食べるようになります。女性の場合は同じメニューばかり作るようになり、ご家族がそれでおかしいと気づくこともあります。



⑦　影響されやすさ

周囲からの刺激に容易に影響されるようになります。日常生活場面では、目の前の人のしぐさのまねをしたり、何かの文句につられて即座に歌を歌いだしたり、目に入った看板の文字をいちいち読み上げるといった行動がみられることがあります。

⑧　注意散漫、集中困難

落ち着かないことが多くなり、ひとつの行為を続けられなくなります。診察場面や介護の現場では、その場からどこかへ出て行こうとするような「立ち去り行動」がみられ、介護上の問題になります。

⑨　言葉の症状

前頭側頭葉変性症の３つのグループのうち、前頭葉が主に障害をうける前頭側頭型痴呆に比べ、残りの2つのグループでは言葉の症状が目立ちます。

側頭葉と呼ばれる脳の横の部分の前方が主に障害をうける意味痴呆においては、「語義失語」と呼ばれる言葉の症状が出現します。言葉の意味がわからなくなり、ものの名前が出てこなくなります。また文字の読み間違いも多くなります。診察時に「利き手はどちらですか？」とたずねても、「利き手ってなんですか？」と聞き返してきたり、「海老」という漢字を読んでもらうと「かいろう」と答えたりします。

一方、進行性非流暢性失語においては話そうとする言葉が

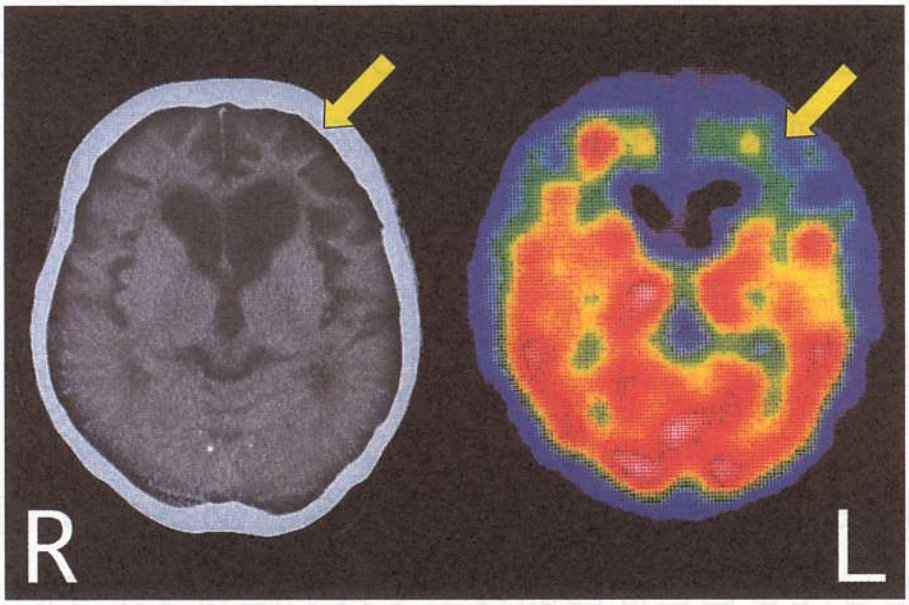
なめらかに発音できないといった症状で始まり、次第に言葉や文章の意味の理解も悪くなってきます。前にも述べましたが、この進行性非流暢性失語においては言葉の症状に比べ、そのほかの痴呆の症状はあまり目立ちません。

6. 検査所見

前方型痴呆では、脳の前方に主な病変があるため、画像検査でそれをとらえることが診断の上で大切になります。

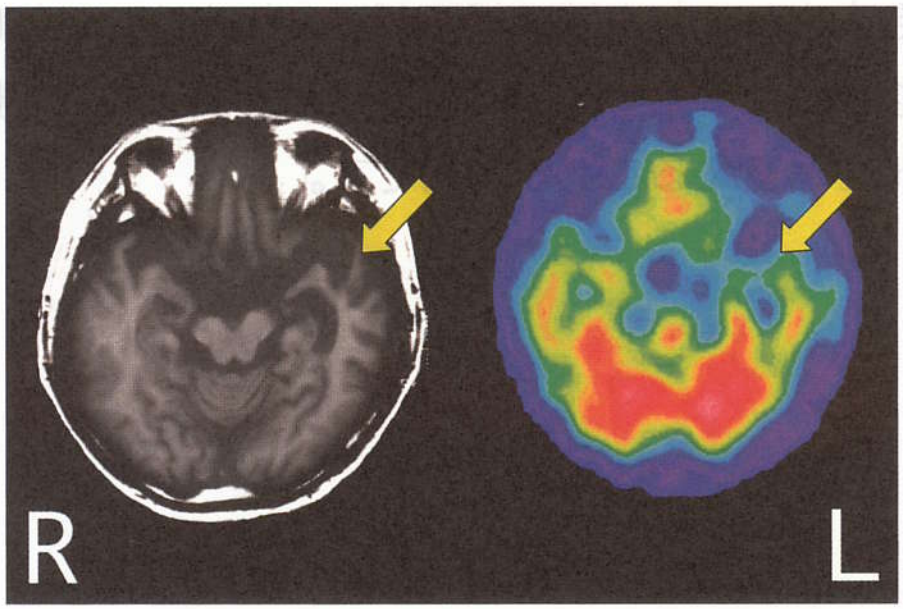
画像検査には、脳の形態をとらえるCT（コンピューター断層撮影）やMRI（核磁気共鳴画像）といったものや、脳の血流を調べるSPECT（単光子放出コンピューター断層撮影）などがあります。頭部のCT検査やMRI検査では、前頭葉を中心とした脳の萎縮（やせ）が出現することが多く、SPECT検査では前頭葉を中心とした血流の低下がみられます。しかし、これらの画像診断はあくまで診断の補助であり、正確な診断には症状をきちんととらえることが大切です。

前頭側頭型痴呆のMRIとSPECTの画像



矢印で示す前頭葉に限局性の萎縮（やせ）があり、
血流が低下しています

意味痴呆のMRIとSPECTの画像



矢印で示す側頭葉の前方部に限局性の萎縮（やせ）があり、
血流が低下しています

前頭側頭型痴呆のケア方法の確立と評価に関する研究

7．治療とケア

前方型痴呆はこれまで記したような行動面での問題のため、ご家族や周囲の対応が難しい病気です。いろいろな精神症状が同時に出現する点が特徴であり、そのため周囲はよりいっそう慎重な対応が要求されます。しかし前方型痴呆の症状の特徴をよく理解してケアを行えば、介護の負担を軽減させることができます。

① ケアのポイント

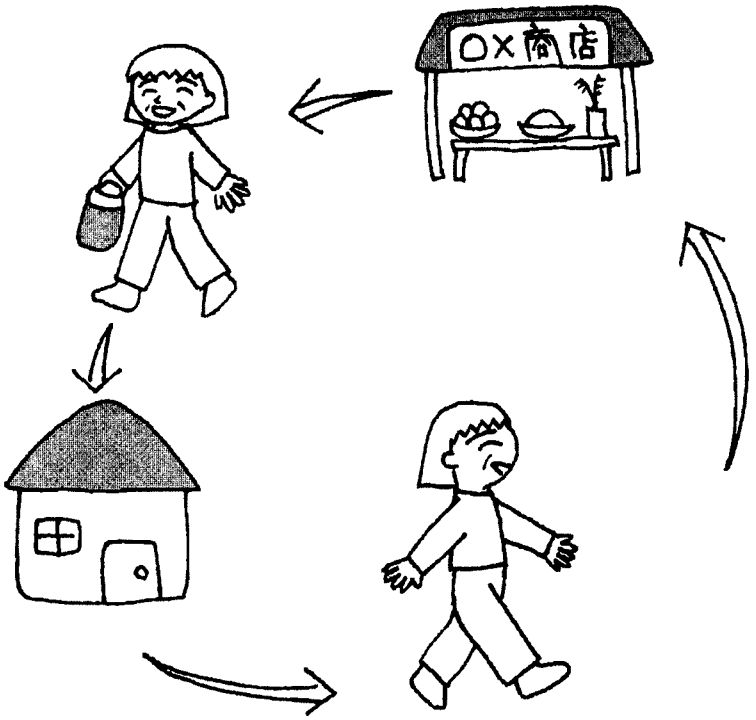
前方型痴呆の場合は、アルツハイマー病とは違い、初期には記憶力は比較的保たれていることがケアの上では有利になります。前方型痴呆の患者さんはデイサービス・デイケアなどにおいて固定されたプログラムを覚えることが可能であり、場所やスタッフに対するなじみの関係をつくることができます。従って、開始当初は同じスタッフが同じ場所で対応するのがよいでしょう。

また前方型痴呆の患者さんは感覚や運動能力、空間を把握したり操作したりする能力がある程度保たれているため、運動技能や知覚技能を用いた作業を導入しやすいこともアルツハイマー病との違いです。例えば、ゲーム、編み物、カラオケ、絵画といった体で覚えるような記憶を使うリハビリテーションを行うことによって問題となる行動も少なくなるといわれています。

デイサービス・デイケアなどでしばしば問題となるのは「立ち去り行動」の強い患者さんです。このような場合は、患

者さんのもつ「影響されやすさ」を利用して「立ち去り行動」を防ぎます。すなわち作業活動への導入場面では、すぐに取り掛かれるように道具の準備をしておき、見えやすいところに置かれた道具にうまく注意をむけるようにします。そうすると「影響されやすさ」から自然に道具を使い始め、作業活動への導入がしやすくなります。また、作業活動の途中に「立ち去り行動」がみられたときは、道具を手渡したりすることによって注意を向け、作業活動を促します。言語による指示や無理な誘導ではかえって「立ち去り行動」を引き起こしてしまうので、注意を引きつけて「影響されやすさ」を利用しながら自然な形で作業活動を促すようなアプローチが有効です。

また前方型痴呆の患者さんで出現しやすい「繰り返し行動」（常同行動）をその患者さんの生活に適した方向に利用する方法も効果的です。時刻表的な生活がこだわりになって問題となっているときには、その「繰り返し行動」をデイサービス・デイケアへの導入などで断ち切り、新たにつくられる「繰り返し行動」をよりよいものになるよう導くことが目標となります。この場合、少しずつ単純な作業から複雑な作業へと段階的にアプローチを行うような工夫が、徐々に新しい「繰り返し行動」を定着させていくために大切になります。編物やカラオケなど本人の趣味を「繰り返し行動」に利用した場合は、定着は比較的容易になり、その行為に取り組むためその間の異常行動は減少します。そのためには患者さんの過去の仕事や趣味、嗜好を前もって把握しておくことが重要になります。



万引きや危険行為などの周囲や本人に大きな害をもたらすような行動が「繰り返し行動」になってしまっている場合、短期間の入院や入所が有効な場合があります。この場合、入院中に問題のある「繰り返し行動」から、比較的問題の少ない「繰り返し行動」へと変えてゆき、それを退院後も持続させることが入院の目標になります。例えば、毎日外出して人の庭に入り込んで盆栽を盗ってしまうことが問題の際には、入院中に編み物や写経といったことを繰り返して練習させることで別の習慣に移し、そのリズムを維持できれば周囲の負担を軽減させることができます。適切な誘導によって、入院後にあらたにつくられる「繰り返し行動」が患者さんと周囲のみなさんにとって少しでも好ましいものになることが重要です。

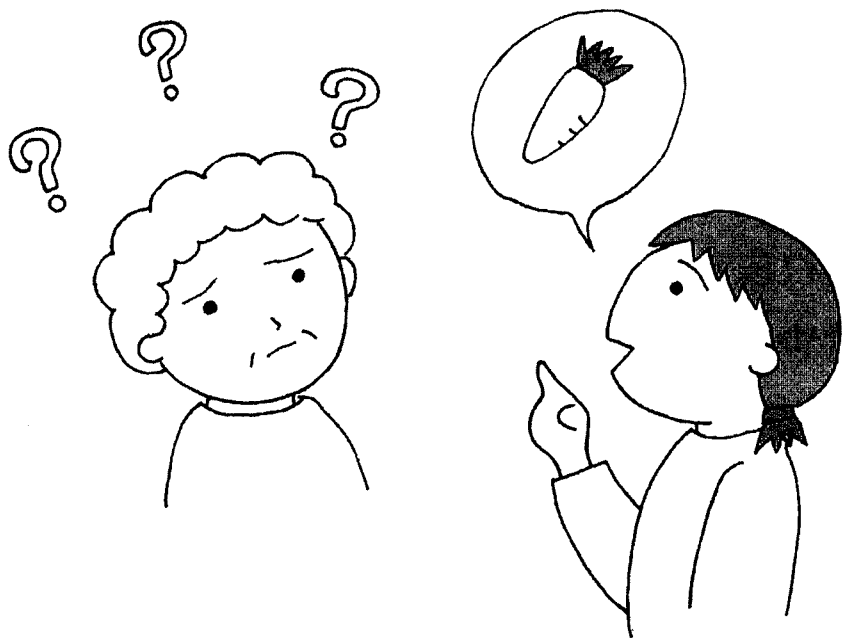
実際のケアの場面では、患者さんの意思に反するように繰り返しの行動をさえぎると、興奮することがあります。たとえばデイルームで決まった椅子に座りたがるといった行動が

できあがってしまうことがありますが、この決まった椅子に他の患者さんが座ってしまった場合、暴力行為に及ぶことがあります。スタッフが本人の繰り返し行動をさえぎって食事やトイレなどの介助をしようとすると怒ることもあります。たとえば施設での食事の際に、前方型痴呆の患者さんの指定席を他の利用者が座らないように確保しておくだけで、このような事故は防ぐことができます。

いずれにしても、大切なことはスタッフのみなさんやご家族がこの前方型痴呆という病気の特徴をよく理解することです。病気の理解が介護の上での負担を軽減し、よりよい介護への取り組み方を示してくれることになります。

② 言語療法·飲みこみの訓練

先に述べた「意味痴呆」の患者さんでは、言葉の意味をつかさどる側頭葉の前方がまず障害を受けます。そのため、初期には言葉の障害が目立ちます。ものの名前が言えなくなり、名前を聞いてもその言葉の意味がわからなくなる、「語義失語」という状態です。残念ながら、この症状は少しずつ進行していきますが、初期であれば保たれている記憶力を利用して言葉を繰り返し練習することにより、言葉が失われていく速度を遅らせることができます。この練習をうまく日課として毎日の生活に組み込むことができれば、患者さんが自分で訓練に取り組むことができるようになることもあります。この分野の知識・技術を持つスタッフはまだ少ない現状ではありますが、言語療法の専門家である言語聴覚士や医師にまず相談してみましょう。



また、特に「進行性非流暢性失語」の患者さんでは、病気の進行に伴って、飲みこみが難しくなってくることがあります。飲みこみに失敗してむせが生じると、肺炎や窒息などをおこすこともありますので、早めに医師や看護師に相談してください。

③　薬物療法

今までは前方型痴呆にはあまり有効な薬物療法はなく、さまざまな精神症状や異常行動に対して、患者さんを落ち着かせる目的で精神安定剤などの投与が行われてきました。しかし、最近になって抗うつ薬の一種類であるSSRI（セロトニン再取り込み阻害薬）という種類の薬が前方型痴呆の繰り返し行動や食行動の異常の改善に効果があることがわかってきました。

病気そのものに対する予防効果や、少なくとも進行抑制効果の期待できる薬物療法は現在のところはまだ開発されておらず、今後の課題になっています。

8．初老期の患者さんが使える社会資源

若くして痴呆を発症した患者さんは、初老期痴呆あるいは若年痴呆と呼ばれます。前方型痴呆の方だけではなく、アルツハイマー病の方や血管性の痴呆の方なども、初老期痴呆の患者さんにはおられます。しかし、先に述べたように前方型痴呆の患者さんの多くが初老期に発症するので、この冊子で初老期痴呆の患者さんのための社会資源の活用方法を取り上げることにしました。

痴呆になることは、患者さんとご家族にとってたいへんなことです。まして、患者さんが働き盛りの初老期に発症された場合は、介護をするご家族にとって身体的な負担や精神的な負担だけではなく、経済的な負担も大きくなります。

患者さんにとって一番の頼りはご家族です。将来の生活設計をしっかりと立てるためにも情報を収集し、身近な人に相談しながら、周囲に理解者と支援者を作っていきましょう。

１）情報収集に役立つ資源

①　全国家族会　（社）ぼけ老人をかかえる家族の会

世界アルツハイマー病協会の日本支部を兼ねる全国組織の家族会です。そのホームページには初老期痴呆の患者さんに役立つ情報も掲載されています。アドレスは、http：//www.alzheimer.or.jp／です。関連のあるホームページがリンクされているので、必要な情報を効率よく集めることが出来ます。

② 家族会の無料電話相談

土・日・祝日を除く毎日、午前10：00から午後３：00まで、研修を受けた介護経験者が相談を受けます。電話番号は0120－294－456です。

③ 家族会愛媛県支部の電話相談

月・水・金曜日の午前９：00から午後４：00まで、家族会会員の介護経験者が相談を受けます。電話番号は089－923－1287です。

④ アメリカ前頭側頭型痴呆家族の会

アメリカの前方型痴呆の家族会です。ホームページは英語ですが、介護に役立つ情報や、最新の研究成果などが掲載されています。アドレスは、http：／／www.ftd-picks.org／です。

２）誰でも利用可能な行政サービス

40歳以上の方を対象に、市町村庁で様々な老人保健事業によるサービスを実施しています。市町村庁や保健センターまたは保健師に尋ねてください。

① 介護予防のデイサービス

家に閉じこもりがちの高齢者を対象としたデイサービスが福祉施設や集会所などで開かれています。介護保険を受ける前の元気な方が対象です。近所でこのようなサービス

があれば見学してみましょう。少人数で、活動性の高いプログラムを実施しているところがお勧めです。

② 地域リハビリテーション

保健センターや公民館などで体操やスポーツ、絵画・工芸等の創作活動、交流会等が定期的に開かれています。40歳以上で身体または精神機能の低下や障害のある方が対象になります。市町村庁によってはリハビリテーションの専門家が家庭に訪問する相談事業もあります。

③ 家族の介護相談や介護教室

保健センターや公民館などで健康相談や介護教室が開かれています。保健師による家庭訪問も可能です。個別に介護に関する相談ができ、地域で活用できる種々の社会資源について情報を受け取ることができます。

④ 在宅介護支援センター

在宅で介護をうけている方や、その介護者を支援するため、社会福祉士や保健師などが在宅介護に関する相談を受けます。介護保険サービスを利用したい時の相談窓口にもなります。場合によっては家庭や病院等に出向くことも可能です。市町村庁でお尋ね下さい。

３）経済的な支援

①　障害年金

初診日から一定期間が経過し、障害の程度が法律で定める基準に該当する場合は、障害年金の申請が可能です。初診時の加入年金が国民年金の場合は市町村庁に、厚生年金は社会保険事務所に申請します。医師や病院のソーシャルワーカーに相談しながら手続きをすすめます。

②　通院医療費公費負担制度

通院医療費や病院で行うデイケアの費用の大部分を都道府県が負担する制度です。診断書が必要ですので、医師や病院のソーシャルワーカーに相談しながら手続きをすすめます。

４）財産や生活を守る法的制度

①　成年後見制度

判断能力が低下した痴呆症の患者さんについて、本人の意思や自己決定をできるだけ尊重して財産の保護や生活保障の方法を決めていく制度です。すなわち、家庭裁判所が選んだ人（後見人など）が、本人に代わって契約を結んだり、誤った判断に基づいて契約した場合にそれを取り消すことができるようにしたりすることにより、痴呆症の患者さんを保護する制度です。本人の判断能力に応じて、後見、保佐、補助の3つの類型があります。お近くの社会福祉協議会の社会福祉士、弁護士、家庭裁判所などに相談してく

ださい。

② 福祉サービス利用援助事業

一人暮らしの方や施設入所中の方の権利や生活を守ることを目的として社会福祉協議会が行っているサービスです。

5）介護保険による在宅サービス・デイサービス

通常、介護保険は65歳以上の方が利用できる制度ですが、「初老期痴呆」と医師から診断された方は、それ以前でも介護保険サービスを利用することができます。

利用方法は、まず市町村庁の介護保険課に介護認定の申請をします。訪問調査員が家庭に来て患者さんとご家族にいろいろと尋ねます。ご家族の口から具体的に、日常生活の様子やご家族が困っていることを調査員に報告してください。次に自分たちに適したサービスを選択するのを手伝ってくれるケアマネージャーを選択する必要があります。市町村庁の保健センターや介護保険課、在宅介護支援センターの職員に尋ねてみてください。

① デイサービス

昼間の活動性を保ち生活のリズムを作る上で役に立つサービスです。デイサービスの利用を考え始めたら、まずご家族で良さそうな所を数ヵ所見学し、比較検討しましょう。前方型痴呆の患者さんの場合は、利用者の年齢層が比較的若く、個別の対応を重視している所が理想的です。初

めは外出の支度が大変ですし、迎えの車に乗る直前に気分が変わってご家族を困らせることもしばしばあります。しかし、生活のパターンを決めて、変化の少ない環境を作り出すことが本人の安心につながりますので、粘り強くスタッフと協力しながら生活に定着させます。

家庭での入浴が難しくなった場合にはデイサービスで入浴を利用することができます。温泉好きの方であれば、デイサービスが気に入るかもしれません。入浴の世話という重労働をスタッフに担ってもらうことができれば、家庭での介護を長続きさせることにつながります。

② 訪問介護（ホームヘルプサービス）

通常の介護に加え、話し相手や散歩時の見守り、手芸や料理などを一緒に行うといった関わりを依頼することもできます。その間、ご家族は仕事や用事に出かけることができます。個別対応になるので、痴呆介護の経験があり本人と気が合う担当者を選ぶこと、なじみの関係ができるように担当者を少数に限定することが利用のコツです。

③ 訪問リハビリテーション

医師からの指示により専門のリハビリテーションスタッフが家庭を訪問し、症状に応じたリハビリテーションを行います。この分野に精通した知識・技術を持つスタッフはまだ少ない現状にありますが、医師と連携をとりながら、本人に適したプログラムを実施することで、日常生活を活

性化することができます。

④　訪問看護

日常の観察、発熱や風邪症状、下痢や便秘、皮膚のトラブルなどの異常の早期発見、口の中のケアやマッサージ等の身体的ケアを行います。失禁やむせの問題が始まった際にその対処をご家族と一緒に考えていくこともできます。緊急時には訪問して必要な看護処置を行い、医師への連絡、入院の手配などに対応します。訪問介護と同じく、痴呆介護の経験があり、本人と気が合う人を探すこと、なじみの関係ができるように担当の看護師を限定することが利用のコツです。

⑤　ショートステイ

患者さんが短期間だけ福祉施設に泊りに出かけるサービスです。ご家族の負担が大きくなったときやご家族の病気の際などに利用できます。慣れた施設でなじみのスタッフであれば本人も安心ですので、ケアマネージャーと相談して適切な施設を選びましょう。昼夜の逆転などの日常生活リズムの乱れを修正するために、この制度を利用することもできます。その場合は、利用する目的をご家族からスタッフに伝えるか、医師に紹介状を書いてもらうのもよい方法です。

６） 病気が少し進んだ場合のサービス

① グループホーム

介護保険によるサービスなので、要介護認定を受けている必要があります。基本的には日常生活が自立している方が対象となりますが、少人数でより家庭に近い環境で生活を送ることができます。情報を収集し、ご家族で数ヵ所を見学して比較検討すること、スタッフに関わり方のコツをつかんでもらうことが大切です。

② 重度痴呆患者デイケア

精神科の病院が開設している痴呆専門のデイケアです。初老期痴呆の患者さんや、精神症状あるいは行動異常の激しい患者さんにも対応できる技術をもった作業療法士などのスタッフがいる施設もあります。通院医療費公費負担制度により、介護保険のデイサービスを利用するよりも自己負担が少なくなる場合があります。また、デイサービスとの併用も可能です。医師や病院のソーシャルワーカーと相談しながら、利用を開始しましょう。

さらに病状が進行し、在宅での生活が困難になった場合は、リハビリテーションを行って在宅復帰を目指す入所施設である介護老人保健施設や、常時介護が必要な方のための介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所、精神症状が強い場合は精神科病院の老人性痴呆疾患治療病棟への入院を検討することになります。

9．実際の患者さんの例

ここで患者さんの例を紹介します。（ただし、プライバシーの観点から、実際の患者さんとは内容を改変してあります。）

① Ａさんの場合

58 歳の主婦のＡさんは、ご主人と娘さんと３人で病院にやってきました。Ａさんはご主人とのふたり暮らしで、娘さん夫婦は敷地内の別棟で暮らしています。今までに高血圧症以外に大きな病気をしたことはありません。

元来勝気な性格でしたが、56歳ごろより些細なことでご主人に怒ることが多くなりました。それとともに家でボーっとしている時間が増え、家事は行っていましたが、卵焼きと焼き魚のメニューばかりになり、味噌汁の具も毎日同じになりました。心配したご主人が本人を連れて61歳時にある病院を受診したところ、うつ病ではないかと言われました。しかし通院していても状態は変わらず、最近では朝４時ちょうどに起きて散歩をするということが習慣になり、それを乱されるのを非常に嫌がるようになったとのことでした。

診察場面では機嫌よくにこにこしていましたが、「困ることはない」と言い、質問にはあまり考えずに「知りません」と即座に答えていました。初診時のいろいろな検査では、記憶の障害は目立たず、血液検査でも異常はありませんでした。頭部 MRI では前頭葉を中心とした萎縮（やせ）がありました。特徴的な臨床症状や画像検査の所見などから、前頭側頭

型痴呆と診断されました。

毎日の生活に組み込まれることを期待して、週に４回の利用からデイケアプログラムを開始しました。最初は嫌がっていましたが、担当スタッフを固定して、集団の活動ではなく個別の対応を行ったところ、途中から楽しみにするようになりました。決まった時間にきちんと参加するようになりましたが、逆に参加の日まで待てずに予定外の日に来所したりすることもありました。

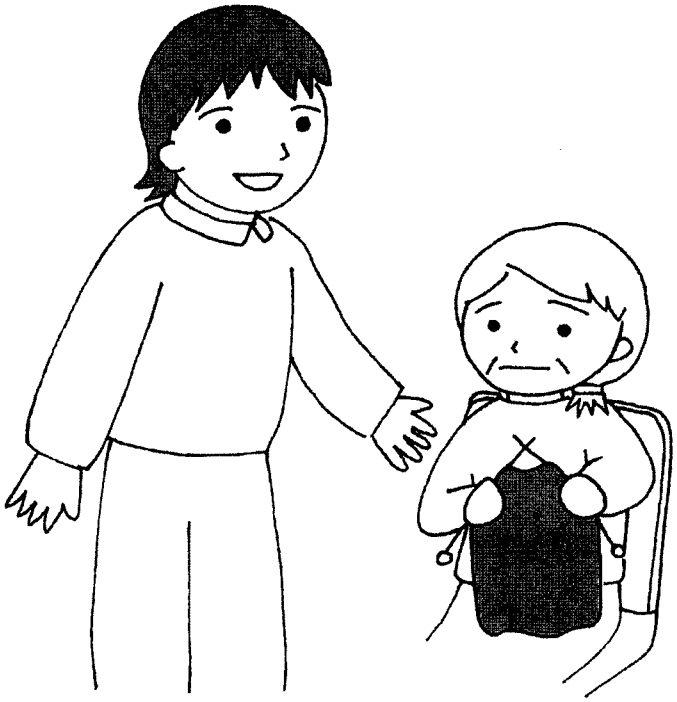
当初はデイケア中の作業活動に関しては、こだわりが強く、集中して課題に取り組むことが難しく、スタッフの指示に従わずに怒ってしまうこともありました。しかし若いころからの趣味であった編み物を活動に取り入れたところ、次第に集中して課題に取り組む時間が長くなっていきました。

家での習慣になってご主人を困らせていた朝の散歩は、在宅介護において最も大きな問題でしたが、デイケア利用によって消失しました。これは早朝の散歩からデイケアへ関心がうつったためと考えられました。デイケアの利用がパターン化し、朝の送迎の車を楽しみに待つようになりました。来所中はご主人の介護の負担も軽減しました。

また慣れてくるにつれて、作業活動の誤りを少しずつ直せるようになりましたが、依然としてスタッフが注意を要する行動も多く、そのような時には別の用事を頼むなど、やる気を損なわずに他の活動へ関心を向けるように対応しています。

しかし通所日ではない日に来所するといった新たな問題も生じてきており、在宅の介護がどこまで行えるのかが今後の

課題です。



② Ｂさんの場合

農業を営んでいる63歳のＢさんは、奥さんと２人で病院にやってきました。Ｂさんは今まで骨折をして手術を受けた以外には病院にかかったことはありません。

元来のんびりした性格でしたが、２年ほど前より近所の人の名前が出てこなくなり、次第に野菜の名前やそのほかのものの名前が出にくくなることが増えてきました。心配した奥さんが自分のかかりつけ医に相談したところ、アルツハイマー病ではないかと言われました。その後も症状は進み、例えば「自動車」を「電車」と呼ぶなどの言い間違えが頻発するようになり、また以前楽しみにしていた釣りにも全然行かなくなってきました。奥さんが、かかりつけ医に再度相談したところ、精密検査を勧められて来院したとのことでした。

診察場面では名前や日付、年齢などは正しく答えられたも

のの、ハサミを見せてもそれが何かを答えられず、「ハサ」というヒントをだしても答えられませんでした。また、「利き手はどちらの手ですか」と尋ねても「利き手って何ですか」と首をかしげていました。異常な行動はあまり目立ちませんでしたが、自分が病気ではないかという心配はしていないようでした。記憶の検査や計算の成績は悪くなかったものの、言語の検査ではものの名前をいう課題や漢字の書き取りが悪いという結果でした。頭部 MRI では側頭葉を中心とした萎縮（やせ）がありました。特徴的な臨床症状や画像検査の所見などから、意味痴呆と診断されました。

在宅の生活を続けながら、通院しての言葉の練習が開始されました。当初は嫌がっていましたが、次第に週に１回の受診日は本人が先に支度をして待つようになりました。最初はものの名前を繰り返し練習するところから始まり、次第に日記をつけたり、家に持ち帰って練習したりできるようになりました。

しかし、今度は言葉よりも行動面での問題が出てきて、夏に甘い炭酸飲料を一日に何本も買って飲むようになったり、昼ご飯には決まった店の天麩羅うどんしか食べなくなったりし始めました。家業の農業でも、新しい機具の使い方がわからず、ミスが多くなってきました。

そろそろ介護保険を利用してデイケア通所を行い、将来に備えて集団生活に慣れたり毎日の生活に少し変化をつけたりしたほうがよいのではないかと、奥さんと相談中です。

おわりに

適切な介護を行うためには、まず病気の特徴をきちんと把握し、その介護やリハビリテーションの方法、社会資源の内容と利用法を正確に理解することが大切です。そのためには、すべての基本となる正確な診断がきわめて重要です。

前方型痴呆はアルツハイマー病に比べるとあまり知られておらず、別の病気と間違われていることが多くあります。しかも、本冊子にとりあげたようにさまざまな精神症状と行動の変化によって患者さんと介護者のみなさんの負担がたいへん大きい病気です。また初老期に発症することが多いため、ご家族の心理的・経済的な負担も大きくなります。

だからこそ前方型痴呆についての正しい知識をもって、適切な治療、社会資源の活用、介護を行うことが患者さんと介護者のみなさんの負担の軽減と生活の質の向上につながります。

なお、本冊子の内容は、これまで私どもを受診して下さった多くの患者さんとそのご家族と一緒に試行錯誤を繰り返して得られた知識です。この場を借りて感謝いたします。また、本冊子の作成には、厚生労働省老人保健健康増進事業ならびに長寿科学総合研究事業の援助をいただきました。

本冊子に対するご意見やご感想、お問い合わせは愛媛大学医学部神経精神医学教室（池田）までお願いいたします。

監　修：田辺敬貴（愛媛大学医学部神経精神医学教室　教授）

野村美千江（愛媛県立医療技術大学看護学科　教授）

編　集：池田　学、品川俊一郎
（愛媛大学医学部神経精神医学教室）

執筆協力者：愛媛大学医学部神経精神医学教室

神経心理学研究室、社会精神医学研究室

滝沢直歩（愛媛大学医学部学生）

発行年月日　平成17年３月
編集発行　愛媛大学医学部神経精神医学教室
〒791-0295　東温市志津川
TEL 089-964-5111（内線 5315）

認知症高齢者の Evidence Based Care
―ＡＤＬ崩壊過程とその対応に関する研究―

調査表記入要領

１．この調査票は痴呆を持った入所者さんの基本的ＡＤＬの崩壊過程を調査するための調査票です．あらかじめ共同研究者によって特定された方を対象に調査を進めるためのものです．調査対象者の選択については別紙「ＡＤＬ崩壊過程とその対応に関する調査研究について」をご参照ください．

２．１～３ページ目は患者さんの基本的事項についてお聞きしているものです．後に行われる結果の報告やその後の経過調査の場合に個人が確認できるように，施設または共同研究者がそれぞれの方法で個人特定と（識別番号，カル．テ番号，イニシャルなど）生年月日を正確にご記入ください．またⅢの痴呆に関する一般情報も分かる範囲で正確にご記入をお願い致します．

３．４ページ目は食事行動についての調査です．

（１）食事摂取時に見られる状態にのみ，次の１から４までのいずれかをお答えください．いくつお付けになっても結構です．見られない状態には記入しないでください．

１．常にまたはほぼ常に見られる　　２．時々見られる　　３．たまに見られる

４．現在に至る前に見られたが現在は見られない

（２）そのような状態に対する通常している対処法について，次にお答えください．

１．放置している　　２．口頭で注意・指導する　　３．食べさせている

４．上記以外の以下のような特別の対処をしている

４．５ページは排泄行動についての調査です．

（１）同じ方で食行動と同様に見られる場合のみ，その頻度をお答えください．

（２）食行動同様に排泄行動障害に対して通常している対処法をご記入ください．

１．放置している　　２．口頭で注意する　　３．誘導や介助し，排泄させる

４．オムツで対処している　　５．上記以外の以下のような特別の対処をしている

５．６ページはコミュニケーション行動についての調査です．

（１）食行動と同様に見られる場合のみ，その頻度をお答えください．

（２）食行動同様にその患者さんのコミュニケーション障害に対する対処法をご記入ください

１．放置している　　２．こちらから呼びかけるのみ　　３．言語以外の以下のような方法でコミュニケーションする

各症例について食行動，排泄行動，コミュニケーション行動の3行動を観察ご記入頂きたいのですが，何らの理由で2行動ないし1行動のみしか観察できなかった場合もご記入の上ご返却をお願い致します．

以上です．よろしくお願い致します．

ＡＤＬ崩壊過程に関する調査表

Ⅰ．調査を行った「共同研究者」について

この質問は調査者を特定するものです．今後の継続調査をお願いするに当たってお問い合わせをする場合に利用しますので，正確にご記入ください．

１．お名前

２．御所属

３．ご連絡先

ａ．ご住所または御所属住所

ｂ．電話番号または携帯電話番号

ｃ．Fax または E-メールアドレス

Ⅱ．調査対象者の「個人特定」

次の質問はこの調査の対象となった痴呆性高齢者の方の属性についてお尋ねしています．

次回以降に引き続き継続調査をお願いする際に，主任研究者がこの回答から問い合わせ致しますので，共同研究者（調査票記入者）が問い合わせ対象者は誰かが判明できるようにご回答下さい．

１．調査対象者についてイニシャルか診療録番号をご記入下さい．

２．調査対象者について生年月日をご記入下さい．

３．調査対象者の入所施設名か通所施設名をイニシャルか調査票記入者の分かる方法でご記入下さい．

Ⅲ．対象者の痴呆状態に関する一般情報について

１．痴呆の診断名について該当するものに○をして下さい
イ．アルツハイマー病　　ロ．老年痴呆（とのみ診断されている）
ハ．その他の神経変性疾患による痴呆　　ニ．多発梗塞ないし血管性痴呆（疑い）
ホ．不明ないし診断名なし

２．診断根拠について該当するものに○をして下さい．
イ．医師の診断とそれを指示するＣＴまたはＭＲＩ所見
ロ．医師の臨床所見のみからの診断
ハ．医師以外の者または状況から調査者が診断
ニ．診断根拠不明

３．初発後の年数または診断後の年数は何年ですか

４．入所ないし通所後何年何ヶ月経過していますか

５．発症後または経過観察することができるようになってからの経過は
イ．進行性に悪化している
ロ．階段状に悪化している
ハ．いったん悪化した後悪化は停止している
ニ．いったん悪化した後むしろ改善している
ホ．経過は不明

Ⅳ. 食行動の異常

食行動の異常	現在の状態	対処法
ボーと見ていて手を出さない	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
食べずにもてあそぶ	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
多動的で食事に集中できない	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
箸やスプーンを扱えない	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
食べ物以外の物も食べようとする	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
手づかみで食べる	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
こぼしながら平気で食べ続ける	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
食べることを中断し，促さないと食べない	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
1品，2品のみしか食べない	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
1品ずつ無くなるまで食べる	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
他人の物を食べようとする	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
空容器をすくう	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
食後から容器や箸をもてあそぶ	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
一つに混ぜる	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
こぼした物を執拗にすくう	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
最初にデザートやフルーツを食べる	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
その他 ( )	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
その他 ( )	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
その他 ( )	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
その他 ( )	1 2 3 4	1 2 3 4 ( )
	1：常にまたはほぼ常に見られる 2：時々見られる 3：たまに見られる 4：以前あったが現在は見られない	1：放置している 2：口頭で注意･指導する 3：食事介助して（食べさせて）いる 4：上記以外特別の方法を行っている場合ご記入下さい

Ⅴ. 排泄行動の異常

排泄行動の異常	現在の状態	対処法
便器内に排尿便が不可能	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
コミュニケーションが不可能	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
オムツ，パッドの異食	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
トイレが排泄の場として認識できない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
トイレ機器の使い方が分からない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
ズボンが着られない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
ズボンをおろしても挙げようとする	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
トイレ誘導を拒否する，暴言，暴行がある	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
便座に座ろうとしない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
放尿便をする	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
尿意を訴えない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
弄便	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
尿意を訴えるとすぐ排尿する	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
トイレの場所が分からなくなる	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
水を流せない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
手を洗わない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
トイレから出てこない	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
ズボンを下ろさずに便器に座る	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 4 5（ ）
	1：常にまたはほぼ常に見られる 2：時々見られる 3：たまに見られる 4：以前あったが現在は見られない	1：放置している 2：口頭で注意・指導する 3：誘導・介助し排泄させる 4：オムツにする 5：上記以外の特別な対処法を記入して下さい

VI. コミュニケーション（言語）行動の異常

コミュニケーションの異常	現在の状態	対処法
呼びかけ，呼名に対し反応しない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
おはようというとおはようと返事が返せない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
話かけられても何も返事がない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
欲しい物を聞かれても返事できない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
体調や気分を聞かれて返事ができない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
命令に対し拒否の意思表示を示せない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
自分の名を聞かれ，答えられない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
命令に対し肯定の返事ができない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
褒め言葉に反応しない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
人の話に感激しない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
誘いに対し肯定の意思表示がない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
物の名前がほとんど言えない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
主介護者の名前が言えない	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
オウム返しのみが言える	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 （ ）
その他（ ）	1 2 3 4	1 2 3 （ ）

1：常にまたはほぼ常に見られる	1：放置している
2：時々見られる	2：こちらから呼びかけを続ける
3：たまに見られる	3：言語以外の方法で働きかけなどあればご記入ください
4：以前あったが現在は見られない	

6．次の小山田痴呆スケールの該当する欄に○をつけ，合計点を計算して下さい．

小山田式痴呆行動評価表

・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女　・生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　・年齢＿＿＿＿歳

・検査年月日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日・検査者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・得点＿＿＿＿点

	0点	1点	2点	3点	4点	点数	備考
A. 会話	呼びかけに対し無反応	呼びかけに一応反応するが、自ら話すことはない	ごく簡単な会話のみ可能で、つじつまが合わないことが多い 表面的	簡単な会話が可能であるが、つじつまがあわないことがある	日常会話はほぼ正常である		
B. 移動	寝たきり 起き上がり困難	座位可能であり、起き上がりのみ自由にできる	伝い歩きで、室内移動可能であるが、誤りや危険が多い	病室からロビーやトイレなど、わかりやすい目的のある場所に、自力で移動できる	エレベーターや階段などを使用し、屋内であれば自由に移動可能		
C. 排泄	常時、大小便失禁(尿便意が認められない)	常時、大小便失禁(尿便意有り、失禁後不快感を示す)	失禁することが多い(尿便意を伝えることは可能であるが、毎日失禁する)	ときどき失禁する	失禁は全くないが、後始末は不十分なことがある		
D. 摂食	摂食動作不能	手づかみで摂食	摂食動作の一部(咀嚼，食物を口に運ぶなど)を繰り返す	自分自身で摂食するが取り分けたり、まんべんなく食べることができない	難なく食べる		
E. 入浴	全面不能 入浴に伴った行動が全くみられない	浴槽の出入り困難 体を洗うことができないが、何らかの動作、反応がみられる(体をさする、湯をかき混ぜるなど)	浴槽の出入りは困難 不十分だが腕や胸などごく一部分は洗うことができる	浴槽の出入りが一部可能 体の一部分を洗うことができる	浴槽の出入りが可能 体の大部分を洗うことができる		
F. 更衣	不能	着衣、脱衣は一部のみ可能(服に腕を通す、ボタンを外すなど)	脱衣は困難だが着衣は可能 毎回着衣順序などが不正確	遅くて不正確なことが多い(ボタンの掛け違いなど)	やや遅い		
G. 整容 ①手を洗う ②洗顔 ③整髪 ④髭剃 ⑤歯磨き	不能	一部のみ可能 (水に手を差し出す、顔や髪をなでる)	行うが、毎回不十分である；2回に1回は忘れている	遅くて不正確なことが多い	やや遅い		
H. 二者間の交流 (人の識別)	無反応	不快刺激に対し反応するだれにでも同じ対応をする	家族やよく会う人とは交流を持つが、表面的	家族やよく会う人のみ識別でき、適切に対応ができる	人を識別し、適切に対応できる		
I. 集団交流 (反応，理解，参加意欲，意見の発言)	何が起こっているのか全く理解できない	ごく簡単なことのみ、きっかけがあれば行える	促されれば、受け身的ではあるが参加する	会話には参加するが、意見は出さない	自発的に参加し、促せば意見を出す		
J. 感情の表出	消失 無表情で感情表現を全く示さない	表情が貧しくなり、感情表現をあまり示さなくなる	毎日1度は感情表現が不適切、制御できない	毎日ではないが時に状況にふさわしい感情表現ができない	状況にふさわしい感情表現ができる		
						①合計	
異常行動 (個数をチェック)	徘徊	不潔行為	異食	収集行為		②計	

得 点　①＿＿＿＿ − ②＿＿＿＿ ＝ 得点＿＿＿＿

小山田式痴呆行動評価表

マニュアル

小山田式痴呆行動評価表（小山田式）の概要

痴呆患者の基本的日常生活における残存能力の把握、症状の経過を臨床的に評価することを目的とし作成された。評価項目は日常生活に関する10項目（A会話・B移動・C排泄・D摂食・E入浴・F更衣・G整容・H二者間の交流・I集団交流・J感情の表出）と異常行動であり、それぞれ5段階に評価する。各項目の段階分けはアルツハイマー型痴呆を基準に作られている。小山田式は行動観察による評価であるため重度の痴呆患者の評価も可能であり、患者をよく知るものであれば、評価は簡便である。

採点の要点

1. 残存能力を評価するため、介助のない状況での行動や反応を評価する。
2. A～Jの基本的な日常生活に関する10項目は0～4点の5段階にて評価し、異常行動の項目は、徘徊・不潔行為・異食・収集行為についてそれぞれ見られる場合、各1点の減点とする。
3. 特記事項は備考欄に記入する。
4. 日により差がある場合、1週間程度の状態をみて平均的に評価する。また、日中と夜間で状態が異なる場合は、異常行動の項目を除き日中の状態を採点し、夜間の状況は備考欄に記入する。

各項目の注意事項と具体例

A.会話

4点	・身辺以外の事柄，社会事情については会話困難
3点	・基本的に簡単な会話が可能だが、不穏時や長時間の会話中に時々つじつまが合わないことがある。
2点	・会話の内容を吟味せずいいかげんな返事をする。
1点	・オウム返し、すべてにおいて「はい」と返事をする。

B.移動

＊痴呆症状についての評価であるため、他疾患により移動能力に制限が見られる場合は状況を備考欄に記入する。

2点	・転倒を考慮し、誘導または介助にて車椅子に移乗すれば、フロア内を自由に移動できる。 <誘導しなければ、転倒といった危険が高いので2点。但し、この状況は備考欄に記入すること。>

C.排泄

＊尿と便で状況が違う場合は点数の低い場合を記入。高いほうは備考欄に記入する。

＊ポータブルトイレやしびん等の使用は問わない。

4点	・水を流し忘れることがある。 ・排泄後十分に拭くことができない。
3点	・毎日ではないが時々失禁する。
2点	・一日一回は失禁する

D.摂食

＊嚥下障害、摂取量については採点の対象とせず、備考欄に記入する。

3点	・主食のみ、または副食のみしか食べようとしない。 ・食器の位置や色、形によって食べないものがある。
2点	・一度食物を口に入れたら，飲み込まずに噛み続けている。 ・食物を箸やスプーンなどを使って口まで運ぶことができるが一度に飲み込めないほど続けて入れてしまう。(切迫性摂食)
1点	・スプーンや箸等は全く使えないが手づかみで口に入れることができる。

E.入浴

＊病前から行っていないものや、必要のないものは評価基準に含まない。

F.更衣

＊病前から行っていないものや、必要のないものは評価基準に含まない。

3点	・暖かいときでも、何枚も重ね着している。 ・衣服の前後、裏表逆に着ている。
2点	・ズボンの上にパンツをはいている。

G.整容

＊①手を洗う②洗顔③整髪④髭剃り⑤歯磨きの5つの要素について評価する。

＊病前から行っていないものや、必要のない要素は評価基準に含まない。

＊電気シェーバーやくしタオル等の道具の管理は採点の対象としない。

＊5つの要素についてそれぞれ評価し、表中に、番号を記入した上で、採点基準は以下のとおりとする。(図1参照)

4点　すべての要素が4点に該当する。
3点　すべての要素が3点以上である。
2点　すべての要素が2点以上である。
0点　すべての要素が0点に該当する。
1点　0点、2～4点に該当しない。

H.二者間の交流（人の識別）

＊自分以外の人と自分との関係の理解と，対応について評価する。

4点	・誰に対しても人を識別でき適切に対応できる。
3点	・家族やよく会う人に限り、自分との関係がわかり適切に対応できる。
2点	・家族やよく会う人と交流は持つがその人と自分の関係がわからない。

I.集団交流

＊集団を認識してはいるが集団活動に参加することを拒む場合、備考欄に記入し,点数は加算しない。

＊集団交流は、集団活動中の反応・理解・参加意欲・意見の発言、これら4つの要素について評価する。それらの要素が見られる場合○見られない場合を×で示す。

	反応	理解	参加意欲	意見の発言
0点	×	×	×	×
1点	○	×	×	×
2点	○	○	×	×
3点	○	○	○	×
4点	○	○	○	○

J.感情の表出

3点	・毎日ではないが時に状況にふさわしい感情表現ができない。
2点	・感情表現が不適切であることや制御できないことが一日一度はある。

異常行動

＊ 徘徊・不潔行為・異食・収集行為について評価する。該当するものがあれば○で囲み、該当するもの1つにつき1点減点とする。

＊ 夜間に現れる場合も採点の対象とする。

＊ 何らかの条件により、評価時に現れていない場合（予防着を着用したため、不潔行為が現れていない等）は減点せず、備考欄に記入する。

＊ その他の異常行動や、評価した異常行動の内容は備考欄に記入する。

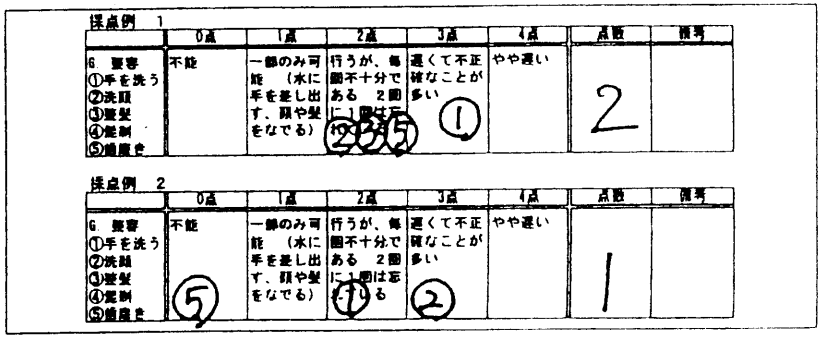


図1　整容の採点例

認知症介護指導者養成研修の評価に関する研究

指導者研修の自己評価

記入時の注意事項

1．指導者研修前期・後期、および研修修了後３ヶ月・６ヶ月・１年後の各期にそれぞれ段階をおって自分の課題を明確にし、目標を設定する。

2．各期ごとに、課題項目に対しその到達度を、評価基準に基づいて５段階で自己評価を実施する。該当しない項目はＧとする。

評価基準	達成度
1. まったくできない	0～19%
2. 少しできる	20～39%
3. まあまあできる	40～59%
4. かなりできる	60～79%
5. 十分できる	80～100%
G	該当なし

3．研修中は研修部のスタッフと面接、自己評価について振り返ることにより次の課題を明確にし、目標を設定する。

4．研修修了後は、上司、又は同僚に他者評価を依頼し、コメントを頂く。
6 ヶ月後、1 年後の自己評価については研修部スタッフにメール、FAX にて報告とする。

これは研修生を評価するものではなく、研修生自身が課題を明確化し意識を持ち続けることに意義をもつ、また研修部にとって研修生の課題を把握するために行うものです。

指導者研修の自己評価(研修前期、後期)

NO.1

期生	氏名

前期期目標(課題)の設定　月　日
振り返りによる課題の明確化　　総合評価

後期期目標(課題)の設定　月　日
振り返りによる課題の明確化　　総合評価

	課題項目	月 日 自己評価	月 日 研修部	月 日 自己評価	月 日 研修部
1	認知症高齢者の医学的心理学的理解から生活に及ぼす影響がわかる				
2	認知症高齢者の生活環境と日常生活の中でなにを求めているか理解できる				
3	認知症高齢者の家族、高齢者と家族との関係が理解できる				
4	認知症高齢者の権利擁護と自己決定支援について理解できる				
5	認知症介護の基本的理念が理解でき自分のものとして構築できる				
6	認知症介護実践研修の目標、内容について理解できる				
7	認知症介護リーダー研修の目標、内容について理解できる				
8	認知症介護実践研修の企画演習をとおし効果的企画の方法がわかる				
9	教育研修方法の基本的理解と講義・演習の効果的方法について理解できる				
10	演習に用いられる技法、リーダーの役割が理解できる				
11	講義・演習のGWをとおし教材の検討、講義内容の精選ができる				
12	指導目標が達成できる、講義・演習の企画ができる				
13	模擬講義をとおし講義・演習企画の実践ができる				
14	認知症介護の課題解決技法について理解できる				
15	認知症介護に必要なコミュニケーション技法について理解できる				
16	認知症介護のケアーマネジメント、理念について理解できる				
17	ケアマネジメントの事例展開ができる				
18	人材育成のための目的、方法について理解できる				
19	人材育成において職場の課題を明確にすることができる				
20	スーパービジョンの方法と内容が理解でき演習による体験ができる				
21	認知症介護基本的理念にもとずいて認知症高齢者の観察について理解できる				

評価基準	達成度
1. まったくできない	0～19%
2. 少しできる	20～39%
3. まあまあできる	40～59%
4. かなりできる	60～79%
5. 十分できる	80～100%
G	該当なし

指導者研修の自己評価（職場）3ヶ月後

NO.2

期生	氏名

目標（課題）設定　月　日
具体的方法
振り返りによる課題の明確化　　総合評価

	課題項目	月　日 自己評価	月　日 他者評価
1	認知症介護の基本的理念にもとずいて職員間で共有するようはたらきかけすることができる		
2	職場における認知症介護の課題を明確にすることができる		
3	認知症介護における職員のニーズ、必要性を把握して職場研修の目標の設定、企画ができる		
4	職場研修の企画を参加者に合わせ実践できる		
5	基本的理念に基づく5つの視点に沿ったケアプランの作成、実践につながるよう指導できる		
6	ケアマネジメントの事例展開（カンファレンス）ができる		
7	認知症介護実践研修は理念に基づき、地域のニーズを把握した上で企画できる		
8	認知症介護実践研修の企画は、参加者のニーズを把握したうえで目標を明確にできる		
9	認知症介護実践研修においてファシリテーターとして参加者のグループを励まし望まれる結果を示唆できる		
10	講義の企画は「導入、展開、まとめ」の内容を精選して企画できる		
11	講義展開の準備として教材を納得するまで検討することができる		
12	指導目標が達成するよう、講義の展開ができる		

コメント

評価基準	達成度
1. まったくできない	0～19%
2. 少しできる	20～39%
3. まあまあできる	40～59%
4. かなりできる	60～79%
5. 十分できる	80～100%
G	該当なし

指導者研修の自己評価（職場）6ヶ月後

NO.3

期生	氏名

目標（課題）設定　月　日
具体的方法
振り返りによる課題の明確化　　総合評価

	課題項目	月　日 自己評価	月　日 他者評価
1	認知症介護の基本的理念にもとずいて職員間で共有するようはたらきかけることができる		
2	職場における認知症介護の課題を明確にすることができる		
3	認知症介護における職員のニーズ、必要性を把握して職場研修の目標の設定、企画ができる		
4	職場研修の企画を参加者に合わせ実践できる		
5	基本的理念に基づく5つの視点に沿ったケアプランの作成、実践につながるよう指導できる		
6	ケアマネジメントの事例展開（カンファレンス）ができる		
7	認知症介護実践研修は理念に基づき、地域のニーズを把握した上で企画できる		
8	認知症介護実践研修の企画は、参加者のニーズを把握したうえで目標を明確にできる		
9	認知症介護実践研修においてファシリテーターとして参加者のグループを励まし望まれる結果を示唆できる		
10	講義の企画は「導入、展開、まとめ」の内容を精選して企画できる		
11	講義展開の準備として教材を納得するまで検討することができる		
12	指導目標が達成するよう、講義の展開ができる		

コメント

評価基準	達成度
1. まったくできない	0～19%
2. 少しできる	20～39%
3. まあまあできる	40～59%
4. かなりできる	60～79%
5. 十分できる	80～100%
G	該当なし

指導者研修の自己評価(職場)1年後

NO.4

期生	氏名

目標(課題)設定　月　日
具体的方法
振り返りによる課題の明確化　　総合評価

	課題項目	月　日 自己評価	月　日 他者評価
1	認知症介護の基本的理念にもとずいて職員間で共有するようはたらきかけすることができる		
2	職場における認知症介護の課題を明確にすることができる		
3	認知症介護における職員のニーズ、必要性を把握して職場研修の目標の設定、企画ができる		
4	職場研修の企画を参加者に合わせ実践できる		
5	基本的理念に基づく5つの視点に沿ったケアプランの作成、実践につながるよう指導できる		
6	ケアマネジメントの事例展開(カンファレンス)ができる		
7	認知症介護実践研修は理念に基づき、地域のニーズを把握した上で企画できる		
8	認知症介護実践研修の企画は、参加者のニーズを把握したうえで目標を明確にできる		
9	認知症介護実践研修においてファシリテーターとして参加者のグループを励まし望まれる結果を示唆できる		
10	講義の企画は「導入、展開、まとめ」の内容を精選して企画できる		
11	講義展開の準備として教材を納得するまで検討することができる		
12	指導目標が達成するよう、講義の展開ができる		

コメント

評価基準	達成度
1. まったくできない	0~19%
2. 少しできる	20~39%
3. まあまあできる	40~59%
4. かなりできる	60~79%
5. 十分できる	80~100%
G	該当なし

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発　行：平成１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　愛知県大府市半月町三丁目 294 番地
TEL(0562)44－5551　　FAX(0562)44－5831
発行所：サカイ印刷株式会社
〒452－0805　愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地
TEL(052)501－0754　　FAX(052)502－9674